



## **A Importância da Gestão de Conhecimento para o Enfermeiro Perioperatório enquanto Trabalhador do Conhecimento**

**Carla Nancy Lima Peixoto**

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas*

**Orientada por Professora Doutora Helena Santos Rodrigues**

Viana do Castelo, Outubro, 2017





## **A Importância da Gestão de Conhecimento para o Enfermeiro Perioperatório enquanto Trabalhador do Conhecimento**

**Aluna: Carla Nancy Lima Peixoto**

**Orientadora: Professora Doutora Helena Santos Rodrigues**

Viana do Castelo, Outubro, 2017

*Student-hood for life is a necessity, by definition, in a knowledge-based society.*

Thomas Peters (1992, p.757)

## RESUMO

O presente estudo de investigação teve como objectivo conhecer a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento e se essa mesma percepção influenciaria o grau de importância atribuída aos processos de gestão de conhecimento para o seu desempenho profissional.

Tratou-se de um estudo confirmatório de natureza quantitativa, com a recolha de dados efectuada através da aplicação de um inquérito por questionário. Os dados obtidos foram sujeitos a tratamento e análise estatística, descritiva e do modelo conceptual, tendo-se recorrido aos programas estatísticos, *SPSS* e *SmartPLS* respectivamente.

Através de um enquadramento teórico do *work design* da enfermagem perioperatória e as características de conhecimento que lhe estão associadas, contextualizou-se a gestão do conhecimento no domínio específico da enfermagem perioperatória. Desta perspectiva abordou-se o modelo conceptual desta investigação que nos permitiu compreender que o enfermeiro perioperatório tem uma elevada percepção que as suas actividades são complexas e especializadas e como tal fundamentadas em conhecimento. Paralelamente, o mesmo reconhece uma importância elevada aos processos de gestão de conhecimento para as funções que desempenha.

A aferência da relação entre a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento e a importância da gestão de conhecimento revelou que existe influência positiva. Todos os processos de gestão de conhecimento são influenciados, sendo que os processos que vêm a sua importância mais influenciada, são a *Organização / armazenamento de conhecimento*, a *Utilização de conhecimento* e o *Acesso ao conhecimento*. Os processos de gestão de conhecimento cuja importância atribuída é menos influenciada são a *Captura*, a *Partilha* e a *Criação de conhecimento*.

Nesta óptica espera-se que este estudo possa contribuir para um maior entendimento da gestão do conhecimento na saúde e principalmente no domínio da enfermagem perioperatória na medida em que considera-se que possam existir outros factores influenciadores com um maior peso na gestão do conhecimento neste domínio em particular. E desta forma, a sua aferição seria relevante para a implementação de um programa de gestão do conhecimento em saúde bem-sucedido.

Palavras-chave: gestão do conhecimento, enfermagem perioperatória, *work design*, trabalhador do conhecimento

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo de conocer la autopercepción del enfermero perioperatorio como trabajador del conocimiento y si esa misma percepción influenciaría el grado de importancia atribuida a los procesos de gestión de conocimiento en su desempeño profesional.

Se trata de un estudio confirmatorio de naturaleza cuantitativa, con la recogida de datos efectuada mediante la aplicación de una encuesta por cuestionario. Los datos obtenidos fueron sujetos a tratamiento e análisis estadística, descriptiva y del modelo conceptual, habiéndose recurrido a los programas estadísticos, SPSS y SmartPLS respectivamente.

A través de un marco teórico del work layout de la enfermería perioperatoria y las características de conocimiento que le están asociadas, se contextualizó la gestión del conocimiento en el dominio específico de la enfermería perioperatoria. De esta perspectiva se abordó el modelo base de toda la investigación que nos permitió comprender que el enfermero perioperatorio tiene una elevada percepción que sus actividades son complejas y especializadas y como tal fundamentadas en conocimiento. Paralelamente, reconoce una importancia elevada a los procesos de gestión del conocimiento para las funciones que desempeña.

La aferencia de la relación entre la autopercepción del enfermero perioperatorio como trabajador del conocimiento y la importancia de la gestión del conocimiento reveló que existe una influencia positiva. Todos los procesos de gestión del conocimiento son influenciados, siendo que los procesos que vienen a su importancia más influenciada, son la Organización / almacenamiento de conocimiento, la utilización de conocimiento y el acceso al conocimiento. Los procesos de gestión de conocimiento cuya importancia atribuida es menos influenciada son la Captura, la Compartir y la Creación de conocimiento.

En esta óptica se espera que este estudio pueda contribuir a un mayor entendimiento de la gestión del conocimiento en la salud y principalmente en el dominio de la enfermería perioperatoria en la medida en que se considera que pueden existir otros factores influyentes con un mayor peso en la gestión del conocimiento en este ámbito en particular. Y de esta forma, su evaluación sería relevante para la implementación de un programa de gestión del conocimiento en salud exitoso.

Palabras clave: gestión del conocimiento, enfermería perioperatoria, trabajo de trabajo, trabajador del conocimiento

## ABSTRACT

The present study aimed to know the self-perception of the perioperative nurse as a knowledge worker and if this same perception would influence the degree of importance attributed to the knowledge management processes in their professional performance.

This was a confirmatory study of a quantitative nature, with the collection of data by means of the application of a questionnaire survey. The data obtained were subject to statistical and analyse treatment, descriptive and conceptual model, using statistical programs, SPSS and SmartPLS respectively.

Through a theoretical framework of perioperative nursing work design and the associated knowledge characteristics, the knowledge management in the specific field of perioperative nursing was contextualized. From this perspective, the basic model of all the research was approached, which allowed us to understand that the perioperative nurse has a high perception that their activities are complex and specialized and as such based on knowledge. At the same time, it recognizes high importance to knowledge management processes for the functions it performs.

The assessment of the relationship between perioperative nurse self-perception as a knowledge worker and the importance of knowledge management revealed that there is a positive influence. All processes of knowledge management are influenced, and the processes that come to their most influenced importance are the Organization / storage of knowledge, the Use of knowledge and Access to knowledge. Knowledge management processes whose importance is less influenced are Capture, Sharing and Knowledge creation.

In this perspective, it is expected that this study may contribute to a better understanding of knowledge management in health and especially in the field of perioperative nursing insofar as it is considered that there may be other influencing factors with a greater weight in knowledge management in this domain in particular. And in this way, their assessment would be relevant to the implementation of a successful health knowledge management program.

Key words: knowledge management, perioperative nursing, work design, knowledge worker

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

Art - *Artigo*

AVE - Variância Média Extraída

BO – Bloco Operatório

EORNA – *European Operating Room Nurses Association*

EUA – Estados Unidos da América

Fig. - *Figura*

GC – Gestão de Conhecimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OKA - *Organizational Knowledge Assessment*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

VL – Variável latente

VO – Variável observável



## ÍNDICE GERAL

	Pág.
<b>RESUMO</b> .....	v
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS</b> .....	viii
<b>ÍNDICE GERAL</b> .....	ix
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	xi
<b>ÍNDICE DE APÊNDICES</b> .....	xii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	xiii
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	xiv
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	3
<b>1. Conhecimento</b> .....	4
1.1 Dado, informação e conhecimento.....	4
1.2 Conhecimento tácito e explícito.....	5
1.3 Criação de conhecimento.....	6
1.4 Gestão de Conhecimento.....	7
<b>2. Enfermagem Perioperatória</b> .....	11
2.1 Bloco operatório.....	11
2.2 Breve resenha histórica da enfermagem perioperatória.....	13
2.3 <i>Work design</i> da enfermagem perioperatória.....	14
2.4 Formação em enfermagem perioperatória.....	19
<b>3. Gestão de Conhecimento em Saúde</b> .....	22
<b>CAPÍTULO II – OPÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	26
<b>4. Modelo Conceptual</b> .....	27
4.1 Objectivos e hipóteses de investigação.....	27
4.2 Instrumento de recolha de dados.....	28
4.3 Recolha e tratamento de dados.....	31
4.3.1 Amostragem.....	31
4.3.2 Tratamento estatístico descritivo.....	32
4.3.3 Tratamento estatístico do modelo conceptual.....	33
<b>CAPÍTULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	44
<b>5. Análise dos Resultados</b> .....	45
5.1 Caracterização sócio demográfica da amostra.....	45

5.2 Análise estatística descritiva dos dados.....	48
5.3 Análise estatística confirmatória.....	54
5.4. Discussão dos Resultados.....	55
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo I – Questionário.....	71
Anexo II – Construto do questionário para o modelo de medida.....	74
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética.....	78
Anexo IV – Estatística descritiva da caracterização sócio demográfica da amostra.....	81
Anexo V – Tratamento estatístico descritivo dos dados.....	83

## ÍNDICE DE APÊNDICES

	<b>Pág.</b>
Apêndice I – EORNA : Competências da Enfermagem Perioperatória.....	94

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 - A espiral do conhecimento.....	6
Figura 2 – Base do modelo conceptual.....	27
Figura 3 - Dimensões constituintes da escala de avaliação da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento.....	29
Figura 4 – Dimensões constituintes da escala de avaliação da gestão do conhecimento	30
Figura 5 – <i>G*Power</i> .....	32
Figura 6 – Modelo inicial <i>SmartPLS</i> .....	34
Figura 7 - Parâmetros analisados no modelo de medida.....	36
Figura 8 – Parâmetros analisados no modelo estrutural.....	39
Figura 9 – Modelo final <i>SmartPLS</i> .....	43

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 2.1 - Atribuições do enfermeiro perioperatório.....	18
Quadro 4.2 - Matriz de cargas factoriais.....	37
Quadro 4.3 - Matriz da consistência interna e validade convergente.....	37
Quadro 4.4 - Matriz do Critério de <i>Fornell – Larcker</i> .....	38
Quadro 4.5 - Matriz de cargas cruzadas.....	39
Quadro 4.6 - Resultados do <i>bootstrapping</i> VO – VL.....	40
Quadro 4.7 - Resultados do <i>bootstrapping</i> VL – VL.....	40
Quadro 4.8 - Resultados de $R^2$ .....	41
Quadro 4.9 - Resultados dos tamanhos do efeito.....	41
Quadro 4.10 - Resultados do <i>blindfolding</i> das variáveis observáveis.....	42
Quadro 4.11 - Resultados do <i>blindfolding</i> das variáveis latentes.....	42
Quadro 5.12 - Distribuição dos enfermeiros em função da idade.....	45
Quadro 5.13 - Distribuição dos enfermeiros em função do género.....	46
Quadro 5.14 - Distribuição dos enfermeiros consoante a sua formação pós graduada.....	47
Quadro 5.15 - Distribuição dos enfermeiros consoante o seu tempo de experiência profissional como enfermeiro.....	47
Quadro 5.16 - Estatística descritiva da variável global autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento e suas dimensões.....	49
Quadro 5.17 - Estatística descritiva da variável global GC e dos seus processos .....	51
Quadro 5.18 - Valor médio da resposta da importância da GC em função da idade.....	51
Quadro 5.19 - Valor médio da resposta da importância da GC em função do género.....	52
Quadro 5.20 - Valor médio da resposta da importância da GC em função da formação pós graduada.....	52
Quadro 5.21 - Valor médio da resposta da importância da GC em função do tempo de exercício profissional.....	52
Quadro 5.22 - Valor médio da resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função da idade.....	53
Quadro 5.23 - Valor médio da resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função do género.....	53
Quadro 5.24 - Valor médio da resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função da formação pós graduada.....	53
Quadro 5.25 - Valor médio da resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função do tempo de exercício profissional.....	54

## INTRODUÇÃO

Perante a sociedade o sector da saúde é visto como um bem social cuja matriz de valores assenta na saúde como um direito universal e as suas políticas sempre foram definidas tendo por base esta premissa. No entanto, nas últimas décadas com o aumento da esperança de vida, da evolução científica e da inovação tecnológica em saúde, constatou-se que há uma operacionalização cada vez mais difícil deste direito dado que as necessidades efectivas da população são superiores aos recursos disponíveis (Rego, 2011). Tal facto tem provocado profundas alterações na gestão dos serviços de saúde, na procura de uma melhoria da eficiência e eficácia dos recursos. Assim tem sido feita uma aproximação ao sector empresarial com a adopção dos seus modelos, políticas e procedimentos de gestão distanciando-se do modelo de gestão tradicional.

A adaptação dos modelos de gestão empresarial à saúde é desafiante e inclui a gestão dos activos tangíveis, capital físico e financeiro mas também passa pela gestão do seu capital humano. De facto, a realidade empresarial das organizações tem-se distanciado dos considerados como únicos factores produtivos aqueles de carácter tangível e valorizando quando vez mais os factores intangíveis, destacando-se entre eles, o conhecimento. Davenport e Pruzak (1998) realçam que o conhecimento não é algo novo, nova é a forma como o reconhecemos como activo corporativo.

No campo da saúde, o conhecimento torna-se ainda mais importante dado que as organizações de saúde apresentam ambientes complexos e dinâmicos que incluem diversas áreas de conhecimento com múltiplos actores que fazem delas organizações intensivas em conhecimento, sendo que a gestão desse activo assume um carácter estratégico. (Gonçalo e Borges, 2010)

Numa organização hospitalar um dos serviços em que se regista este cenário é o bloco operatório que manifesta um ambiente altamente profícuo em conhecimento. Trata-se de um serviço que se caracteriza por ser um sistema altamente integrado e complexo com níveis de exigência elevados relacionados com as condições ambientais, físicas e humanas e em constante mudança devido à evolução técnico-científica aplicada à saúde que disponibiliza técnicas cirúrgicas, equipamentos e serviços inovadores.

O maior grupo profissional presente no bloco operatório é a enfermagem, denominada enfermagem perioperatória, que se caracteriza pela prestação de cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia nos três momentos cirúrgicos, pré, intra e pós-operatório.

Dada a dinâmica característica do bloco operatório, é exigido aos enfermeiros que exercem funções neste local, conhecimentos multidisciplinares, competências e habilidades especializadas e atitudes confiáveis e maduras para bem agir e garantir a segurança do doente. (Ruthes e Cunha, 2009). No entanto, a oferta de formação académica especializada é limitada e o enfermeiro perioperatório é formado principalmente em contexto laboral, o que lhe confere uma formação de carácter volátil porque é altamente dependente da vontade, disponibilidade, empenho e dedicação quer pessoal, quer dos outros profissionais de saúde com quem colabora.

Neste contexto, é evidente a densidade existente de conhecimento explícito mas principalmente de conhecimento tácito, no seio da enfermagem perioperatória. Como tal considera-se pertinente considerar um modelo de gestão direccionado para esta problemática que é a gestão do conhecimento. A sua definição assenta num modelo que associando três elementos, processos, pessoas e sistemas permite que o conhecimento individual e organizacional seja criado, capturado, organizado/armazenado, acessível, partilhado e fundamentalmente utilizado.

A gestão de conhecimento em organizações de saúde induz uma cultura organizacional mais pró-activa e transparente, fomentando a partilha de habilidades e experiências, que otimiza os processos, e permite uma melhoria da performance organizacional (Gonçalo e Borges, 2010)

Assim existe um paradoxo relativo à enfermagem perioperatória, dado que lhe são requeridos conhecimentos especializados como garantia de qualidade e segurança na sua prática ma o seu exercício de funções não obriga a uma formação prévia e quando no activo, não são definidos e reconhecidos planos de aprendizagem formais pelas organizações de saúde.

É a partir deste paradoxo que se define o objectivo deste trabalho de investigação que passa por compreender se o enfermeiro perioperatório tem a percepção que exerce actividades de conhecimento e se esta percepção influencia a importância que ele atribui aos processos de gestão do conhecimento para o seu desempenho profissional no bloco operatório. A metodologia adoptada neste estudo incidiu sobre um estudo não experimental, quantitativo, transversal e confirmatório através da aplicação de um inquérito por questionário à equipa de enfermagem em exercício de funções no bloco operatório de um hospital da região do Minho.

A presente tese integra três capítulos, dedicados ao enquadramento teórico, à metodologia e aos resultados obtidos. No enquadramento teórico, com o intuito de desenvolver um quadro conceptual de análise à matéria em estudo, contextualizaram-se as variáveis deste estudo de investigação através da revisão da literatura. Foram abordados os temas do conhecimento e a sua gestão, o *work design* da enfermagem perioperatória enquanto profissão do conhecimento, e a contextualização da gestão de conhecimento em saúde.

O segundo capítulo é constituído pelo processo global da metodologia aplicada desde a formulação dos objectivos, das hipóteses de investigação até ao tratamento estatístico dos dados. E, o último capítulo é dedicado à análise e discussão dos resultados e conclusões associadas, assim como à inclusão das limitações do estudo e sugestões futuras de investigação.

Pode-se afirmar que a presente investigação é inovadora no sentido em que focaliza a perspectiva dos enfermeiros perioperatórios, até aqui não estudada. É objectivo deste trabalho de investigação dar mais um contributo para o enriquecimento da gestão do conhecimento geral, e no contexto da saúde e enfermagem em particular.



## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1 Conhecimento**

Historicamente, no início do Século XX, à visão taylorista, entendeu-se que os trabalhadores só alcançariam níveis elevados de eficiência e produtividade através de um modelo de trabalho dividido e especializado com uma distribuição bem definida de tarefas enquadrando-se cada trabalhador numa parte de uma sucessão de processos operacionais geradores de um produto final. Os trabalhadores pela repetibilidade da tarefa tornavam-se altamente especializados e eficientes. Esta teoria permitiria reduzir o erro e necessidade de formação dos trabalhadores.

No entanto, verificaram-se problemas no desenho taylorista do trabalho, associados à criação de ambientes de trabalho repetitivos e entediantes assim como a um desconhecimento do potencial humano (Morgeson e Campion, 2003). Observou-se que havia uma valorização do trabalho em detrimento do trabalhador, isto é, o foco era o trabalho em si sem visar o trabalhador e as suas necessidades e motivações.

Perante estes factos, as organizações foram-se distanciando deste paradigma chegando à realidade de hoje que se define como a era do conhecimento, em que os recursos humanos são reconhecidos como o único recurso vivo e dinâmico de uma organização e o conhecimento detido por eles é considerado como um activo estratégico organizacional.

No panorama socioeconómico actual, defende-se que a fonte de garantia de vantagem competitiva duradoura é o conhecimento (Takeuchi e Nonaka, 2008). Há uma constante transformação dos serviços e produtos associada à competitividade e inovação crescente e como tal, de acordo com Loureiro (2003), o interesse das organizações pelo conhecimento, deu-se entre outros factores, pelo facto de um melhor conhecimento conduzir a melhores decisões nas suas áreas de actuação.

Dada a magnitude atribuída a este conceito, é relevante explorar a sua definição, a sua tipologia e a forma de geri-lo.

### **1.1 Dado, informação e conhecimento**

Para melhor compreender a definição de conhecimento é pertinente analisar e diferenciar os conceitos de dado, informação e conhecimento.

Para Loureiro (2003) dados são um “ (...) conjunto de factos discretos e objectivos relativos a acontecimentos. Num contexto organizacional, os dados são descritos como registos estruturados de transacções” (p.25). Davenport e Prusak (2000) definem dados como um conjunto de observações distintas e objectivas relativas a eventos que, por si só, sem um contexto, não lhes pode ser atribuído significado mas que são matéria-prima da informação.

Informação é o resultado do processamento dos dados, em que estes são interpretados, dotados de relevância e propósito (Drucker, 2000). A informação é materializada numa mensagem em que existe um emissor que a transmite a um receptor e “ (...) a informação tem por finalidade mudar o modo como o destinatário vê algo” (Loureiro, 2003, p.26).

O conhecimento tem como matéria-prima a informação e resulta da interacção entre esta, o indivíduo e o significado que ele lhe atribui. Ou seja uma informação é convertida em conhecimento quando um indivíduo a relaciona com outras informações e características pessoais e intrínsecas ao indivíduo, como a experiência e reflexão, avaliando-a e compreendendo o seu significado num determinado contexto. Para Davenport e Prusak (1998, p.6) “o conhecimento pode ser comparado a um sistema vivo, que cresce e se modifica à medida que interage com o meio ambiente”.

Sumariamente consente-se explicar que dado é um constituinte da informação e esta é constituinte do conhecimento. Os dados são desprovidos de significado mas são a matéria-prima da informação que quando criada e principalmente quando utilizada, desempenha um papel estratégico no crescimento e na capacidade de adaptação da organização. Ao dotar a informação de significado permite criar conhecimento e assim desenvolver novas capacidades e melhorar os processos organizacionais (Choo, 2006).

A sociedade actual promoveu o conhecimento como o principal activo em detrimento da informação. Reconhece-se que as pessoas necessitam de *inputs*, e estes mais que nunca estão acessíveis a todos, pela crescente massificação da informação através dos múltiplos canais de comunicação existentes. Mas é o processamento da informação que permitirá criar o atributo exclusivo das pessoas que é o conhecimento, factor impulsionador crucial para o desenvolvimento das organizações. Mais do que saber tornou-se mais importante saber quem sabe.

## **1.2 Conhecimento tácito e explícito**

Pode-se considerar dois tipos de conhecimento, o conhecimento tácito e o conhecimento explícito.

O conhecimento tácito é aquele que é altamente pessoal, sendo a sua comunicação e partilha difíceis. Quando Nonaka refere “sabemos mais do que somos capazes de expressar” (Nonaka, 2008, p. 33) alude à dificuldade existente na transmissão do conhecimento tácito detido pelos indivíduos. Está enraizado na experiência da pessoa, assim como nos ideais, valores, crenças, emoções e habilidades que incorpora.

O conhecimento tácito apresenta duas dimensões, técnica e cognitiva (Takeuchi e Nonaka, 2008). A dimensão técnica está associada às habilidades técnicas de um indivíduo adquiridas ao longo do tempo, é o chamado *know-how*, corresponde à destreza e experiência adquirida pelo indivíduo ao longo da sua actividade. Já a dimensão cognitiva “consiste em

crenças, percepções, ideais, valores, emoções e modelos mentais (...)” que dão “(...) forma ao modo como percebemos o mundo em torno de nós” (Takeuchi e Nonaka, 2008, p.19).

Conhecimento tácito não se encontra formalizado em meios palpáveis. É o conhecimento que a pessoa traz consigo e vai adquirindo durante a sua vida e como tal torna-o uma fonte importante de competitividade.

O conhecimento explícito, por sua vez, Takeuchi e Nonaka (2008, p.19) definem como aquele conhecimento que pode ser expresso na forma de, “ (...) palavras, números ou sons, e compartilhado na forma de dados, fórmulas científicas, recursos visuais, fitas de áudio, especificações de produtos ou manuais” sendo o tipo de conhecimento que pode ser rapidamente transmitido a outros membros da organização dada a facilidade de articulação, captura e comunicação.

Apesar de aparentemente opostos, o conhecimento tácito e explícito são unidades estruturais básicas que se complementam e cuja interação é a principal dinâmica da criação do conhecimento numa organização conforme se poderá verificar na secção seguinte.

### 1.3 Criação de conhecimento

A criação de conhecimento deriva de uma constante e dinâmica relação entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito.

Sendo o conhecimento tácito pessoal e de difícil comunicação, há-que transforma-lo em conhecimento explícito tornando-o acessível e compreensível. E, quando cada indivíduo ao assimilar o conhecimento explícito interiorizar o mesmo sob influência das suas características pessoais e experiência, pode gerar conhecimento tácito. Tal dinâmica é explicada através do que Takeuchi e Nonaka (2008) sugerem de modos de conversão de conhecimento cuja actuação torna-se num ciclo crescente e infinito, nomeado de espiral do conhecimento. Este sistema é designado de modelo SECI (Figura 1).

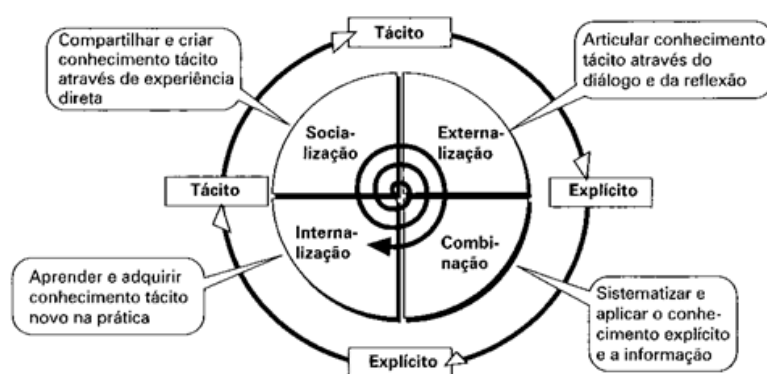


Figura 1 - A espiral do conhecimento. Fonte: Takeuchi & Nonaka, 2008 p. 24

O modelo SECI permite a percepção do trajecto percorrido pelo conhecimento nas organizações e a forma como esse recurso é gerado e inclui os processos de socialização, externalização, combinação e internalização (Takeuchi e Nonaka, 2008):

- Socialização: corresponde à conversão de conhecimento tácito para tácito. Um indivíduo partilha as suas experiências com outros indivíduos que, através da observação, imitação ou prática, por sua vez, argumentam e/ou complementam gerando novo conhecimento tácito.
- Externalização: o conhecimento tácito é convertido em conhecimento explícito. O conhecimento individual é divulgado ao grupo e discutido a fim de se tornar em conhecimento explícito.
- Combinação: trata-se da conversão de conhecimento explícito em explícito, isto é, o conhecimento explícito é padronizado e absorvido e aplicado pelos membros de uma organização.
- Internalização: conversão de conhecimento explícito em tácito. A experiência adquirida pela aplicação do novo conhecimento explícito organizacional combinada com outras fontes de conhecimento tácito/explicito leva à aprendizagem de um novo conhecimento tácito.

#### **1.4 Gestão do Conhecimento**

No actual contexto organizacional, o conhecimento tornou-se um factor fundamental para a definição de estratégias de criação de valor. No entanto o conhecimento, por si só não confere vantagem competitiva. Para tal a organização tem de criar infra-estruturas e sistemas para que o conhecimento relevante seja identificado, tornado explícito e organizado assim como passível de ser partilhado, estar sempre acessível e ser utilizado como modo de estimular o processo criativo de mais conhecimento (Davenport e Prusak, 1998).

Como meio de resposta a este desafio surge a gestão do conhecimento como um sistema integrado de processos aplicados ao conhecimento pessoal e organizacional sendo considerado como um recurso estratégico não só para a organização mas também para o seu capital humano.

A revisão da literatura acerca deste tema permite constatar que existe um leque alargado de correntes teóricas baseadas em domínios tão distintos como a economia, a tecnologia ou os recursos humanos, devendo a gestão do conhecimento ser interpretada de uma forma multidisciplinar. Decorrente das diversas mudanças tecnológicas, políticas e sociais que caracterizam a actualidade, a gestão de conhecimento [GC] tem vindo a sofrer alterações na sua abordagem. Em finais do século passado o foco incidia nos resultados e na informação, posteriormente foi direccionado para o cliente e actualmente está nas pessoas da organização enquanto detentoras de conhecimento.

Para Barreto (2004) a gestão de conhecimento é,

Um conjunto de processos empregados pelas empresas para colaborar na criação, capturar e compartilhar o conhecimento tácito, através do intercâmbio entre profissionais, além de permitir acesso a todo o conhecimento da empresa, estruturado ou não, sob a forma de conhecimento explícito, de modo a atingir plenamente os objetivos da Organização. (p.2)

Segundo Saint-Onge e Wallace (2003), a gestão do conhecimento baseia-se numa combinação única de estratégias, papéis, processos e ferramentas que, em conjunto e de forma concertada tiram proveito do capital intelectual de uma qualquer organização para que esta atinja os seus objectivos.

Takeuchi e Nonaka (2008, p.9) definem-na “como o processo de criar continuamente novos conhecimentos, disseminando-os amplamente através da organização e incorporando-os velozmente em novos produtos/serviços, tecnologias e sistemas”.

Segundo Terra (2012, p.3) “a Gestão do Conhecimento centra-se em três aspectos principais: foco nos ativos intangíveis (principalmente o fator humano), tornar a gestão do conhecimento algo explícito, incentivar e criar mecanismos que facilitem aos empregados o compartilhamento de seus conhecimentos.”

Nesse sentido, segundo Davenport e Prusak (1998) a GC deve contemplar a tríade processos, tecnologia e pessoas:

Processos: Processo pode ser encarado como qualquer atividade ou conjunto de atividades em que a um *input*, é-lhe adicionado valor e gera um *output* específico. Os processos utilizam os recursos da organização para oferecer resultados objectivos. Como tal, este é um pilar da GC essencial na medida em que os processos necessitam de ser criados com base nas políticas e objectivos da organização assim como nos recursos disponíveis e com o cuidado de serem ajustados à sua cultura e ambientes organizacionais.

Tecnologia: Não é o foco da GC mas é um factor altamente catalisador para o efeito. A tecnologia de informação pode ser bastante útil no mapeamento das competências das pessoas, no mapeamento e modelagem dos processos, principalmente no acesso e partilha do conhecimento, viabilizando a criação de uma memória organizacional.

Pessoas: o conhecimento está detido pela pessoa e é ela que decide se partilha-o ou não e por vezes não gosta de partilhar porque não há uma contrapartida ou pelo medo de perda de poder. Isto significa que o foco da GC deve estar nas pessoas, como refere Barreto (2004, p.1) “O foco principal ao implantar um programa de gestão do conhecimento, de qualquer amplitude, é o homem, são as pessoas”.

Assim um aspecto chave para a implementação bem-sucedida da GC passa pela inclusão e motivação da equipa para a qual está direccionada pois só existe GC se houver comunicação, comprometimento, cooperação entre as pessoas que a compõem, sentido de objectivo comum, como defende Barreto (2004):

Considerando a necessidade de trabalhar com as pessoas e de estudar a cultura da organização para poder propor novos valores, introduzir novas idéias e novas práticas é necessário estabelecer ações que gerem motivação dos trabalhadores do conhecimento e que facilitem a introdução de novo tipo de comportamento. (p.3)

Este ambiente depende da liderança efectiva no seio organizacional. Muitas vezes os gestores não valorizam convenientemente os conhecimentos e a experiência da sua equipa e como tal não retiram o devido benefício desse conhecimento. Para tal o gestor organizacional, nos diferentes níveis hierárquicos, deve assumir um compromisso de liderança empenhada em fomentar uma cultura organizacional promotora do incentivo, iniciativa e criatividade contribuindo assim para a identificação e incorporação gradual de novos valores nos seus colaboradores.

Perante esta exposição, a GC tem como objectivo geral que o conhecimento seja documentado, acessível, partilhado e actualizado dentro da organização e para o seu alcance são implementados na organização processos dinâmicos e interactivos entre si. Steil (2007) descreve-os como:

Criação: resulta da interacção de pessoas com interesse comum que ao comunicarem entre si partilham os seus conhecimentos numa nova situação ou contexto e fazem gerar novo conhecimento. Como tal é um processo associado à resolução de problemas, à criatividade e inovação.

Captura: Trata-se de tornar o conhecimento tácito que é percebido como valioso, o chamado *know-how*, em forma explícita. Esta externalização do conhecimento é muito condicionada por factores como o ambiente em que ocorre, a capacidade de quem exterioriza, a capacidade de quem capta e a relação entre ambos;

Organização / Armazenamento: diz respeito à representação do conhecimento existente. Resulta da recolha do conhecimento explícito existente que é documentado, organizado, codificado e armazenado de forma a permitir a sua acessibilidade e recuperação futura. As tecnologias de informação têm um grande impacto neste processo, pois disponibilizam ferramentas facilitadoras deste processo.

Acesso: refere-se à condição de o conhecimento se manter disponível de forma precisa para um acesso fácil;

Partilha: trata-se da partilha dos conhecimentos individuais e grupais, incluindo os já armazenados, para a formação do conhecimento organizacional que, segundo Llauger (2001) citado por Guedes (2012, p.16), a permite "(...) otimizar e entender os fluxos do conhecimento

nas organizações, evitando ao máximo as possibilidades de fugas do conhecimento e as ilhas de informação”.

Utilização: Refere-se à efectiva integração do conhecimento pelas pessoas na sua prática diária diminuindo o *knowing-doing gap*, ou seja, encurta a distância entre aquilo que se sabe e aquilo que não se sabe;

Assim sendo, o impacto da gestão do conhecimento está no aumento da eficiência e da qualidade dos processos organizacionais existentes e dos resultados alcançados, proporcionando vantagens de cariz estrutural, corporativo e competitivo (Pires, Lopes e Valls, 2013):

Vantagem estrutural: ao inventariar o conhecimento que possui, a organização consegue ter maior conhecimento de si mesma o que permite estabelecer novas metas e objectivos mais apropriados e melhor direccionados.

Vantagem corporativa: todas as pessoas da organização são beneficiadas porque a GC gera o envolvimento de todos e como tal a pro actividade, a motivação e o empenho aumentam.

Vantagem competitiva: uma GC bem implementada é o meio catalisador para a criação e agregação de valor, permitindo criar competitividade e sustentabilidade frente aos desafios presentes e futuros.

Perante o exposto entende-se que o capital intelectual tem-se tornado o principal recurso para o desenvolvimento das organizações na medida em que resulta do conhecimento que gera valor. Segundo Cabrita (2009) citado por Faria (2013, p.10) “o que valoriza e centraliza o papel do capital intelectual é o facto de existir uma possível relação entre o capital intelectual e o desempenho nas organizações, logo é de extrema importância identificá-lo, medi-lo e geri-lo”.

Assim uma organização do conhecimento só pode assumir-se como tal quando “ (...) for capaz de integrar eficientemente os processos de criação de significado, construção do conhecimento e tomada de decisões.” (Choo, 2006, p.30) e só desta forma o conhecimento se tornará independente dos seus detentores individualmente considerados. (Cortada e Woods, 1999).

No entanto para a GC permitir a criação de valor para a organização, implica, necessariamente, uma coordenação integrada de esforços em vários planos: organizacional e individual; estratégico e operacional; formal e informal (Terra, 2012). Como refere Ortiz (2001, p.158) “não é possível colocar a empresa num caminho de gestão do conhecimento sem estabelecer mudanças profundas na forma de trabalhar da organização”.

A desvalorização desta sinergia pode conduzir a que as práticas, normas e processos criados para estímulo da GC, possam converter-se em factores de insucesso, inibindo a criação, captação, armazenamento e difusão do conhecimento. Na gestão do conhecimento existe, seguramente, o desejo de encontrar um método que explique como proceder, não sendo, no entanto, fácil de o encontrar, dado que cada organização tem as suas próprias especificidades.



## **2. Enfermagem Perioperatória**

Para uma melhor compreensão acerca da enfermagem perioperatória, ainda pouco conhecida da sociedade em geral, é essencial primariamente proceder à caracterização do espaço onde desenvolve a sua actividade específica, que é o bloco operatório.

### **2.1. Bloco operatório**

Segundo a definição da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações [AESOP] (2006) o bloco operatório [BO] é uma “unidade, orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico /cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.” (p. 20)

Trata-se de um espaço físico onde se realizam intervenções cirúrgicas de carácter programado e/ou urgente/emergente e é constituído por salas de operações que, segundo a AESOP (2006), são as unidades arquitectónicas principais onde se efectivam as intervenções cirúrgicas e que são parte integrante da chamada suíte operatória, juntamente com outros três locais, o local de desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica.

A sua concepção deverá depender da população a que se destina, às especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar uma resposta positiva. (Cabral, 2004, p.76)

Um dos factores de extrema importância para as actividades do BO, é o factor tempo. A programação das actividades do BO depende fortemente da gestão do tempo disponível para a realização das mesmas e para tal existem conceitos próprios. Um acto cirúrgico caracteriza-se por uma linha de tempo denominada, período perioperatório, que é constituído por três fases cirúrgicas consecutivas:

- O período pré-operatório, que se inicia no momento em que é decidida a realização de uma cirurgia podendo ser de carácter electiva, urgente ou emergente;
- O período intra-operatório, que começa quando o paciente é transferido para a sala de cirurgia e termina quando ele é internado na unidade de recuperação pós-anestésica, vulgarmente designado de recobro;
- O período pós-operatório, que se inicia com o término da cirurgia e prolonga-se até à alta clínica do doente.

O bloco operatório requer ser uma unidade cirúrgica necessariamente fechada e isolada do exterior devido às especificidades físicas e ambientais para a prevenção de riscos e promoção de segurança do doente e da equipa de trabalho, mas este só se torna funcional se existir permeabilidade para a interacção com outros serviços disponíveis dentro e fora da organização hospitalar.

Este serviço constitui-se de uma equipa multidisciplinar residente constituída pelos enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos. O restante grupo, a nível rotativo, constitui-se pela equipa médica de cirurgia das várias especialidades cirúrgicas, equipa médica de anestesiologia, técnicos de diagnóstico entre outros.

E esta equipa necessita de se articular com outras exteriores ao BO mas que desenvolvem actividades de suporte ao mesmo, como enfermarias, laboratório de anatomia patológica, serviço de esterilização, serviços farmacêuticos, departamento de aprovisionamento e logística, serviço de imuno-hemoterapia, serviço de imagiologia, serviço de gestão hoteleira, serviço de manutenção e reparação de equipamentos, departamento de informática, e os vários fornecedores, entre outros parceiros.

Trata-se de um serviço hospitalar complexo e altamente especializado com exigências técnicas e ambientais, como já referido mas também humanas, representando um centro de custos elevado que implica um consumo intensivo de recursos, quer materiais quer humanos, em que a sua principal característica diferenciadora reside no seu dinamismo. A crescente evolução tecnológica e científica na saúde tem permitido uma maior sofisticação das técnicas e procedimentos cirúrgicos contribuindo para a redução do tempo do acto cirúrgico, bem como dos riscos, complicações e consequências prejudiciais para o doente e a sua família, e para os profissionais.

Se por um lado a estrutura física está condicionada e a sua construção /remodelação são processos complexos e com custos elevadíssimos, no que se refere à dinâmica de pessoas e materiais há espaço de manobra para objectivos operacionais que direccionem os comportamentos e o desempenho para a estratégia definida (Cabral, 2004). De facto um factor crucial a considerar na funcionalidade de um BO é o trabalho em equipa, pois só com a articulação conjugada das actividades dos profissionais de saúde envolvidos é que se torna possível a decorrência das cirurgias com normalidade e segurança.

Conclui-se que, à semelhança do mundo empresarial, um BO requer processos de gestão associados aos recursos humanos, físicos e financeiros e como tal a definição de objectivos e estratégias, avaliação, resolução de problemas e sugestões de melhoria devem fazer parte do dia-a-dia deste serviço como forma de garantir que seja uma unidade funcional competente, eficiente e eficaz. E, acima de tudo, exige um modelo de gestão que atribua à capacidade de adaptação constante, uma importância considerável na estratégia de gestão para que não haja o risco de diminuir o nível da qualidade dos cuidados prestados.

## 2.2 Breve resenha histórica da enfermagem perioperatória

O maior grupo profissional presente no BO é a classe de enfermagem, designada de enfermagem perioperatória.

A enfermagem perioperatória, cujo primeiro conceito aparece em 1978, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao utente e família, que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou a um procedimento invasivo (Cabral, 2004).

No entanto a história da enfermagem perioperatória iniciou-se muito antes, nos finais do século XIX, pelas actividades desenvolvidas por Florence Nightingale, pioneira na área da enfermagem, quando os médicos necessitavam de apoio de pessoal que os auxiliasse nos procedimentos.

Foi nos Estados Unidos da América [EUA] que a enfermagem perioperatória se desenvolveu a bom ritmo, tornando-se a primeira área de especialização em enfermagem nesse país, em 1889, com a designação de enfermagem de sala de operações. Desde logo foi-se delineando um caminho no sentido de se definir funções (1910), qualificações necessárias (1929) e ensino (1933) e normalização de procedimentos (1965) (Cabral, 2004).

Porém este percurso não foi pacífico com avanços e recuos na conquista do reconhecimento no sector da saúde e na sociedade devido à escassez de enfermeiras e à tentativa da sua substituição nas salas operatórias por técnicos. Esta situação conduziu a que em 1949, nos EUA, tenha sido fundada a *Association of periOperative Registered Nurses* [AORN] com o objectivo de salvaguardar a prestação de cuidados ao doente cirúrgico pelos enfermeiros perioperatórios, únicos com competências para essa área. Esta associação tem procurado desde essa data motivar os enfermeiros, fomentar a partilha dos seus conhecimentos e apostar na aprendizagem e formação nesta área tão específica.

Em Portugal os primeiros sinais da actividade da enfermagem perioperatória iniciaram-se no início do séc. XX surgindo nos programas das escolas de enfermagem a temática relativa a salas de operações, e a ainda tão actual necessidade de formação específica na área do bloco operatório, culminou também com a criação, em 1986, de uma associação portuguesa dirigida aos enfermeiros de sala de operações e designada de Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP].

Desde 2011 que em Portugal foram-se unindo esforços no sentido de reconhecer a enfermagem perioperatória como especialidade de enfermagem a par de outras existentes nesta área, como Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e conseguiu-se o seu reconhecimento em 2015 por

total unanimidade da Ordem dos Enfermeiros [OE] e desde essa data que se aguarda a sua regulamentação.

Actualmente, a enfermagem perioperatória também tem o seu impacto em vários países europeus, tendo cada um criado uma associação representativa que em conjunto constituem a *European Operating Room Nurses Association* [EORNA].

São as directrizes das duas associações, EORNA e AESOP, que orientam as actividades de enfermagem perioperatória em Portugal e na Europa promovendo as práticas recomendadas no exercício da enfermagem perioperatória, numa tentativa de uniformização das mesmas.

Estas entidades procuram consciencializar a sociedade e principais intervenientes que a enfermagem perioperatória rege-se por práticas e procedimentos baseados em conhecimento científico.

### **2.3 Work design da enfermagem perioperatória**

*Work design*, significa, de uma forma abrangente, características do trabalho. Morgeson e Humphrey (2008) definem-no como o estudo, criação e modificação da composição, conteúdo, estrutura e ambiente das profissões, contemplando o contexto social, físico e organizacional onde se desenrolam.

Segundo Morgeson e Campion (2003), a nível social, reflecte em que medida as funções provocam a interacção com outros colaboradores; do ponto de vista organizacional, refere-se à função e ao conhecimento do trabalho e suas características impulsionadoras para a satisfação e motivação do trabalhador; e por último, no que se refere às características físicas, indica as condições físicas e ambientais em que o trabalho é desenvolvido.

Trata-se de um campo de investigação cuja actuação é importante ao nível organizacional e ao nível individual do colaborador. Com o estudo e interpretação do *work design* das profissões procura-se atingir um equilíbrio entre o objectivo organizacional de se alcançar a eficiência funcional, alavancando a produtividade e eficácia, e as exigências/ necessidades sociais e pessoais do colaborador relacionadas com a sua motivação, saúde e bem-estar.

Partindo destes pressupostos procura-se de seguida descrever o *work design* da enfermagem perioperatória, um dos focos deste trabalho.

Apesar da filosofia e dos modelos holísticos da enfermagem terem procurado distanciar-se do modelo biomédico, o enfermeiro que presta cuidados de enfermagem no bloco operatório foi durante muito tempo considerado como "ajudante do cirurgião", sem autonomia, tecnicista cujas actividades em nada representam o cuidado de enfermagem.

De facto o construto actual do *work design* da enfermagem perioperatória deve-se em muito ao trabalho desenvolvido pelas suas associações representativas a nível global que promovem a enfermagem perioperatória, no sentido de esta ser cientificamente reconhecida, trabalhando consistentemente na área da formação, na definição de padronização de normas e

procedimentos baseados na evidência tendo como missão principal a segurança do doente. Citando Cabral (2004) “estamos a assistir a uma passagem de uma situação de submissão ou passividade, para o paradigma da responsabilidade, da confiança, da autonomia na complementaridade.” (p.49).

Esta questão já era suportada pelo Art. 9º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (1996, p.4) para a prática de enfermagem generalista:

- 1 - As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.
- 2 - Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.
- 3 - Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Assim a EORNA (2009) definiu as competências necessárias para o exercício da enfermagem perioperatória através da criação de um quadro de competências (Apêndice I) que se traduz num conjunto de habilidades, conhecimentos, atitudes e características individuais sob cinco domínios base: uma prática profissional legal e ética; cuidados de enfermagem aplicados à prática perioperatória; relacionamento e comunicação interpessoais; habilidades de organização, gestão e liderança; e o desenvolvimento educacional e profissional.

Actualmente, o enfermeiro perioperatório define-se, segundo a AESOP (2013), como,

O profissional que presta cuidados de enfermagem à pessoa que vai ser operada (no período perioperatório) isto é, antes, durante e após a cirurgia. Inserido numa equipa multiprofissional garante a segurança, a comunicação, o conforto, o controlo da infecção e previne eventos adversos. Satisfaz as necessidades de vida da pessoa e defende os seus interesses. Ajuda-a a estar informada, a mobilizar recursos e a tomar decisões no que concerne à sua saúde. (p.9)

O enfermeiro perioperatório é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.

O enfermeiro perioperatório pode desempenhar uma prática multifuncional, ou seja, pode exercer funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. As actividades específicas de cada um estão definidas nas normas dos regulamentos internos dos blocos operatórios e baseiam-se nas recomendações da AESOP em concordância com a Ordem dos Enfermeiros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2004) o enfermeiro circulante é o profissional que, no conjunto da equipa cirúrgica, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.

É com base nos pressupostos aqui enunciados que compete ao enfermeiro circulante, nomeadamente:

- Identificar as necessidades individuais do doente, em contexto perioperatório, e intervir em conformidade;
- Planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as actividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes;
- Gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com a restante equipa multiprofissional;
- Controlar o tempo (*turnover*), garantindo que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes;
- Controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do acto cirúrgico;
- Providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, e verificar a correcta funcionalidade.
- Zelar pela manutenção e segurança do ambiente cirúrgico garantindo todas as medidas ambientais e de segurança necessárias para o doente e para os restantes profissionais da equipa (OE, 2006).

As funções do enfermeiro instrumentista são:

- ✓ Confirmar as cirurgias;
- ✓ Colaborar com o enfermeiro circulante na selecção de todo o material necessário;
- ✓ Conhecer todos os instrumentos (nome, função e correcta utilização) e colocar os necessários para cada cirurgia na mesa de instrumentação;
- ✓ Responsabilizar-se por todos os instrumentos, compressas e suturas, procedendo à sua contagem (no início da cirurgia, antes do encerramento da ferida cirúrgica e no final da cirurgia);
- ✓ Ajudar a equipa cirúrgica a vestir-se;
- ✓ Manter a assepsia rigorosa;

- ✓ Apresentar perícia e ordem na instrumentação;
- ✓ Providenciar a limpeza e acomodação de todos os instrumentos utilizados;
- ✓ Conhecer com rigor todos os passos da cirurgia de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
- ✓ Controlar a hemorragia, estando alerta às compressas e ao controlo hidro-electrolítico;
- ✓ Separar o material limpo do sujo e do contaminado;
- ✓ Preparar o material de penso e drenagem;
- ✓ Fazer o penso operatório;
- ✓ Colocar o material cortante e perfurante em recipientes próprios;
- ✓ Retirar o material da mesa operatória e colocá-lo em contentores próprios e providenciar o seu transporte no circuito correcto para a sala de preparação de material (AESOP, 2006).

As funções do enfermeiro de anestesia são:

- Conhecer as necessidades do doente, existindo para esse efeito a visita de enfermagem pré-operatória;
- Saber qual a cirurgia, a hora e a anestesia do doente;
- Verificar e testar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos necessários para o acto anestésico;
- Verificar o *stock* de fármacos de urgência;
- Providenciar a chegada do doente ao BO, dentro da hora marcada;
- Receber o doente no local de transferência, identifica-lo e verificar com o colega de internamento as condições em que o doente se encontra, exames e informações relevantes;
- Colaborar na transferência do doente e posicionamento na mesa operatória;
- Proceder à monitorização e cateterismo venoso periférico;
- Assistir o médico anestesista durante a indução e manutenção da anestesia e no reverter da anestesia do doente;
- Colaborar no controlo do balanço hidro-electrolítico;
- Comunicar com o colega da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos transmitindo as informações necessárias (orais e escritas);
- Providenciar a saída do doente da sala, acompanhando-o até à unidade de destino (AESOP, 2006).

Consoante a política interna do bloco operatório os enfermeiros podem exercer as três funções ou podem constituir duas equipas, a equipa de enfermagem de anestesia, constituída pelos enfermeiros de anestesia, e a equipa de enfermagem cirúrgica, constituída pelos enfermeiros circulantes e instrumentistas.

O exercício da enfermagem perioperatória está ainda sujeita a dotações mínimas no seu exercício no BO de forma a garantir uma resposta com cuidados de enfermagem em qualidade e segurança. As dotações são definidas pela OE e indicam que em cada sala operatória, seja cirurgia convencional ou de ambulatório, deverão estar presentes três enfermeiros para o desempenho das três funções. Em situação de cirurgia minor/ tratamentos/ consulta só é exigido um enfermeiro. Relativamente às Unidades de Cuidados Pós Anestésicos “devem ser alocados no mínimo 2 (dois) enfermeiros, devendo o rácio, em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos utentes, ser de 1 (um) enfermeiro por cada 3 a 6 utentes (...)” (OE, 2014, p.20).

O Quadro 2.1 permite compreender de uma forma holística o rol de papéis atribuídos à enfermagem perioperatória, que dá a conhecer o seu grande desafio, para a aquisição de competências com vista ao perfil esperado do enfermeiro perioperatório: “ ter consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências, controlo do stresse” (AESOP, 2006, p.8).

<b>ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO</b>	
Enfermeiro como <b>prestador de cuidados</b>	O enfermeiro perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as atividades relacionadas com o cuidar.
Enfermeiro como <b>advogado do doente</b>	Assegura um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de “boas práticas”. Em nenhum outro lugar, o papel do advogado do doente é um desafio tão importante, pois o doente confia na equipa cirúrgica para resolver as suas necessidades físicas e psicológicas.
Enfermeiro <b>como investigador</b>	Preocupa-se em aumentar os seus conhecimentos em relação à prática e aos dispositivos médicos que utilizam. Este aporte de conhecimento é baseado na investigação científica.
Enfermeiro <b>como líder</b>	O enfermeiro perioperatório é o mediador de todos os elementos da equipa. Deve ajudar os outros a crescer profissionalmente e a desenvolver as suas capacidades.
Enfermeiro <b>como educador</b>	Está envolvido na educação não só dos doentes e seus familiares, mas também dos colegas, estudantes e sociedade em geral, com a esperança de marcar a diferença entre o enfermeiro técnico e o enfermeiro “orientado para o doente”, envolvido em todos os aspectos do cuidar.

Quadro 2.1 - Atribuições do Enfermeiro Perioperatório

Fonte: AESOP (2006, p.8)

Os aspectos considerados, aliados ao referido por Cabrita (2009), em que,

Os trabalhadores do conhecimento desenvolvem níveis assinaláveis de actividade cognitiva na análise de dados, na colocação desses dados em contexto e no



estabelecimento de relações entre os mesmos dados e o conhecimento que já está disponível, de forma a oferecer os melhores cuidados aos clientes. (p.53)

Permite considerar que o enfermeiro perioperatório é um trabalhador do conhecimento pois caracteriza-se por ser um profissional multiquificado e multifuncional na medida em que desenvolve competências de carácter aditivo, promovendo a sua qualificação profissional e também de carácter integrativo incorporando os seus conhecimentos e habilidades no seu trabalho diário, estando vocacionado para lidar com informação e conhecimento.

## **2.4 Formação em enfermagem perioperatória**

Como já referido, o avanço científico e tecnológico das cirurgias e as especificidades do doente cirúrgico exige ao BO a definição e concretização de regulamentos, normas e procedimentos específicos em matéria de ambiente físico, concretamente, materiais, instalações, equipamentos. Relativamente aos recursos humanos, o nível de exigência é transversal pois este serviço demanda a presença de uma equipa multidisciplinar altamente especializada com necessidade de actualizações contínuas dos conhecimentos teórico práticos.

Partindo desta premissa, a equipa médica tem as especialidades cirúrgicas regulamentadas e com um processo teórico prático de aprendizagem rigorosamente definido. A organização do ensino médico inicia-se nas universidades que se responsabilizam pela qualidade do ensino e passa pelos ensinamentos clínicos em contexto hospitalar com o acompanhamento/responsabilidade de profissionais de carreira médica incorporados nessas mesmas universidades promovendo a cooperação interinstitucional.

Comparativamente, na área da enfermagem perioperatória, a formação formal especializada nesta área é ainda escassa dado que o curso de licenciatura não inclui e nem permite espaço e tempo para o ensino de matérias tão extensas e complexas. Assim, actualmente um enfermeiro com a formação generalista da licenciatura, continua a poder iniciar funções no BO sem ter obtido qualquer formação especializada neste domínio.

A formação do enfermeiro perioperatório tem sido realizada em contexto laboral, através da definição de um plano de integração e um plano de formação.

Em *O Net Online – Occupational Information Network* (2016) reconhece-se que,

*“Employees in these occupations usually need one or two years of training involving both on-the-job experience and informal training with experienced workers. A recognized apprenticeship program may be associated with these occupations.”*

No entanto, em muitas organizações hospitalares em Portugal, os planos de integração / formação ainda não são aplicados, ou quando existem, o tempo disponibilizado para tal é curto.

Apesar de na última década se terem verificado esforços crescentes ao nível institucional, no sentido de preencher as lacunas de aprendizagem existentes, a oferta ainda é diminuta e/ou confinada a cada BO. Algumas instituições de ensino oferecem cursos avançados e pós graduações principalmente para a área de anestesia, e nos departamentos de formação de algumas organizações de saúde, proporcionam formações de curta duração em serviço e por parceiros externos. Também são realizados congressos /conferências que procuram incluir uma componente prática através da realização de *workshops*.

Tal significa que a formação de um enfermeiro perioperatório realiza-se maioritariamente por via informal, através do empenho e dedicação individual na procura do conhecimento e que é largamente dependente da disponibilidade dos restantes elementos que compõem a equipa, onde se inclui os enfermeiros, os restantes profissionais de saúde e outros parceiros ligados directa e indirectamente à actividade desenvolvida em BO.

Esteves (2013) observou que o sucesso da integração e formação do enfermeiro no BO,

(...) Não se limita à apresentação da estrutura, do serviço ou do tipo de doentes, mas também a um intenso processo formativo que se sustenta por um esforço colectivo da equipa que o recebe e um esforço individual, uma predisposição para aprender, para se integrar. (p.47)

E, sendo reconhecido por Esteves (2013, p. 46) que,

A entrada de um enfermeiro no bloco operatório, tenha ele experiência na prestação de cuidados, ou seja um jovem recém-formado, é sempre encarada como um enorme desafio profissional que obriga a uma reaprendizagem, não só de conhecimentos técnico-científicos, como também uma readaptação comportamental, de hábitos, posturas e formas de lidar com o doente.

Torna-se indispensável que o enfermeiro para exercer as suas funções em BO, adquira conhecimentos, habilidades e atitudes que lhe permitam o desempenho eficiente das suas funções, com vista à aquisição de competências e consequentemente à optimização da prestação de cuidados.

Para além de uma formação base especializada, o enfermeiro perioperatório deve inserir-se sempre num plano de integração no BO onde vai desenvolver as suas funções, dado que apesar de existirem protocolos/procedimentos transversais, cada organização de saúde, tem as suas especificidades e como tal o enfermeiro perioperatório necessita de espaço, tempo e acompanhamento para conhecer as rotinas e procedimentos, e poder colocar em prática os seus conhecimentos de uma forma segura e fundamentada.

A AESOP deu um importante contributo neste sentido, em 2006, com a criação de um Programa de Integração dos Enfermeiros de Bloco Operatório, baseado nas directrizes da

EORNA, de modo a permitir uma melhor integração/ formação dos enfermeiros e que pode ser adaptado a nível organizacional e individual.

Inclusivamente, a AESOP vai mais longe e preconiza um modelo avançado de enfermagem perioperatória que só poderá desenvolver-se através de uma formação especializada nessa área porque continua evidente a necessidade de formação, manutenção e aprendizagem contínua na área da enfermagem perioperatória no sentido de melhoria da qualidade do desempenho profissional com vista a um cuidar de excelência.

### 3. Gestão de Conhecimento em Saúde

Hoje, mais do que nunca, as novas tecnologias e conhecimentos científicos evoluem rapidamente, estando em constante mudança. As tendências evolutivas abrangem também as necessidades de saúde da população e as suas expectativas. Assim o sector da saúde aproxima-se cada vez mais do sector empresarial, dada a importância que a sua dimensão económica tem mas também pela pressão crescente do custo-eficácia dos sistemas de saúde em todo o mundo (Gilmartin e D'Aunno, 2007).

Com referido por Sachs (2005), a boa performance de uma organização de saúde é fundamental para promover o bem-estar social, conduzindo por sua vez, a sociedades saudáveis que são sociedades mais produtivas. No entanto a visão estratégica na saúde não se pode restringir ao campo económico - financeiro, pois este sector é indubitavelmente útil e importante para não incluir os seus recursos humanos que são o seu pilar.

Uma organização, independentemente da sua natureza, é constituída por activos tangíveis, património, e activos intangíveis, recursos humanos. Um sem o outro não constitui uma organização mas o recurso humano é o que dá movimento àquilo que é tangível e como tal tem de ser visto como o agente transformador. Segundo Yang e Lin (2009) um hospital é uma organização prestadora de serviços com recursos intangíveis que estão inerentes às diferentes classes profissionais, que juntamente com a estrutura organizacional são a chave para o sucesso ou insucesso da mesma. “Como consequência, as carreiras destas classes profissionais devem ser consideradas como recursos contributivos para a essência da competitividade e desempenho hospitalar.” (Faria, 2013, p.18).

Por outro lado, considera-se que os recursos humanos nestas organizações detêm muitas vezes a autonomia na tomada de decisão, conforme Mintzberg (1979) citado por Souza e Carvalho (2015) que “classifica as organizações hospitalares como complexas burocracias profissionais, configuradas horizontalmente e descentralizadas, apresentando poucos níveis hierárquicos, sendo operadas pelos profissionais que nela desempenham suas atividades”.

No que diz respeito aos diversos serviços que compõem uma organização hospitalar, o BO é um dos sobre os quais mais incide o foco de atenção das equipas de gestão ocupando um lugar estratégico nas políticas de produtividade. Este serviço é considerado o centro de produção que tem o maior impacto no desempenho do hospital e que se reflecte no financiamento hospitalar. Segundo Kuhn (1996) citado por Pegado (2010) um “bloco operatório é um negócio, considerando que o produto deste serviço (...) é o acto cirúrgico”, aplicando-se “os fundamentos básicos da gestão, como os da eficiência, da efectividade e da eficácia.” (Pegado, 2010, p.30).

Mas uma característica igualmente significativa do BO prende-se com os recursos humanos necessários para que se verifique um bom desempenho operacional e de qualidade, em particular a equipa da enfermagem perioperatória.

A este grupo profissional deverá ser dada atenção ao seu *work design*, porque além de o trabalho ser parte central da vida do trabalhador e da sociedade, e de existirem tendências organizacionais que podem ter um impacto importante na natureza do trabalho, o *work design* tem um significado prático para os trabalhadores, gestores e organizações no global (Morgeson e Humphrey, 2008).

A aquisição e desenvolvimento dos seus conhecimentos, habilidades e competências especializadas não são garantidos pelo curso de licenciatura de enfermagem, o que “quererá isto dizer que o enfermeiro generalista está preparado para prestar cuidados, nos centros de saúde, na área de saúde comunitária; cuidados diferenciados, nas instituições hospitalares, nas diferentes áreas aí existentes, com a exceção da área de cuidados perioperatórios.” (Cabral, 2004, p. 27). O seu processo de integração /formação passa essencialmente pela prática, pelo “ver fazer” e pela procura individual do conhecimento.

Como tal o BO representa um meio denso de conhecimento explícito mas também um meio altamente gerador de conhecimento tácito principalmente no seio da equipa de enfermagem perioperatória.

O conhecimento explícito pode ser representado pelos protocolos clínicos assistenciais, códigos de ética e deontológicos, manuais, procedimentos, normas, congressos, jornadas, departamentos de formação contínua, grupos de trabalho. Aqui o papel dos programas de acreditação hospitalar tem sido importante porque têm fomentado a criação de infra-estrutura adequada de segurança para o atendimento de pacientes, o desenvolvimento de conhecimentos explícitos como protocolos clínicos de conduta e a criação de indicadores assistenciais a serem acompanhados e trabalhados sistematicamente. (Souza e Carvalho, 2015).

No entanto, trata-se de estruturas e práticas essencialmente formais e que estão mais desenvolvidas para a área médica de cirurgia e anestesia mas muito reduzidas para a enfermagem perioperatória.

O conhecimento tácito em BO é traduzido pelas habilidades dos profissionais na realização de técnicas e procedimentos, pela experiência profissional e pelas tomadas de decisão em determinadas situações, sendo este o cerne da formação do enfermeiro perioperatório.

Também o modelo de conversão de conhecimento definido por Takeuchi e Nonaka, está representado no BO pelos enfermeiros perioperatórios.

A socialização é o principal processo que pode ser verificado num BO. Os enfermeiros partilham entre pares as suas experiências em que um na tentativa de partilhar um saber técnico difícil,

permite que o outro assimile, imite e/ou observe. A integração de um novo elemento é maioritariamente fundamentada por este processo.

Também verifica-se a externalização, em que os enfermeiros perioperatórios expressam o seu conhecimento em diálogos através de metáforas, modelos, representações gráficas.

O processo de combinação também é observado pelas reuniões e acções de formação que são efectuadas especificamente em serviço e no âmbito geral da formação aos colaboradores da organização através do plano anual de formação, se existir, assim como pela presença de manuais e procedimentos/ protocolos existentes.

O processo de internalização verifica-se com o enfermeiro a incorporar o conhecimento captado em documentos e formações, nas suas experiências e rotinas conduzindo à geração de conhecimento. Um exemplo são as simulações efectuadas e a prática diária de um enfermeiro de bloco operatório que é o “aprender, fazendo”.

Neste ambiente intenso em conhecimento é importante que a organização de saúde adote medidas para não só manter esse conhecimento, como também transferi-lo para que não se concentre numa só pessoa, e correr o risco de perder o conhecimento caso a mesma abandone a organização.

Neste contexto, a gestão do conhecimento apresenta-se como uma abordagem a considerar para a gestão do capital intelectual do BO, ampliando o espectro de abordagem para além dos activos tangíveis e dos modelos de gestão mais tradicionais (Souza e Carvalho, 2015).

Considerando os aspectos relacionados com o *work design* do enfermeiro perioperatório e as características de um BO, a GC também pode ser uma ferramenta adjuvante importante no campo de actuação da enfermagem perioperatória. A GC para a enfermagem perioperatória torna-se importante perante a análise de um conjunto de factores que incitam a sua implantação no BO.

Um dos principais factores passa pelo enquadramento na era do conhecimento em que se reconhece que o capital intelectual é o agente criador de valor.

Outro factor prende-se com o facto de esta área da enfermagem ser altamente concentrada em conhecimento tácito.

Também a constante e crescente sofisticação tecnológica e avanços na saúde assim como uma maior complexidade das doenças são factores que exigem da enfermagem perioperatória um acompanhamento e actualização constantes e intensos dos seus conhecimentos.

Juntamente, outro factor primário a considerar é a necessidade de tornar um BO mais sustentável e eficiente dado ser um espaço onde o consumo de recursos tangíveis é muito elevado e a enfermagem perioperatória tem um papel de gestão importante sobre estes recursos.

Concomitantemente, a GC aplicada ao contexto da enfermagem operatória pode ser potencialmente um sistema de criação de valor e vantagem competitiva na medida em que possibilitaria:

- A criação de ferramentas de aprendizagem contínua;
- O desenvolvimento de uma cultura de inovação através da conjugação dos conhecimentos científicos com a experiência laboral do dia-a-dia;
- A criação e actualização de protocolos/procedimentos permitindo a normalização e uniformidade dos mesmos para uma melhor eficiência dos cuidados;
- A fomentação do *empowerment*, ou seja, fortalecer o envolvimento e contributo da equipa de enfermagem através da criação de equipas de trabalho com responsabilidades específicas em que o processo decisório seja acentuadamente participativo.
- E, uma maior satisfação dos enfermeiros a nível social, organizacional e acima de tudo ao nível motivacional, porque poderão ver o seu desenvolvimento profissional assegurado e reconhecido.

Por conseguinte, apesar de ser um método emergente no sector industrial, a transposição da GC para o contexto da saúde tende a ser um processo lento e subutilizado devido à sua natureza – vários departamentos, práticas e orientações, que requer que a organização redefina os seus pilares, os seus processos e assim leva a crer que os conceitos do sector empresarial não podem simplesmente ser transpostos para este contexto em particular.

Assim, de forma a reunir as condições para usufruir dos benefícios da GC, a organização de saúde terá de identificar lacunas e necessidades existentes, assim como os locais a que as pessoas usualmente recorrem para obter mais informação, identificando também grupos de pessoas que mantêm sinergia, colaboração e partilha na instituição. Para Davenport e Prusak (2000) as pessoas que partilham a mesma cultura organizacional podem comunicar melhor entre si e transferir conhecimento de forma mais eficaz do que aquelas que não têm uma cultura em comum.

## **CAPÍTULO II – OPÇÕES METODOLÓGICAS**



#### 4. Modelo conceptual

O tema definido para este trabalho de investigação teve como base um modelo conceptual (Fig. 2) que foi criado a partir do desenho do *work design* da enfermagem perioperatória e das características de conhecimento que lhe estão associadas. Procura-se saber se o enfermeiro perioperatório se percepção como trabalhador do conhecimento (variável independente) e se tal tem influência sobre a importância que atribui aos processos de GC (variáveis dependentes):

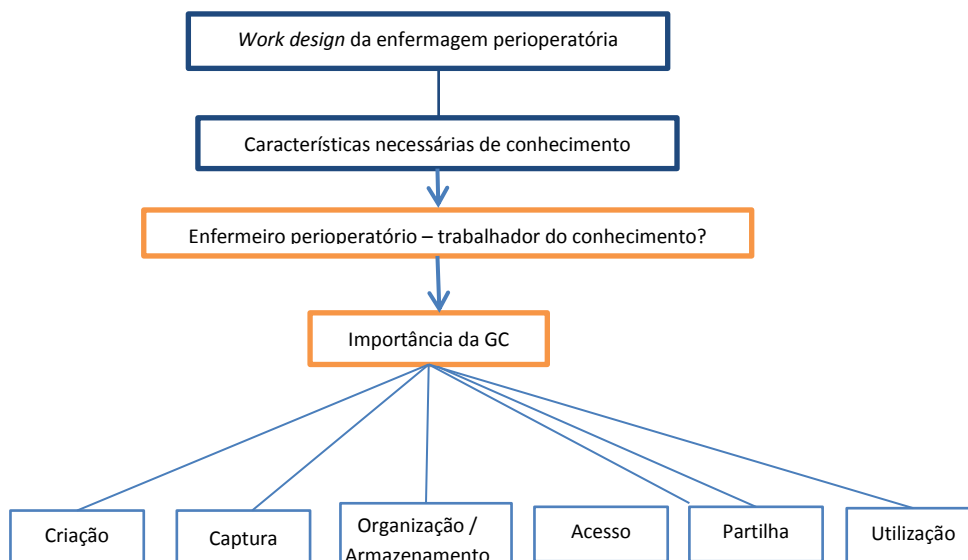


Figura 2 – Base do modelo conceptual

##### 4.1 Objectivos e hipóteses de investigação

Assim, os objectivos definidos para este estudo foram:

- Conhecer a auto percepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento;
- Conhecer a importância atribuída aos processos de GC, pelo enfermeiro perioperatório para o seu desempenho profissional;
- Conhecer a influência da auto percepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento sobre a importância que o mesmo atribui aos processos de GC para o seu desempenho profissional.

Perante os objectivos descritos, as questões de investigação propostas para este trabalho foram:

- *Hipótese 1:* a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento influencia a importância da criação de conhecimento para o seu desempenho profissional;
- *Hipótese 2:* a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento influencia a importância da captura do conhecimento para o seu desempenho profissional;
- *Hipótese 3:* a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento influencia a importância da organização/armazenamento do conhecimento para o seu desempenho profissional;
- *Hipótese 4:* a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento influencia a importância do acesso ao conhecimento para o seu desempenho profissional;
- *Hipótese 5:* a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento influencia a importância da partilha de conhecimento para o seu desempenho profissional;
- *Hipótese 6:* a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento influencia a importância da utilização do conhecimento para o seu desempenho profissional;

Para o alcance dos objectivos propostos foi realizado um estudo confirmatório que compreendeu uma extensa e exaustiva pesquisa bibliográfica em todos os canais disponíveis e a aplicação do método quantitativo através da aplicação de um inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados.

#### **4.2 Instrumento de recolha de dados**

De acordo com Fortin (1999) o método quantitativo é baseado num processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis, procurando garantir a objectividade, a predição, o controlo e a generalização. Assim, procurou-se elaborar um questionário simples, breve, de leitura fácil e compreensível tentando adequar a linguagem ao contexto e não provir de juízos de valor ou de influência sobre a resposta do inquirido.

Desta forma foi composto um questionário (Anexo I) adaptado de questionários já existentes em ambas as áreas, *work design* e GC, composto por quatro partes:

A primeira parte que correspondeu à introdução do questionário, em que incluiu uma descrição sucinta do tema em estudo, o seu âmbito, o seu objectivo principal e a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados e seu tratamento;

A segunda parte incluiu uma escala de avaliação da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento que se traduziu na avaliação das características de conhecimento do *work design* da enfermagem perioperatória constituída por 13 questões, cada

uma com 5 opções de resposta única em escala numérica de *Likert*, de 1- *Discordo totalmente*, 2 – *Discordo*, 3 - *Não concordo nem discordo*, 4 – *Concordo* a 5 - *Concordo totalmente*.

A terceira parte compreendeu uma escala de avaliação relativa à importância atribuída pelo enfermeiro perioperatório aos processos de GC para o seu desempenho profissional, composta por 23 questões, cada uma com cinco opções de resposta única em escala numérica de *Likert*, de 1 - *Nada importante*, 2 - *Pouco importante*, 3 – *Importante*, 4 - *Muito importante* a 5 - *Extremamente importante*.

A quarta parte conteve quatro questões relacionadas com a caracterização sócio demográfica da amostra estudada, nomeadamente: a idade, obtida por resposta de escala ordinal; o género, através de uma resposta dicotómica *feminino/masculino*; a formação pós graduada, detida através de uma resposta dicotómica *sim/não*, seguida de uma resposta aberta em caso de resposta anterior *sim*, onde o inquirido identificou a formação; e o tempo de exercício profissional como enfermeiro, através de questão de resposta fechada de escala ordinal.

Relativamente à escala de avaliação da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento, esta foi extraída e adaptada do questionário *Work Design Questionnaire (WDQ)* desenvolvido por Morgeson e Humphrey (2006) e que resultou do modelo de características do trabalho dos mesmos autores desenvolvido para análise do perfil profissional, e que se concentra em três grandes categorias, características motivacionais, características sociais e características contextuais. A tradução do questionário foi a considerada por Proença (2015).

Considerando o contexto temático deste trabalho, foi realizada uma selecção dos itens mais adequados, nomeadamente os associados ao uso de equipamento, subcategoria das características contextuais, e às características de conhecimento, subcategoria das características motivacionais.

Assim, a escala de avaliação foi estruturada em cinco dimensões, composta cada uma delas por duas a três questões num total de 13 questões. (Anexo II).

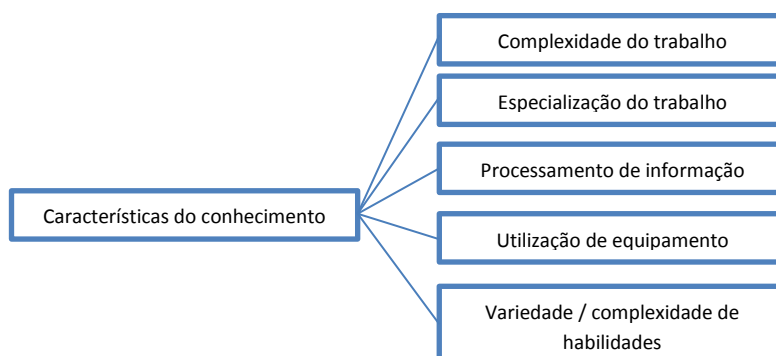


Figura 3 - Dimensões constituintes da escala de avaliação da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento

A dimensão “complexidade do trabalho” incide sobre o quanto o trabalho é complexo e difícil de concretizar;

A dimensão “especialização do trabalho” assenta na medida em que o trabalho envolve a execução de tarefas que exigem um conhecimento especializado e utilização de ferramentas, procedimentos e materiais altamente especializados;

A dimensão “processamento de informação” refere-se à necessidade de processar e analisar informação mais complexa;

A dimensão “utilização de equipamento” refere-se à variedade e complexidade da tecnologia e equipamento utilizado;

A dimensão “variedade/complexidade de habilidades” reflecte a necessidade de o trabalho exigir a aplicação de várias habilidades.

No que concerne à escala de avaliação relativa à importância dos processos de GC para o desempenho profissional do enfermeiro perioperatório, esta incluiu seis dimensões:

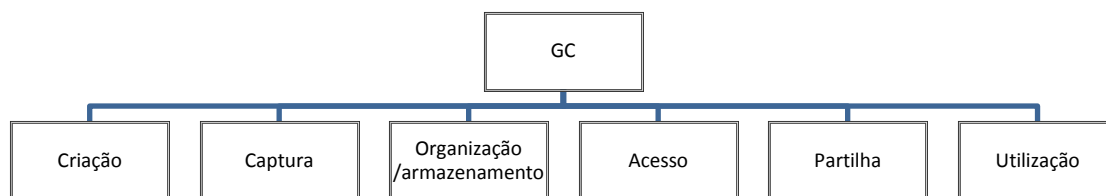


Figura 4 - Dimensões constituintes da escala de avaliação da gestão do conhecimento

Cada um dos factores representa cada um dos processos de GC já descritos anteriormente e foram caracterizados por três a cinco itens.

Esta escala foi elaborada através da adaptação do questionário do método *Organizational Knowledge Assessment* [OKA]. O método OKA foi desenvolvido por Fonseca (2006) e permite um diagnóstico da GC nas organizações, ao identificar e diagnosticar a situação de uma organização quanto às condições do ambiente e da cultura organizacional, aos processos e práticas existentes e à disponibilidade de recursos relacionados com a GC. Está assente em 14 dimensões distribuídas por três elementos principais: pessoas, processos e sistemas.

Para uma melhor adaptabilidade ao estudo em questão e à sua amostra foram extraídas 23 questões contidas nos três elementos. (Anexo II).

Este questionário foi sujeito a um pré teste aplicado a cinco elementos da amostra aleatoriamente, tendo o questionário sido no geral bem compreendido, tendo havido necessidade de pequenas alterações de semântica e sintaxe linguística por se verificarem dúvidas de interpretação em duas questões.

### 4.3 Recolha e tratamento de dados

O espaço seleccionado para a recolha de dados foi o bloco operatório do Hospital de Braga, que é uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, no âmbito de uma Parceria Público Privada celebrada através de um contrato de gestão assinado pela Administração Regional de Saúde Norte, em representação do Ministério da Saúde.

É o hospital de referência da região do Minho, prestando cuidados diferenciados a uma população de 1,2 milhões de pessoas essencialmente dos distritos de Braga e Viana do Castelo, tendo vindo a substituir o Hospital de São Marcos desde o ano 2011. O seu bloco operatório dispõe de 14 salas operatórias, sendo uma sala direccionada a urgências/emergências, 8 salas para cirurgias convencionais, três salas para cirurgia de ambulatório e uma sala fisicamente localizada no serviço de bloco de partos, para as cesarianas de urgência/emergência. Esta distribuição não é rígida, pois podem sofrer alterações consoante o agendamento/necessidades das cirurgias.

Dado o estudo se realizar numa instituição de saúde, para a sua aplicação foram respeitados os procedimentos éticos e legais subjacentes. O mesmo foi sujeito a análise pela Comissão de Ética do hospital que implicou a entrega de vários documentos: o projecto de investigação, um requerimento dirigido ao presidente da comissão executiva do hospital para autorização da recolha de dados, o termo de responsabilidade pelo projecto de investigação, pela recolha de dados e sua confidencialidade assim como pelo respeito pelos princípios éticos e deontológicos e pelas normas internas da instituição, a declaração de autorização do trabalho de investigação pelo director e pela enfermeira chefe do bloco operatório e o termo de responsabilidade da professora orientadora.

Após parecer favorável da Comissão de Ética, (Anexo III) a recolha de dados foi efectuada através de um inquérito por questionário aplicado aos enfermeiros em exercício de funções no bloco operatório do Hospital de Braga entre os meses de Junho e Setembro de 2016.

Para o tratamento de dados estes foram submetidos a dois programas estatísticos. Para o tratamento estatístico descritivo utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics 22 [Statistical Package for the Social Sciences]* e para o tratamento estatístico confirmatório com a estimação do modelo foi usado o programa *SmartPLS 3. [Partial Least Squares]*

#### 4.3.1 Amostragem

A população alvo deste estudo de investigação foi o grupo de 145 enfermeiros que exercia funções no BO do Hospital de Braga. Para tal, antes da aplicação do inquérito, realizou-se uma estimativa do tamanho da amostra a considerar para o estudo deter poder estatístico. Segundo Ringle, Silva e Bido (2014) para um tamanho satisfatório da amostra podem ser utilizados os testes F. Assim, optou-se pela utilização da aplicação *G\*Power* que através da definição de três parâmetros, o tamanho do efeito  $f^2$ , o poder estatístico e o número maior de preditores associado a

uma variável latente, nos indica o tamanho mínimo estimativo da amostra. Observando a Figura 5, definiu-se o valor de 0,15 para o tamanho do efeito, porque segundo Cohen (1988) corresponde a um efeito médio; O valor do poder estatístico inserido foi de 0,80, porque é considerado o mínimo para um estudo; e um foi o número máximo de preditores considerado. O resultado foi de uma amostra mínima de 55 questionários para este estudo.

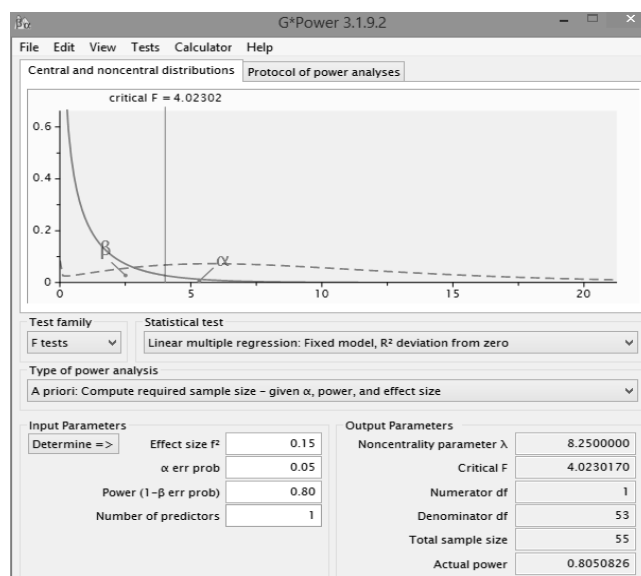


Figura 5 – G\*Power

O questionário foi aplicado a 100 enfermeiros seleccionados através do método de amostragem probabilística aleatória simples.

O questionário foi enviado através da plataforma *online* Formulários do *Google* em Junho de 2016. Os enfermeiros receberam uma mensagem electrónica acerca do questionário, que incluiu uma breve apresentação do estudo de investigação e o respectivo *link* de acesso ao questionário. O prazo de resposta decorreu entre Junho e Setembro de 2016 e obteve-se 99 questionários válidos, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 99%.

#### 4.3.2 Tratamento estatístico descritivo

O tratamento estatístico descritivo baseou-se no cálculo de medidas de posição como a média, moda e mediana, e o desvio padrão como medida de dispersão. Foram inseridas todas as variáveis incluídas no instrumento de recolha de dados e criadas novas variáveis para melhor contextualizar as variáveis aos objectivos deste estudo.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram: a idade, género, tempo de exercício profissional, detenção de pós graduação, detenção de especialidade, detenção de mestrado.

A variável *idade* foi reduzida de cinco para quatro classes porque a última contemplava um só inquirido. Foi gerada a variável *formação pós graduada* que inclui as três variáveis, detenção de *pós graduação, especialidade e mestrado*.

Relativamente às variáveis dependentes foram consideradas sete variáveis:

- Criação de conhecimento;
- Captura de conhecimento;
- Organização / armazenamento do conhecimento;
- Acesso ao conhecimento;
- Partilha de conhecimento;
- Utilização do conhecimento;
- GC; que foi gerada a partir do valor médio de resposta de todas as variáveis dependentes;

Para representação da variável independente foram incluídas seis variáveis:

- Complexidade do trabalho;
- Processamento de informação;
- Variedade / complexidade habilidades
- Especialização do trabalho;
- Utilização de equipamento;
- Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento, que foi criada a partir do valor médio de resposta das cinco variáveis anteriores que são representativas das dimensões que a constituem;

De ressaltar, que na escala de avaliação da autopercepção do enfermeiro como trabalhador do conhecimento, o item A3 “O trabalho compreende tarefas relativamente simples e descomplicadas?” possui sentido conceptual oposto ao dos restantes itens pelo que o valor que lhe foi atribuído foi devidamente invertido, tendo sido recodificada numa nova variável.

#### 4.3.3 Tratamento estatístico do modelo conceptual

Com o objectivo de construir um modelo passível de explicar as relações teoricamente estabelecidas entre a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento e a importância dos processos de gestão de conhecimento para o seu desempenho profissional, seguiram-se as orientações definidas para um trabalho de investigação através de um modelo de equações estruturais utilizando a técnica de mínimos quadrados parciais através do *software SmartPLS* (Ringle, Wende e Will 2005). Segundo Costigliola (2009) este *software* assenta,

Num modelo de equações estruturais (SEM) que inclui diversas técnicas estatísticas que permitem a estimação de relações causais, definidas com base num modelo teórico,

através das ligações existentes entre dois ou mais conceitos latentes. Estes conceitos são medidos através de um ou mais indicadores observáveis. (p. 60)

Este *software* foi o escolhido por se tratar de um método simplificado e directo que permite lidar com relações múltiplas em simultâneo, garantindo a eficiência estatística, e assim permite a pesquisa de natureza confirmatória. Desta forma é indicado para este estudo porque o fenómeno em estudo é escasso na literatura e a amostra é reduzida (Hulland, 2010, segundo Akter, D'Ambrá e Ray, 2011).

Os objectos gráficos que constituem os modelos do *SmartPLS* são:

- As elipses, que são utilizadas para identificar as variáveis latentes;
- Os rectângulos, que são utilizados para identificar as variáveis manifestas (ou observáveis [VO], ou indicadores);
- E as setas, que representam as relações causais entre as variáveis (latentes e/ou manifestas), sendo que a direcção das mesmas define a direcção da relação, ou seja a variável que recebe a seta é considerada a variável dependente.

Assim sendo, criou-se o modelo teórico base resultante destas considerações, através de um diagrama de caminhos com as relações teóricas a testar construído no *SmartPLS* (Fig. 6).

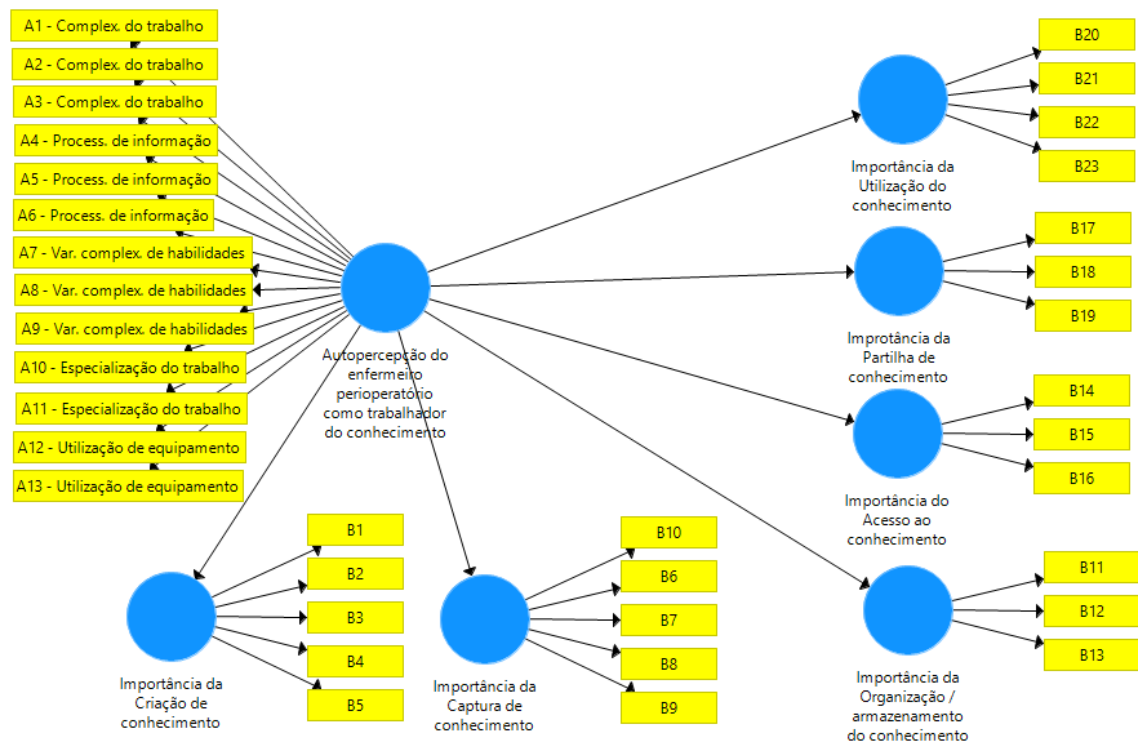


Figura 6 – Modelo inicial *SmartPLS*



Um modelo de equações estruturais apresenta dois submodelos: o modelo de medida e o modelo estrutural. O modelo de medida refere-se à relação entre os indicadores e as variáveis latentes. O Anexo II demonstra o construto do questionário adaptado ao modelo de medida.

O segundo submodelo refere-se à relação entre as variáveis latentes em estudo.

#### Análise do modelo de medida

Existem três tipos de modelos de medida: os reflectivos, os formativos e os mistos. No primeiro caso, os indicadores são vistos como a manifestação do fenómeno representado pelas variáveis latentes às quais se relacionam. No caso dos formativos, os indicadores são tratados como partes integrantes da variável latente relacionada, ou seja, a variável é formada pelo conjunto de indicadores à qual está ligada. Nos modelos mistos, é possível encontrar os dois tipos de ligações entre indicadores e respectivas variáveis latentes.

Neste estudo foi elaborado um modelo de medida reflectivo porque partiu-se do princípio que a variável latente é a “realidade” e as variáveis manifestas são uma amostra de possíveis indicadores dessa realidade. O modelo reflectivo é o amplamente utilizado porque a estabilidade dos coeficientes do modelo de medida não é afectada nem pela dimensão da amostra, nem por problemas de multicolinearidade, por se tratar do método de regressão simples (Vilares e Coelho, 2005).

O questionário aplicado continha 36 questões, correspondendo cada uma delas a uma variável manifesta que por sua vez estava associada a uma única variável latente (Anexo II). O modelo de medida iniciou-se com sete construtos e um total de 36 indicadores e terminou com sete construtos e 22 indicadores.

A rotação do modelo foi intensiva de forma a se enquadrar nos parâmetros necessários para uma validade positiva do modelo. A maior dificuldade centrou-se na variável independente em que os parâmetros não eram válidos pelo que necessitou de vários ajustes. Houve várias tentativas de criar construtos diferenciados para cada dimensão da variável *Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento* mas não se tendo obtido resultados válidos, todos os itens foram agrupados numa só variável. Tal pode ser explicado pela não inclusão de todos os itens presentes no *Work Design Questionnaire*.

Para a avaliação e ajuste deste modelo de medida iniciou-se pela análise *PLS Algorithm* que permite aferir a fiabilidade e validade do modelo de medida através dos parâmetros apresentados na Fig. 7.

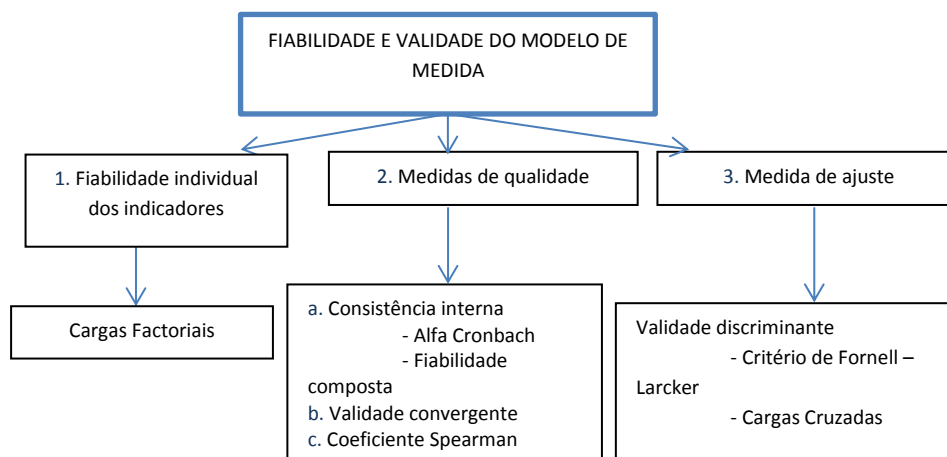


Figura 7 – Parâmetros analisados no modelo de medida

#### FIABILIDADE INDIVIDUAL DOS INDICADORES

Traduz-se em quão fiável é cada indicador para a sua respectiva variável latente. A fiabilidade é validada através da análise da carga factorial de cada indicador que deverá ser superior a 0,707 (Quadro 4.2). Assim foram eliminados alguns indicadores de forma a garantir um ajuste em qualidade (Salgueiro e Carrión, 2014).

	CARGAS FACTORIAIS						AUTOPERCEÇÃO DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO
	criação	CAPTURE	ORGANIZAÇÃO / ARMAZENAMENTO	ACESSO	PARTILHA	UTILIZAÇÃO	
A10 -Especialização do trabalho							0,791
A8 - Variedade / Complexidade de habilidades							0,725
A13 - Utilização de equipamento							0,711
A11 -Especialização do trabalho							0,730
B3 - Criação	0,876						
B4 - Criação	0,925						
B5 - Criação	0,837						
B7 - Captura		0,899					
B9 - Captura		0,920					
B10 - Captura		0,935					
B11 – Org./armaz.			0,942				
B12 – Org./armaz.			0,944				
B13– Org./armaz.			0,951				
B14 - Acesso				0,926			
B15 - Acesso				0,910			
B16 - Acesso				0,867			
B17 - Partilha					0,944		

CARGAS FACTORIAIS <i>continuação</i>							
	criação	captura	organização / armazenamento	acesso	partilha	utilização	autopercepção do enfermeiro perioperatório
B18 - Partilha					0,933		
B19 - Partilha					0,911		
B21 – Utilização						0,884	
B22 – Utilização						0,882	
B23 - Utilização						0,945	

Quadro 4.2 – Matriz de cargas factoriais

CONSISTÊNCIA INTERNA E VALIDADE CONVERGENTE

Validou-se o modelo de medida através da análise da consistência interna (observando os valores do Alfa de Cronbach e da fiabilidade composta), da validade convergente (observando os valores de variância média extraída [AVE]) e do coeficiente de correlação de *Spearman*, resultando na seguinte matriz (Quadro 4.3).

VARIÁVEIS	Alfa de Cronbach	C. Spearman	Fiabilidade composta	AVE
Criação de conhecimento	0,856	0,881	0,911	0,775
Captura de conhecimento	0,909	0,910	0,943	0,847
Organização / armazenamento do conhecimento	0,941	0,948	0,962	0,894
Acesso ao conhecimento	0,886	0,920	0,928	0,812
Partilha do conhecimento	0,922	0,947	0,950	0,865
Utilização do conhecimento	0,889	0,920	0,931	0,817
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	0,726	0,729	0,828	0,547
	≥ 0,70	[-1, 1]	≥ 0,707	≥ 0,50

Quadro 4.3 – Matriz da consistência interna e validade convergente

Interpretando os resultados, estes consideram-se satisfatórios pois estão acima dos valores mínimos definidos para a qualidade do modelo. O Alfa de *Cronbach* e a fiabilidade composta permitem indicar que os construtos são fiáveis e através da análise da AVE entende-se que os indicadores se correlacionam positivamente com os seus respectivos construtos (Ringle, Silva e Bido, 2014). O coeficiente de *Spearman* com proximidade ao valor 1, mostra que existe uma elevada associação positiva entre os indicadores e os construtos. Pode-se inferir que o questionário é fiável e preciso.

## VALIDADE DISCRIMINANTE

A etapa seguinte passou pelo ajuste do modelo através da análise da validade discriminante do modelo. Ou seja, indica se os construtos são independentes entre si (Hair et al., 2014). Esta etapa foi realizada através do cálculo de dois métodos: cargas cruzadas e critério de *Fornell-Larcker*. Através da análise dos resultados do Critério de *Fornell-Larcker*, as raízes quadradas das AVEs de cada construto são maiores que as correlações entre o construto e os restantes construtos (Quadro 4.4).

CRITÉRIO DE <i>FORNELL - LARCKER</i>							
	criação	captura	organização / armazenamento	acesso	partilha	utilização	autopercepção do enfermeiro periooperatório
criação	0,880						
captura	0,813	0,920					
organização / armazenamento	0,753	0,892	0,946				
acesso	0,709	0,812	0,866	0,901			
partilha	0,744	0,873	0,869	0,885	0,930		
utilização	0,808	0,820	0,822	0,807	0,795	0,904	
autopercepção do enfermeiro periooperatório	0,218	0,245	0,292	0,268	0,224	0,278	0,740

Quadro 4.4 – Matriz do Critério de *Fornell – Larcker*

Relativamente ao método de cargas cruzadas os indicadores têm cargas factoriais mais elevadas na sua respectiva variável do que em outra (Quadro 4.5). Logo, verifica-se que o modelo de medida apresenta validade discriminante.

CARGAS CRUZADAS							
	criação	captura	organização / armazenamento	acesso	partilha	utilização	autopercepção do enfermeiro periooperatório
A10 - Especialização do trabalho	0,147	0,158	0,215	0,256	0,179	0,174	<b>0,791</b>
A8 - Variedade / Complexidade de habilidades	0,144	0,131	0,182	0,148	0,130	0,207	<b>0,725</b>
A13 - Utilização de equipamento	0,143	0,260	0,248	0,199	0,216	0,262	<b>0,711</b>
A11 - Especialização do trabalho	0,217	0,148	0,206	0,178	0,119	0,165	<b>0,730</b>
B3 - Criação	<b>0,876</b>	0,694	0,601	0,580	0,579	0,709	0,210
B4 - Criação	<b>0,925</b>	0,741	0,698	0,674	0,742	0,721	0,208
B5 - Criação	<b>0,837</b>	0,722	0,713	0,625	0,650	0,712	0,146
B7 - Captura	0,794	<b>0,899</b>	0,778	0,721	0,775	0,770	0,226
B9 - Captura	0,747	<b>0,926</b>	0,813	0,729	0,817	0,725	0,218

	CARGAS CRUZADAS <i>continuação</i>						
	criação	CAPTURE	ORGANIZAÇÃO / ARMAZENAMENTO	ACESSO	PARTILHA	UTILIZAÇÃO	AUTOPERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO
B10 - Captura	0,703	<b>0,935</b>	0,870	0,789	0,818	0,766	0,231
B11 – Org./armaz.	0,701	0,842	<b>0,942</b>	0,828	0,805	0,779	0,248
B12 – Org./armaz.	0,719	0,848	<b>0,944</b>	0,799	0,827	0,832	0,279
B13– Org./armaz.	0,716	0,841	<b>0,951</b>	0,830	0,831	0,726	0,298
B14 - Acesso	0,643	0,790	0,838	<b>0,926</b>	0,845	0,734	0,269
B15 - Acesso	0,630	0,661	0,712	<b>0,910</b>	0,726	0,737	0,261
B16 - Acesso	0,657	0,759	0,807	<b>0,867</b>	0,849	0,715	0,174
B17 - Partilha	0,680	0,848	0,855	0,855	<b>0,944</b>	0,723	0,242
B18 - Partilha	0,716	0,812	0,783	0,813	<b>0,933</b>	0,728	0,180
B19 - Partilha	0,686	0,770	0,774	0,796	<b>0,911</b>	0,771	0,193
B21 – Utilização	0,685	0,743	0,792	0,809	0,769	<b>0,884</b>	0,219
B22 – Utilização	0,728	0,660	0,676	0,654	0,663	<b>0,882</b>	0,226
B23 - Utilização	0,774	0,809	0,766	0,735	0,731	<b>0,945</b>	0,297

Quadro 4.5 – Matriz de cargas cruzadas

Concluindo, perante todos os resultados dos parâmetros apresentados pode-se inferir que o modelo de medida após ajuste está correcto.

#### Análise do modelo estrutural

Após conseguida a validade e fiabilidade do modelo de medida avançou-se para a análise ao modelo estrutural em que se testa a significância das relações entre as variáveis e que assenta na seguinte estrutura (Fig. 8).

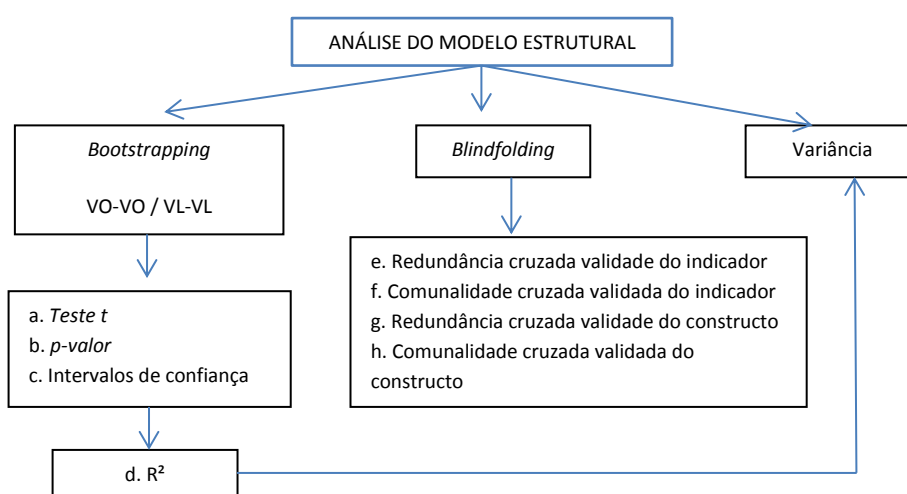


Figura 8 – Parâmetros analisados no modelo estrutural

BOOTSTRAPPING

O *bootstrapping* trata-se de uma técnica não paramétrica de reamostragem em que são analisados os parâmetros acerca das relações entre as VO e as VL (Quadro 4.6) e entre as VL e as VL (Quadro 4.7).

BOOTSTRAPPING VO - VL									
VO - VL	teste t	p-value	Intervalos de confiança		VO - VL	teste t	p-value	Intervalos de confiança	
			2,5%	97,5%				2,5%	97,5%
A10 <- Autopercepção do enfermeiro perioperatório	8,233	0,000	0,557	0,876	B12 <- Org. / armazen.	14,139	0,000	0,905	0,968
A8 <- Autopercepção do enfermeiro perioperatório	6,807	0,000	0,470	0,852	B13 <- Org. / armazen.	14,418	0,000	0,915	0,972
A13 <- Autopercepção do enfermeiro perioperatório	6,150	0,000	0,467	0,880	B14 <- Acesso	10,593	0,000	0,854	0,966
A11 <- Autopercepção do enfermeiro perioperatório	5,799	0,000	0,417	0,882	B15 <- Acesso	10,603	0,000	0,827	0,949
B3 <- Criação	5,831	0,000	0,651	0,959	B16 <- Acesso	9,307	0,000	0,745	0,939
B4 <- Criação	6,372	0,000	0,813	0,963	B17 <- Partilha	11,074	0,000	0,882	0,981
B5 <- Criação	5,222	0,000	0,574	0,947	B18 <- Partilha	11,530	0,000	0,850	0,970
B7 <- Captura	8,504	0,000	0,804	0,950	B19 <- Partilha	10,998	0,000	0,808	0,959
B9 <- Captura	8,865	0,000	0,850	0,964	B21 <- Utilização	8,830	0,000	0,762	0,949
B10 <- Captura	9,081	0,000	0,869	0,967	B22 <- Utilização	8,141	0,000	0,769	0,940
B11 <- Org. / armazen.	13,824	0,000	0,889	0,969	B23 <- Utilização	8,980	0,000	0,892	0,971

Quadro 4.6 – Resultados do *bootstrapping* VO – VL

BOOTSTRAPPING VL - VL				
VL - VL	teste t	p-value	Intervalos de Confiança	
			2,5%	97,5%
Autopercepção do enfermeiro perioperatório - Criação de conhecimento	2,090	0,037	0,067	0,450
Autopercepção do enfermeiro perioperatório – Captura de conhecimento	2,862	0,004	0,121	0,439
Autopercepção do enfermeiro perioperatório – Organização / Armazenamento do conhecimento	3,260	0,001	0,159	0,508
Autopercepção do enfermeiro perioperatório – Acesso ao conhecimento	2,795	0,005	0,132	0,496
Autopercepção do enfermeiro perioperatório – Partilha do conhecimento	2,821	0,005	0,126	0,426
Autopercepção do enfermeiro perioperatório – Utilização do conhecimento	2,844	0,004	0,133	0,497

Quadro 4.7 – Resultados do *bootstrapping* VL – VL

Também é calculado o coeficiente de determinação,  $R^2$ , medida de ajuste que nos indica a porção da variância das variáveis dependentes que é explicada pelo modelo, indicando desta

forma a qualidade do modelo ajustado (Quadro 4.8). O  $R^2$  varia entre 0 e 1, indicando em percentagem a variância. Quanto maior o  $R^2$ , mais explicativo é o modelo, melhor ele se ajusta à amostra. Apesar de alguns teóricos defenderem um intervalo de valores adjetivados como um valor fraco, moderado ou forte, este coeficiente não pode ser analisado isoladamente, tem que se ter em conta todo o contexto de estudo como a quantidade e qualidade dos dados obtidos, as hipóteses formuladas entre outros aspectos.

	$R^2$	% de variância explicada pelo modelo
Criação de conhecimento	0,048	4,8%
Captura de conhecimento	0,060	6,0%
Organização / armazenamento do conhecimento	0,086	8,6%
Acesso ao conhecimento	0,072	7,2%
Partilha de conhecimento	0,050	5,0%
Utilização do conhecimento	0,077	7,7%
GC global		39,3%

Quadro 4.8 – Resultados de  $R^2$

#### BLINDFOLDING

Segundo, Ringle, Silva e Bido (2014) *blindfolding* é uma técnica usada para avaliar a qualidade de ajuste do modelo. Para tal, são calculados dois indicadores, o indicador de Stone-Geisser ( $Q^2$ ) que calcula a relevância preditiva do modelo, e o indicador de Cohen ou tamanho do efeito ( $f^2$ ) que revela o quanto cada construto é vantajoso para o modelo.

Com os resultados obtidos destes indicadores entende-se que cada construto é profícuo para o modelo (Quadros 4.9) e que o modelo tem relevância preditiva (Quadro 4.10 e 4.11), ou seja, o modelo aproxima-se do esperado.

TAMANHOS DO EFEITO	$f^2$
Autopercepção do enfermeiro perioperatório -> Criação de conhecimento	0,050
Autopercepção do enfermeiro perioperatório -> Captura de conhecimento	0,064
Autopercepção do enfermeiro perioperatório -> Organização/ Armazenamento do conhecimento	0,093
Autopercepção do enfermeiro perioperatório -> Acesso ao conhecimento	0,077
Autopercepção do enfermeiro perioperatório -> Partilha de conhecimento	0,053
Autopercepção do enfermeiro perioperatório -> Utilização do conhecimento	0,084

Quadro 4.9 – Resultados dos tamanhos do efeito

<b>BLINDFOLDING - Q<sup>2</sup> - VO</b>					
INDICADOR	INDICATOR CROSSVALIDATED COMMUNALITY	INDICATOR CROSSVALIDATED REDUNDANCY	INDICADOR	INDICATOR CROSSVALIDATED COMMUNALITY	INDICATOR CROSSVALIDATED REDUNDANCY
A10	0,328		B12	0,671	0,070
A8	0,241		B13	0,656	0,074
A13	0,147		B14	0,550	0,064
A11	0,300		B15	0,513	0,058
B3	0,451	0,032	B16	0,547	0,030
B4	0,555	0,039	B17	0,594	0,050
B5	0,476	0,016	B18	0,644	0,031
B7	0,530	0,043	B19	0,591	0,031
B9	0,615	0,042	B21	0,550	0,045
B10	0,619	0,051	B22	0,533	0,045
B11	0,680	0,055	B23	0,602	0,072

Quadro 4.10 – Resultados do *blindfolding* das variáveis observáveis

<b>BLINDFOLDING - Q<sup>2</sup> - VL</b>		
CONSTRUTO	CONSTRUCT CROSSVALIDATED COMMUNALITY	CONSTRUCT CROSSVALIDATED REDUNDANCY
Criação de conhecimento	0,494	0,029
Captura de conhecimento	0,588	0,045
Organização / Armaz. do conhecimento	0,669	0,067
Acesso ao conhecimento	0,537	0,051
Partilha de conhecimento	0,610	0,037
Utilização do conhecimento	0,562	0,054
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	0,254	

Quadro 4.11 – Resultados do *blindfolding* das variáveis latentes

O modelo final após os ajustes é apresentado pela Figura 9.



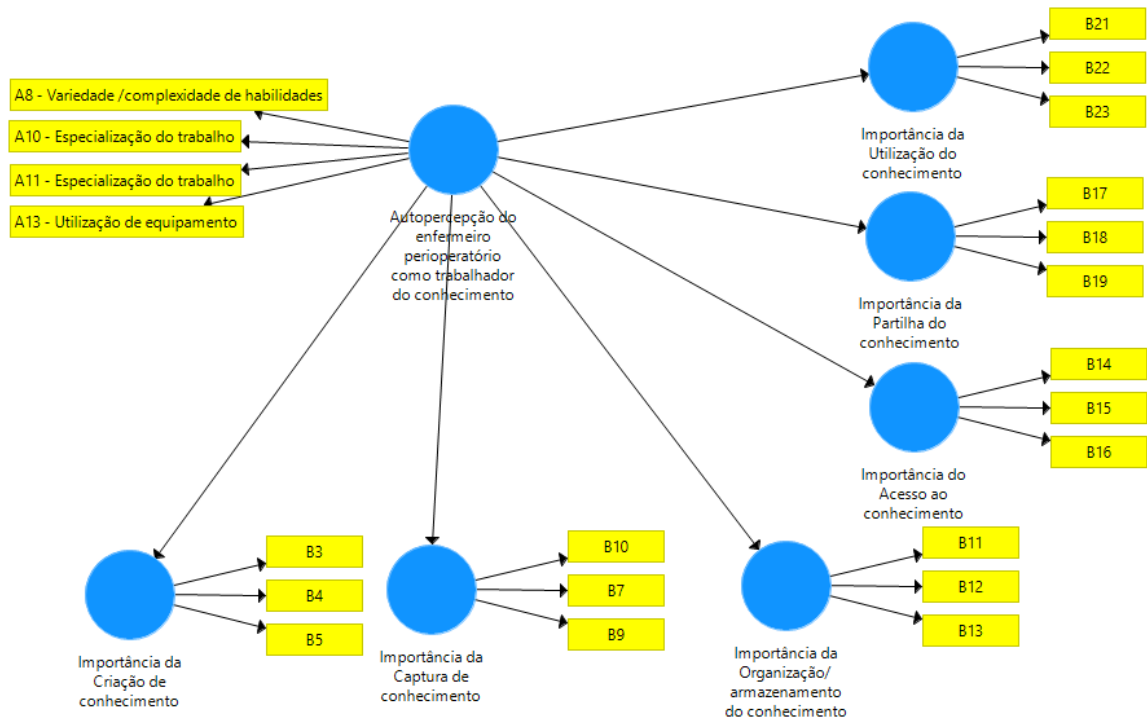


Figura 9 – Modelo final *SmartPLS*

### **CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

## 5. Análise dos Resultados

Tendo em conta os principais objectivos deste trabalho de investigação, os dados recolhidos foram sujeitos a três análises:

- Análise sócio demográfica da amostra (Anexo IV);
- Análise estatística descritiva, ou seja, uma análise às respostas obtidas baseada na média, moda, mediana e desvio padrão (Anexo V);
- Análise estatística cofirmatória do modelo conceptual através do *SmartPLS*.

### 5.1 Caracterização sócio demográfica da amostra

A amostra deste estudo incluiu a participação de 99 inquiridos, enfermeiros a exercerem funções no B.O. do Hospital de Braga entre 01 de Junho de 2016 e 30 de Setembro de 2016.

#### **Idade**

O Quadro 5.12 apresenta a distribuição dos inquiridos consoante a sua idade em intervalos etários. Trata-se de uma amostra jovem em que a maioria tem idade igual ou inferior a 35 anos (64%) concentrando na faixa etária compreendida entre os 25 e os 35 anos (62%), havendo dois elementos com idade inferior a 25 anos (2%). A segunda faixa etária mais frequente foi a compreendida entre os 36 e os 45 anos (21%). A faixa etária com idade superior a 45 anos deteve a frequência absoluta de 15 enfermeiros (15%).

Amostra	IDADE	
	Frequência absoluta	Frequência relativa
< 25 anos	2	2%
25 - 35 anos	61	62%
36 - 45 anos	21	21%
> 45 anos	15	15%
<i>Total</i>	99	100%

Quadro 5.12 - Distribuição dos enfermeiros em função da idade

#### **Género**

Considerando o género, a distribuição apresentada no Quadro 5.13 mostra que a amostra é maioritariamente do género feminino (77%) observando-se o género masculino numa frequência relativa de 23%. O que vai de encontro à característica histórica da profissão de enfermagem ser mais procurada por mulheres.

Amostra	GÉNERO	
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Feminino	76	77%
Masculino	23	23%
<i>Total</i>	99	100%

Quadro 5.13 - Distribuição dos enfermeiros em função do género

### **Formação pós graduada**

Relativamente à formação pós graduada, através do Quadro 5.14, 46,46% dos enfermeiros concluíram algum tipo de formação após a licenciatura nomeadamente, pós graduação, especialidade e mestrado. Dos 33,33% enfermeiros que são pós graduados, 9,09% dos enfermeiros possuem o título de especialistas e 4,04% dos enfermeiros são mestres.

No grupo de especialistas, o leque de especialidades é pouco divergente, centrando-se essencialmente na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (7 enfermeiros).

No que diz respeito a formação em pós graduações os enfermeiros desenvolveram os seus estudos em áreas diversas mas destes, 50% focaram-se principalmente na área de anestesia.

Relativamente à detenção de mestrado, existem quatro mestres com mestrado concluído em Ciências de Enfermagem, Educação para a saúde e Enfermagem Médico-Cirúrgica o que corresponde a 8,70% dos elementos com formação pós graduada.

FORMAÇÃO PÓS GRADUADA			
	Frequência absoluta	Frequência relativa	
		n= 46	n= 99
<b>Especialidade</b>	9	19,56%	9,09%
Reabilitação	1	2,17%	1,01%
Médico-Cirúrgica	7	15,22%	7,07%
Saúde infantil e pediátrica	1	2,17%	1,01%
<b>Pós Graduação</b>	33	71,74%	33,33%
Enfermagem nefrológica e técnicas dialíticas	1	2,17%	1,01%
Enfermagem médico-cirúrgica	1	2,17%	1,01%
Cuidados paliativos	2	4,35%	2,02%
Enfermagem de instrumentação cirúrgica	4	8,70%	4,04%
Anestesiologia e controlo da dor	7	15,22%	7,07%
Enfermagem de anestesiologia	16	34,78%	16,16%
Orientações educativas	1	2,17%	1,01%
Emergência e trauma	1	2,17%	1,01%
<b>Mestrado</b>	4	8,70%	4,04%
Ciências de Enfermagem	1	2,18%	1,01%
Enfermagem médico-cirúrgica	1	2,18%	1,01%
Educação para a saúde	2	4,35%	2,02%
<i>Total</i>	46	100%	46,46%

Quadro 5.14 - Distribuição dos enfermeiros consoante a sua formação pós graduada

### **Tempo de exercício profissional como enfermeiro**

O Quadro 5.15 apresenta a distribuição dos enfermeiros consoante a sua experiência profissional em enfermagem. Constata-se que o tempo de exercício profissional como enfermeiros concentra-se no intervalo de 6 a 10 anos (45%) seguido do intervalo superior a 15 anos (30%), 13% possui experiência profissional igual ou inferior a 5 anos e 11% têm 11 a 15 anos de experiência profissional.

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL		
Amostra	Frequência absoluta	Frequência relativa
Igual ou inferior a 5 anos	13	13%
6 - 10 anos	45	45%
11 - 15 anos	11	11%
Superior a 15 anos	30	30%
<i>Total</i>	99	100%

Quadro 5.15 - Distribuição dos enfermeiros consoante a sua experiência profissional em enfermagem

## 5.2 Análise estatística descritiva dos dados

Relativamente à análise estatística descritiva das variáveis em estudo, os resultados obtidos (Anexo V) foram analisados, primariamente os dados relativos à variável independente, de seguida os dados referentes às variáveis dependentes e por último a ocorrência das variáveis globais, *GC* e *Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento* em função das variáveis sociodemográficas.

No que se refere à variável independente, os resultados analisados contemplaram as cinco dimensões definidas para esta variável e a variável global (Quadro 5.16). O valor médio de resposta foi superior a 4,00 pontos em todas as dimensões o que indica que o enfermeiro perioperatório concorda que seja um trabalhador do conhecimento.

### Complexidade do trabalho

Relativamente a esta dimensão, 84,8% dos enfermeiros inquiridos concorda que o seu trabalho é complexo, com um valor médio de resposta de 4,41 pontos. O item “O trabalho envolve uma grande variedade de tarefas?” foi o mais concordante entre todos os itens relacionados com a autopercepção do enfermeiro perioperatório, com um valor médio de resposta de 4,87 pontos;

### Processamento de informação

No que se refere ao processamento de informação, mais de metade dos inquiridos (57,6%) concorda totalmente que o trabalho implica monitorizar, controlar e analisar informação variada; O item desta dimensão em que os enfermeiros perioperatórios mais concordam é com o aspecto que “O trabalho obriga-me a controlar mais do que uma coisa ao mesmo tempo” recebendo uma resposta média de 4,76 pontos.

### Variabilidade / complexidade de habilidades

A amostra também concorda (85,8%) que as habilidades necessárias para o seu trabalho são variadas e complexas; No seio desta dimensão, o item mais concordante pela amostra é “O trabalho requer habilidades/ conhecimentos complexos ou especializados” com uma média de resposta de 4,82 pontos. O item “O trabalho em si proporciona-lhe feedback do seu desempenho?”, incluído nesta dimensão, foi o segundo item, na totalidade dos relacionados com a autopercepção do enfermeiro perioperatório, com um valor médio de resposta mais baixo de 3,43 pontos.

### Especialização do trabalho

Considerando esta dimensão, 93% da amostra concorda que o seu trabalho é especializado na medida em que utiliza ferramentas, materiais, procedimentos entre outros aspectos altamente especializados.

### Utilização de equipamento

Quase a totalidade dos inquiridos (98%) concorda que o seu trabalho envolve a utilização de equipamento tecnológico especializado, sendo que 68,7% concorda totalmente com esta dimensão.

### Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento

Para o enquadramento da variável independente em estudo, as cinco dimensões foram agregadas, ou seja, os dados obtidos de cada uma contribuíram para a criação da variável independente. Os resultados demonstram que a amostra concorda que o seu trabalho, de uma forma global, é complexo e especializado exigindo habilidades e conhecimentos específicos, isto significa que os enfermeiros inquiridos consideram a sua autopercepção como trabalhadores do conhecimento elevada, com uma média de pontuação de 4,67 pontos.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Complexidade do trabalho	99	3,33	5,00	4,41	0,440
Processamento de informação	99	2,33	5,00	4,64	0,566
Variedade / complexidade das habilidades	99	3,00	5,00	4,30	0,442
Especialização do trabalho	99	3,00	5,00	4,58	0,547
Utilização de equipamento	99	3,00	5,00	4,76	0,413
N	99				
Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento	99	3,50	5,00	4,67	0,412
N	99				

Quadro 5.16 – Estatística descritiva da variável independente *Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento* e suas dimensões

Em relação às variáveis dependentes, criação, captura, organização / armazenamento, acesso, partilha, utilização e GC global, os resultados obtidos indicam que todos os processos individualmente e a GC no todo, foram considerados processos muito importantes para o desempenho dos enfermeiros perioperatórios (Quadro 5.17).

### Criação de conhecimento

Este processo de GC apresenta um valor médio de 4,53 pontos, o que significa que na totalidade a amostra considera a criação do conhecimento muito importante no seu desempenho profissional, sendo que uma grande percentagem (43,4%) considera-o um processo extremamente importante; O item deste processo considerado mais importante foi o item “Fomentar-se uma cultura “da necessidade de saber””. O item “Criação de projectos de pesquisa,

desenvolvimento e inovação” foi a actividade considerada menos importante para a amostra, tendo sido também um dos menos importantes na totalidade dos itens alusivos à GC.

#### Captura de conhecimento

Em 83,8% da amostra este processo é considerado importante para o seu desempenho, sendo que 39,4% considera-o extremamente importante; O item “Integração do conhecimento que os novos membros trazem do exterior” foi considerado o mais importante. No entanto os itens menos valorizados foram “Existência de métodos para a captura de conhecimento tácito (conhecimento individual que cada enfermeiro adquire ao longo do tempo) como por exemplo, simulações, apresentação de casos,...” e “Existência de um directório claro e oficial das fontes de conhecimento”.

#### Organização / armazenamento do conhecimento

Este processo é considerado pela grande maioria da amostra (86,9%) muito importante (valor médio de resposta de 4,39 pontos). O item “Existência de um armazenamento da informação e conhecimentos do serviço” foi o mais importante com uma média de pontuação obtida de 4,44 pontos.

#### Acesso ao conhecimento

O grupo amostral considerou este processo muito importante para o seu desempenho profissional. (valor médio de resposta de 4,47 pontos), sendo que 45,5% indica ser extremamente importante. O item “Existência de ferramentas que facilitem o acesso ao conhecimento armazenado (intranet, base de dados, *blog*)” foi o mais pontuado (4,53 pontos).

#### Partilha de conhecimento

Este processo, também considerado muito importante, obteve um valor médio de resposta de 4,38 pontos. 84,9% da amostra considera assim o considera, sendo que 45,5% indica-o como extremamente importante. O item mais ponderado deste processo foi “Existência de políticas de partilha de conhecimento no bloco operatório”. O item menos valorizado foi a “Existência de actividades de partilha de conhecimento (*chats, workshops,...*)”.

#### Utilização do conhecimento

O processo *Utilização do conhecimento* obteve uma média de resposta de 4,45 pontos e como tal também foi um processo considerado muito importante para o desempenho dos enfermeiros perioperatórios desta amostra (87,9%). O item “Os conteúdos de conhecimento detidos no bloco operatório reflectirem-se no resultado do seu trabalho” foi o item mais cotado, com um valor médio de resposta de 4,58 pontos.



	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Criação de conhecimento	99	2,20	5,00	4,53	0,640
Captura de conhecimento	99	1,80	5,00	4,39	0,782
Organização / armazenamento do conhecimento	99	1,33	5,00	4,39	0,791
Acesso ao conhecimento	99	1,67	5,00	4,47	0,683
Partilha de conhecimento	99	1,00	5,00	4,38	0,802
Utilização do conhecimento	99	2,00	5,00	4,45	0,663
N	99				
GC global	99	2,04	5,00	4,44	,68151

Quadro 5.17 – Estatística descritiva da variável global GC e dos seus processos

Conclui-se que todos os processos de GC e actividades subjacentes foram considerados pela amostra, muito importantes para o desempenho profissional, com uma pontuação média superior a 4,38 pontos. O processo com média de resposta mais elevada foi a *Criação de conhecimento*, com 4,53 pontos e o processo com a média de resposta mais baixa, com 4,38 pontos, foi a *Partilha de conhecimento*.

Considerando os processos de GC, na globalidade, pode-se inferir que a GC é muito importante para o desempenho profissional do enfermeiro perioperatório com um valor obtido de média de resposta de 4,44 pontos.

Relativamente aos resultados obtidos acerca das variáveis globais em função das variáveis sociodemográficas, pode-se inferir que

Importância da GC em função da Idade

Quanto aos resultados da importância da GC em função da idade (Quadro 5.18), verifica-se que o valor médio atribuído pelos mais jovens é mais elevado que nas faixas etárias seguintes, isto é, aqueles com idade inferior a 24 anos consideraram a GC mais importante que os mais velhos, mas todos consideram-na muito importante.

	Idade			
	24 anos ou menos	25 a 35 anos	36 a 45 anos	mais de 45 anos
	Média	Média	Média	Média
<b>GC</b>	4,70	4,48	4,37	4,35

Quadro 5.18 – Valor médio de resposta da importância da GC em função da Idade

### Importância da GC em função do Género

Segundo o Quadro 5.19, apesar de os enfermeiros e enfermeiras considerarem a GC muito importante para o seu desempenho, as mulheres atribuíram uma maior importância à GC (valor médio de resposta de 4,51 pontos) do que os homens (valor médio de resposta de 4,22 pontos).

	Género	
	Feminino	Masculino
	Média	Média
GC	4,51	4,22

Quadro 5.19 – Valor médio de resposta da importância da GC em função do Género

### Importância da GC em função da Formação pós graduada

Parte da amostra que detém formação pós graduada considera mais importante a GC (valor médio de resposta de 4,56 pontos) do que aqueles que não possuem nenhuma formação pós graduada (valor médio de resposta de 4,36 pontos), no entanto ambos os grupos consideram a GC muito importante (Quadro 5.20).

	Formação pós graduada	
	Sim	Não
	Média	Média
GC	4,56	4,36

Quadro 5.20 – Valor médio de resposta da importância da GC em função da formação pós graduada

### Importância da GC em função do Tempo de exercício profissional como enfermeiros

Independentemente do tempo de exercício profissional como enfermeiro, a amostra considera a GC muito importante, sendo que os que reconheceram importância maior foram os enfermeiros em exercício de funções entre os 6 e os 10 anos (Quadro 5.21).

	Tempo de exercício profissional			
	Igual ou inferior a 5 anos	De 6 a 10 anos	De 11 a 15 anos	Superior a 15 anos
	Média	Média	Média	Média
GC	4,19	4,52	4,48	4,42

Quadro 5.21 – Valor médio de resposta da importância da GC em função do tempo de exercício profissional

Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função da Idade

De acordo com o Quadro 5.22, os enfermeiros perioperatórios com idade inferior a 25 anos percebem-se menos trabalhadores do conhecimento do que os mais velhos.

	Idade			
	24 anos ou menos	25 a 35 anos	36 a 45 anos	mais de 45 anos
	Média	Média	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,25	4,68	4,67	4,67

Quadro 5.22 – Valor médio de resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função da idade

Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função do Género

A autopercepção como trabalhador de conhecimento é igualmente elevada entre homens e mulheres, não havendo diferenças significativas (Quadro 5.23).

	Sexo	
	Feminino	Masculino
	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,67	4,65

Quadro 5.23 – Valor médio de resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função do Género

Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função da Formação pós graduada

Segundo o Quadro 5.24, a amostra com formação pós graduada detém uma autopercepção mais elevada (média de 4,78 pontos) do que aqueles que não possuem qualquer formação pós graduada (média de 4,59 pontos).

	Formação pós graduada	
	Sim	Não
	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,78	4,59

Quadro 5.24 – Valor médio de resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função da formação pós graduada

Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função do Tempo de exercício profissional como enfermeiro

A amostra com experiência profissional igual ou inferior a cinco anos é o grupo que menos se autopercepção como trabalhador do conhecimento. O grupo da amostra com a percepção mais elevada são aqueles que exercem enfermagem entre os 6 e os 10 anos (Quadro 5.25).

	Tempo de exercício profissional			
	Igual ou inferior a 5 anos	De 6 a 10 anos	De 11 a 15 anos	Superior a 15 anos
	Média	Média	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,46	4,72	4,68	4,68

Quadro 5.25 – Valor médio de resposta da autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento em função do tempo de exercício profissional como enfermeiro

### 5.3 Análise estatística confirmatória

Após a análise estatística descritiva dos dados, procedeu-se seguidamente à análise das hipóteses de investigação predefinidas, ou seja, a existência de influência da percepção que os enfermeiros perioperatórios têm da sua profissão como uma profissão do conhecimento sobre a importância atribuída pelos mesmos a cada um dos processos da gestão do conhecimento para o próprio desempenho profissional.

Os resultados obtidos pela estimação e ajuste do modelo conceptual e expostos anteriormente no capítulo das opções metodológicas, permitem inferir que o modelo de medida foi considerado preciso, confiável e significativo, tendo os construtos e os seus indicadores sido considerados válidos.

No que respeita ao construto *Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento* foram eliminados nove indicadores. Conclui-se que as dimensões consideradas válidas, sendo aplicadas à amostra em estudo foram a *Variedade e complexidade de habilidades*, *Especialização do trabalho* e *Utilização de equipamentos*, excepto as dimensões *Complexidade do trabalho* e *Processamento de informação*.

Neste sentido, a *Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento* partindo do seu design do trabalho (*work design*) associado ao conhecimento, pode ser caracterizada pelas dimensões *Variedade e complexidade de habilidades*, *Especialização do trabalho* e *Utilização de equipamentos*.

Os restantes construtos correspondentes a cada um dos processos de GC mantiveram-se na totalidade no modelo final mas obrigando à eliminação de indicadores. Os construtos *Criação de conhecimento* e *Captura de conhecimento* foram, em cada um, reduzidos em dois indicadores enquanto que no construto *Utilização do conhecimento* foi eliminado um indicador.

Quanto ao modelo estrutural, manteve os construtos endógenos e exógenos iniciais apresentando também precisão e relevância preditiva que permitiu considerar todas as hipóteses de investigação verdadeiras em que a variável independente *Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento* influencia todas as variáveis dependentes consideradas e de forma positiva (Quadro 4.8).

- ✓ O valor de  $R^2$  mais elevado obtido foi de 0,086 para o processo *Organização / armazenamento do conhecimento*, ou seja, 8,6% da variância desta variável é explicada pela variável independente.
- ✓ O segundo valor mais elevado de  $R^2$  foi de 0,077 para o processo *Utilização do conhecimento*, ou seja, 7,7% da variância desta variável é explicada pela variável independente;
- ✓ O terceiro valor mais elevado de  $R^2$  foi de 0,072 para o processo *Acesso ao conhecimento*, ou seja, 7,2% da variância desta variável é explicada pela variável independente;
- ✓ O processo *Captura de conhecimento* obteve um valor de  $R^2$  de 0,060, o que significa que 6,00% da variância desta variável é explicada pela variável independente;
- ✓ O processo *Partilha de conhecimento* obteve um valor de  $R^2$  de 0,050, o que significa que 5,00% da variância desta variável é explicada pela variável independente;
- ✓ O valor de variância mais baixo obtido foi de 0,048 para o processo *Criação de conhecimento*, ou seja, 4,8% desta variável é explicada pela variável independente;

Na globalidade, a percentagem de variância da GC explicada pela variável independente atinge os 39,3%.

#### **5.4 Discussão dos resultados**

Este trabalho de investigação revela que os enfermeiros têm autopercepção que o seu trabalho em bloco operatório é profuso em conhecimento sendo este aspecto percebido pela especialização do trabalho, pela variedade e complexidade das habilidades necessárias para o exercício de funções e pelo uso de equipamento e tecnologia diferenciados.

Este resultado é corroborado pela literatura. Segundo Cruz (2000) o enfermeiro perioperatório caracteriza-se como um profissional com uma grande capacidade de improviso, agilidade e habilidades excepcionais e como tal a equipa de enfermagem perioperatória requer

competências e a actualização contínua de conhecimentos acerca do equipamento novo no serviço e seu funcionamento assim como em relação à manutenção dos equipamentos existentes.

Na realidade, o bloco operatório trata-se de um serviço que “se destaca pela elevada complexidade técnica, processual e multidisciplinar” (Matos, 2011,p.2) e os cuidados cirúrgicos aí prestados são indubitavelmente complexos, muitas vezes providos de carácter emergente que exige de toda a equipa multidisciplinar envolvida uma resposta em tempo útil que permita a manutenção da saúde e até mesmo da vida de uma pessoa.

Mas também entende-se que a enfermagem perioperatória se caracteriza por um elevado *know how*, considerado como factor diferenciador no seio da equipa de enfermagem, e que resulta num intenso conhecimento tácito. Segundo Zahra e George (2002) o conhecimento mais valioso para a organização, em virtude de seu valor, possibilidades de imitação e substituição é o conhecimento tácito, sendo porém o mais difícil de ser compartilhado. Este resulta da experiência individual de cada um, não sendo só devido às oportunidades de aprendizagem mas também é derivado do esforço e empenho individual contínuo.

Os enfermeiros do bloco operatório desenvolvem o seu conhecimento a nível individual e grupal mas também ao nível interorganizacional com outros parceiros externos ao bloco operatório dentro da mesma organização como o laboratório, serviço de sangue, serviço de anatomia patológica entre outros e fora da organização nomeadamente os fornecedores que colocam à disposição produtos e serviços que exigem aprendizagem assim como o sector académico que desenvolve projectos em articulação com os hospitais.

Considerando estes dois factos, de que a equipa de enfermagem perioperatória tem um elevado conhecimento tácito e que desenvolve funções num serviço cujo factor estratégico é o conhecimento, parece peremptória a necessidade de GC, e este estudo revela que, para um dos elementos fundamentais na implementação da GC que são as pessoas, ela é necessária.

Os resultados foram claros na consideração da elevada importância dos processos de GC para o desempenho profissional do enfermeiro perioperatório, tendo sido todos os processos, considerados muito importantes. Esta análise vai de encontro ao que consideram Gonçalo e Borges (2010), em que “Uma organização de saúde, cujo foco seja resolver problemas complexos altamente intensivos em conhecimento, necessita identificar estratégias de reconfiguração de suas atividades segundo uma nova cadeia interna de valor que também inclua o conhecimento como elemento diferencial.” (p.460). Para tal, o seu foco tem que direccionar-se para a fonte de criação do conhecimento que são os profissionais de saúde e o conhecimento deve ser entendido como o fruto das interacções específicas ocorridas entre estes profissionais, assumindo-se, assim, como um activo socialmente construído (Sequeira, Marques e Serrano, 2014).

Por este prisma, a literatura revela que existem modelos teóricos da GC com duas orientações distintas, uma para as pessoas e outra para a tecnologia (Cardoso, 2005) mas que se complementam dinamicamente.

Citando Barreto (2004, p.1):

Pelo viés tecnológico, para transformar dados em informações, é preciso utilizar ferramentas baseadas em tecnologia de informação (...) que agrega inteligência da empresa, facilitando a introdução dos conceitos de Gestão do Conhecimento. Apesar de todo o desenvolvimento da Tecnologia da Informação, o cérebro humano continua a ser uma das estruturas mais complexas do universo e a fonte de todo o "conhecimento". O foco principal ao implantar um Programa de Gestão do Conhecimento, de qualquer amplitude, é o homem, são as pessoas.

A orientação para as pessoas centra-se nos recursos humanos e nos processos organizacionais associados, ou seja, as pessoas são os actores principais responsáveis pelos processos de GC sendo dado ênfase ao processo espiral de conversão de conhecimento tácito em explícito. Segundo Polanyi (1969) referido em Cardoso (2005) é através da interacção social que há propensão para a partilha de conhecimento que gerará novo conhecimento, em que se funde às características e experiência pessoais de cada pessoa, sendo as tecnologias um meio acessório.

Os resultados deste estudo apontam para a consideração de ambas as abordagens, mas colocando o foco nas pessoas e considerando a tecnologia como factor adjuvante no enquadramento da GC em saúde.

Através dos resultados obtidos, entende-se que os processos de GC de importância mais relevante e cuja influência da percepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento é também mais marcada, *organização / armazenamento do conhecimento* e *acesso ao conhecimento*, enfatizam uma das suas vertentes teóricas, a vertente tecnológica. De facto "A mera existência de conhecimento na empresa é de pouco valor, se ele não estiver acessível e não for utilizado como um dos seus recursos mais importantes" (Rossetti e Morales, 2007, p.127).

A orientação da GC para a tecnologia, tem o seu foco nas tecnologias de informação, comunicação e partilha de conhecimento; referindo-se à problemática "técnica" como a existência de sistemas de informação e tecnologia com acesso a bases de dados onde o conhecimento esteja armazenado e organizado e acessível.

Actualmente as tecnologias de informação oferecem um leque variado de ferramentas que permitem a organização, armazenamento e fácil acessibilidade ao conhecimento. A tecnologia permite a criação de bibliotecas digitais onde o conhecimento é organizado e armazenado sendo permitido um acesso remoto. O enfermeiro deve também encara-las como ferramentas do seu trabalho procurando filtrar e extrair a melhor informação, aplica-la na sua prática de cuidados, avaliar os resultados e responsabilizar-se por esses cuidados (Ruthes e Cunha, 2009). Os resultados mostram que para o item "Existência de ferramentas que facilitem o acesso ao conhecimento armazenado (intranet, base de dados, blog)" alcançou um nível de importância elevado em relação a outros itens.

As normas que orientam e esclarecem os profissionais que aí trabalham, sendo habitualmente elaboradas por uma comissão multiprofissional, além de ter de ser do conhecimento de todos os profissionais que aí trabalham, terão de estar, como será fácil de entender, ao alcance de todos e ser revisto e actualizado sempre que haja necessidade. (Cabral, 2004, p. 82)

Por outro lado, os mesmos processos de GC podem indicar que para o enfermeiro perioperatório não são claros os conceitos de informação e conhecimento. Como qualquer indivíduo, um enfermeiro que não tenha tido contacto com a GC de uma forma clara, compreensível e inclusiva poderá entender esta ferramenta somente como gestão de informação. Marchand e Davenport (2004) citado por Neto (2005, p.20),

Reconhecem que há um grande componente de gestão da informação na gestão do conhecimento e que grande parte do que se faz passar por gestão do conhecimento é, na verdade, gestão da informação. Contudo, ainda segundo esses autores, a verdadeira gestão do conhecimento vai, de muito modos, bastante além da gestão da informação, ao endereçar aspectos como a criação e o uso do conhecimento.

Como tal, as actividades de *captura e partilha de conhecimento* formais e informais, que foram processos aos quais os enfermeiros perioperatórios atribuíram menor importância e que partilham de uma menor influência, deverão ser promovidas e estimuladas e assim a organização deve procurar construir uma memória organizacional para a reutilização futura do conhecimento.

No que concerne ao processo de *utilização do conhecimento* também foi relevante em termos de importância e também um dos mais influenciados pelo modelo devido às actividades associadas a este processo que exigem um empenho individual.

O enfermeiro perioperatório pode ter o seu interesse individual acima do interesse organizacional. Souza e Carvalho (2015, p.101) referem que no contexto em saúde foram verificadas estas barreiras: “Há que se considerar eventuais resistências dos indivíduos ao compartilhamento e registro dos seus conhecimentos, caso não ocorra um claro reconhecimento corporativo de tais práticas colaborativas.”.

Já Neves (2004) defende a existência de barreiras de origem tecnológica, cultural ou organizacional, impeditivas do sucesso de implementação da GC nomeadamente:

- ✓ Falta de capacidade de absorção pelos receptores, do conhecimento que está a ser transmitido;
- ✓ Existência de diferentes culturas, vocabulários e quadros de referência;
- ✓ Falta de confiança mútua;
- ✓ Falta de tempo e locais de encontro;
- ✓ Posição e recompensa dada a quem possui conhecimento;
- ✓ Síndromes do “não inventado aqui”, ou seja, as inovações externas à empresa ou não criadas pelo próprio indivíduo, não são levadas em consideração;
- ✓ Intolerância para com os erros e a necessidade de ajuda;



No que concerne ao processo de *Criação de conhecimento* foi considerado o mais importante para o desempenho profissional do enfermeiro perioperatório mas o menos influenciado pela sua autopercepção como trabalhador de conhecimento (4,8%). Os resultados são corroborados por Cardoso (2005) ao sugerir que uma política de gestão de recursos humanos que fomente uma cultura organizacional orientada para a colaboração, iniciativa e aprendizagem considerando todos os colaboradores como trabalhadores do conhecimento, é um factor catalisador do processo criativo de conhecimento. Ou seja, é necessário que o trabalhador seja incentivado e que interiorize um sentimento de pertença em que cada um tem bem definido o seu papel e o quanto ele é fundamental para o funcionamento do serviço. Este resultado é reforçado pelo item “fomentar-se uma cultura “da necessidade de saber””, pertencente ao processo *Criação do conhecimento*, que com uma resposta média de 4,68 pontos foi considerado o mais importante de todos os indicadores dos processos de GC.

Isto desperta para a necessidade de competências e habilidades de gestão e liderança para incutir aos enfermeiros uma gestão do seu conhecimento e da organização. É necessário liderar a equipa de enfermagem, promover a formação e orientar a sua prática tendo sempre como foco central o cuidar (Ruthes e Cunha, 2008). Para a enfermagem perioperatória, a gestão do conhecimento pode ser um factor motivacional de grande impacto porque permite o reconhecimento das suas actividades a nível organizacional e individual, fortalece a comunicação entre as partes e permite a aprendizagem fundamentada e estruturada.

Concomitantemente, o item “criação de projectos de pesquisa, desenvolvimento e investigação”, também ligado ao construto *Criação de conhecimento*, foi considerado muito importante mas foi a actividade menos valorizada (4,30 pontos). Este paradoxo pode ser interpretado à luz do historial do modelo de ensino de enfermagem. O curso de licenciatura em enfermagem quando reconhecido como curso superior e integrado no sistema educativo nacional em 1999 ficou subordinado ao ensino politécnico. Santos (1999) refere que tal mudança permitiu que a enfermagem e o seu ensino passassem por uma evolução rápida, clara e significativa. Mas defende a sua integração no ensino universitário pois só assim permite a partilha de espaços comuns de formação graduada entre a enfermagem, a medicina, a psicologia, e outras áreas interdisciplinares na saúde com formação universitária.

Por outro lado Costa (1999) refere que a problemática não estaria no âmbito do tipo de ensino em que é desenvolvida mas sim nas limitações das escolas de enfermagem:

- menos recursos humanos/ menos capacidade de trabalho científico,
- menos investigação/ menos construção de saber,
- menos construção de saber/ menos autonomia científica,
- menos autonomia científica/ menor visibilidade social do trabalho dos enfermeiros,
- menor visibilidade social/ menos reconhecimento social(p. 15)

No entanto esta realidade tem vindo a ser desconstruída nos últimos anos. Tem-se fomentado cada vez mais uma cultura de ensino sustentada na investigação geradora de novo

conhecimento científico para os cuidados de enfermagem surgindo espaço para a progressão dos enfermeiros em formação pós graduada (pós-graduações, especializações, mestrados e doutoramentos).

A menor influência sobre a importância atribuída ao processo de *Criação de conhecimento* mas também à *Captura e Partilha de conhecimento*, e tendo em conta os itens associados a cada construto, pode também indicar que o enfermeiro perioperatório, detentor de conhecimento, pode estar condicionado por barreiras tecnológicas ou organizacionais mas também e principalmente individuais. Esteves (2013, p.46) refere um evento comum no seio da equipa de enfermagem perioperatória,

Nem sempre a entrada de um novo elemento é vista de forma positiva pelos “residentes”, podendo ser por vezes encarada mesmo como uma ameaça, não só no domínio do espaço relacional, no âmbito sua socialização, como no domínio do saber.

Partindo do pressuposto que o contexto laboral, em que os enfermeiros do bloco operatório se encontram inseridos “apresenta características e especificidades múltiplas, inclusive dentro do mesmo grupo profissional, com interesses por vezes antagónicos, ocupando posições hierárquicas diferentes, apresentando níveis diferenciados de prestígio, de conhecimento, de carisma, de autonomia, de poder, de autoridade” [(Areosa, 2004) citado por Esteves (2013, p.29)], condiciona a partilha do conhecimento porque o ambiente de competitividade inibe o enfermeiro da partilha pois este tem receio de perder a sua posição e poder.

A medição do conhecimento organizacional poderia ser uma mais-valia para a organização e os seus enfermeiros porque possibilitaria aferir o nível de propriedade intelectual e o seu valor permitindo uma melhor gestão dos recursos e uma melhor percepção das pessoas do seu valor e potencial intrínseco do bloco operatório. E ter em consideração os factores de sucesso para a implementação e manutenção de projectos de GC nas organizações, que Davenport, DeLong e Beers (1998) referido por Silva (2002) definem como:

- Não ser um projecto individual mas sim organizacional;
- Desenvolver uma definição de conhecimento na organização;
- Entender o conhecimento simultaneamente como produto e fluxo;
- Reconhecer que o conhecimento está dentro e fora da mente das pessoas;
- Criar ambientes de confiança e reconhecimento para que se incentive a partilha de conhecimentos;
- Dar a mesma importância ao conhecimento em diferentes formatos;
- Contextualizar o conhecimento;
- Incentivar a aprendizagem e a criatividade;
- Reconhecer a importância da experimentação;
- Dar a mesma importância para a interface humana e tecnológica;
- Focalizar o passado / presente e também o futuro;

- Procurar formas de avaliação das iniciativas de conhecimento realizadas, tanto pela mensuração quantitativa como qualitativa.

Em resumo, o BO é uma organização que possui características que reflectem a actual realidade da sociedade do conhecimento. Trata-se de um ambiente exigente em agilidade, rapidez, destreza e precisão da informação e do conhecimento em que cada decisão influencia fortemente e pode ter impacto sobre a vida do utente e da sua família.

Concomitantemente, o reflexo das políticas definidas e implementadas pela organização afecta o seu capital humano e respectivo desempenho. Assim, para o sucesso da GC, o foco principal é o capital humano mas não pode ser encarado como o único factor catalisador.

Logo as actividades de GC devem ser sensíveis também às condicionantes ambientais para que os objectivos e missões da organização sejam bem-sucedidos. Também a GC não deve ser orientada apenas para os seus resultados, devendo antes ser um processo presente em todas as actividades. Um ambiente de confiança e de abertura entre indivíduos é fundamental para desbloquear o conhecimento, pois sem isso, os indivíduos não só não se compreendem como também não confiam uns nos outros e tal conjuntura influencia a actuação da equipa de enfermagem em bloco operatório que exige rigor e profissionalismo (Davenport e Prusak, 1998).

O âmbito da GC procura uma mudança dos enfermeiros perioperatórios, não apenas direccionada para a actualização e/ou aquisição de novos conhecimentos científicos e técnicos, mas também, para as atitudes, exigindo por parte destes profissionais uma análise e reflexão das actividades que estes desempenham. É esta perspectiva que contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados em saúde.

A GC exige a intervenção dos recursos e processos que constituem a organização interna e externamente o que vai no sentido do que é defendido Davenport e Prusak (1998) que a GC deve conter a tríade pessoas, tecnologia e processos, como já exposto no enquadramento teórico. Desde as chefias, aos recursos humanos e sua gestão, à cultura e clima organizacional, passando pela estrutura organizacional, os sistemas de informação, as estratégias organizacionais entre outros, são factores influenciadores e estratégicos à GC e como tal têm de ser envolvidos de forma integrada em todo o seu projecto (Terra, 2012).

## CONCLUSÃO

Na sociedade actual, o dinamismo do sector empresarial, através da constante monitorização e avaliação das mudanças, é cada vez mais imitado pelo sector da saúde.

Na presente era da informação e do conhecimento, tornou-se evidente que uma fonte de vantagem competitiva nas empresas é o seu conhecimento e a efectiva gestão e aplicação deste activo na expectativa da sua transformação em resultados. Também “Os hospitais apresentam-se como organizações intensivas em conhecimento, sendo necessária a união dialéctica de extremos, não opostos, como teoria e prática, experiência e aprendizagem, tecnologia e trabalho manual, padronização e *insights*, ciência e arte, razão e emoção, vida e morte.” (Souza e Carvalho, 2015, p. 98). À luz do mundo empresarial, a área da saúde tem-se tornado detentora de uma grande capacidade de inovação e inserida num ambiente dinâmico e competitivo onde o conhecimento assume ser a chave do negócio.

Assim as organizações de saúde têm tomado cada vez mais consciência que o seu sucesso depende da sua capacidade e empenho em gerir o seu recurso mais valioso, o conhecimento detido pelo seu capital humano. A gestão do conhecimento inclui processos de criação, captura, organização, armazenamento, acesso, partilha e utilização do conhecimento. No entanto, é necessária a compreensão de que esta gestão vai além disso. É necessário criar e proporcionar condições organizacionais, tecnológicas e individuais.

A OCDE chegou à conclusão de que o melhor meio para ter sucesso na implementação de práticas de GC é adotar alterações duráveis de comportamento que traduzam uma atmosfera de confiança e espírito de equipe, tudo assentado num ambiente organizacional e cultural relativamente estável. (OCDE, 2003) citado por Angelis (2011, p.140).

Face ao exposto, a gestão de recursos humanos tem-se tornado uma prática de crescente importância, porque possibilita um modelo de gestão que valoriza o colaborador, fornecendo-lhe elementos para que realize as suas actividades com satisfação visando o seu crescimento de acordo com os objectivos organizacionais.

Também “A gestão do Bloco Operatório, passa inevitavelmente pela gestão dos Recursos Humanos, equipa de profissionais especializados e com formação adequada para o trabalho em questão.” (Pegado, 2010, p. 30). Os cuidados cirúrgicos são um componente de importância crescente pois com a evolução científico tecnológica na saúde e o aumento da esperança de vida, a necessidade de realizar um maior número de cirurgias e de maior complexidade para permitir aos cidadãos a possibilidade de reduzir/evitar a invalidez e impedir a morte requer uma equipa multidisciplinar habilitada devidamente para tal finalidade.

Relativamente à equipa de enfermagem perioperatória, a realidade desta área exige recursos educacionais de rigor científico e baseados na evidência mas ainda apresenta lacunas no acesso, partilha e utilização desta informação. O plano de estudos das escolas de enfermagem não contempla tempo suficiente de formação na área de bloco operatório e a formação nesta área especializada é realizada principalmente em contexto laboral.

O foco principal deste estudo foi analisar uma organização hospitalar relativamente ao serviço de BO no que se reporta à autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento, conhecer a importância atribuída aos processos de GC para o seu desempenho profissional e de que forma estas duas variáveis se relacionavam.

Os enfermeiros perioperatórios consideram a sua profissão como pertencente à chamada sociedade do conhecimento e percebem a importância da GC indubitavelmente significativa.

Quando se procurou analisar a relação entre as variáveis, verificaram-se relações significativas entre a autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento e a importância atribuída aos processos de GC, tendo sido evidenciados nomeadamente, a organização/armazenamento, a utilização e o acesso ao conhecimento. Os restantes processos da GC, criação, captura e partilha de conhecimento obtiveram variâncias mais baixas. Na globalidade, os resultados permitiram aferir que a autopercepção do enfermeiro perioperatório como profissão do conhecimento influencia em 39,3% a importância atribuída à GC.

Estes resultados permitem inferir que a GC não pode ser aplicada como uma fórmula prescrita mas deverá ser moldada aos factores intrínsecos à organização e à pessoa (Cardoso, 2005). Dadas as actividades altamente especializadas que são desenvolvidas, o bloco operatório, depara-se com a necessidade de possuir cada vez um melhor capital intelectual, para que se possa agregar valor aos cuidados prestados e para o utente.

Em suma, a GC é um modelo de gestão numa vertente humanística, que reconhece os recursos humanos e o seu conhecimento como activos valiosos que necessitam de ser devidamente geridos através das ferramentas apropriadas (Angelis, 2011). É neste contexto que se revela importante uma prática consistente de gestão do conhecimento, pois é notório que cada enfermeiro do bloco operatório traz consigo um grande número de conhecimentos adquiridos em suas vivências diárias convertidos em habilidades.

Perante isto, é primordial a necessidade de especialização da enfermagem perioperatória e para tal é necessário que haja um reconhecimento identitário do enfermeiro do bloco operatório pelo serviço que presta à sociedade e seja merecedor do reconhecimento dos utentes e restantes profissionais.

Este estudo de investigação foi um desafio na medida em que o facto de a investigadora exercer funções em bloco operatório exigiu uma posição permanente de rigor e imparcialidade.

Relativamente às limitações do estudo pode se considerar a literatura revista para a elaboração da presente tese, no que diz respeito à escassez de estudos desenvolvidos da área da saúde e especificamente no campo da enfermagem, não tendo sido encontrados dados que nos permitissem comparar com os obtidos.

Como sugestões para investigações futuras seria interessante incluir no modelo outras variáveis independentes, influenciadoras sobre a importância da gestão do conhecimento num bloco operatório. Procurou-se elaborar um instrumento de recolha de dados simples, prático e de fácil compreensão mas no futuro as escalas de avaliação podem incluir outras dimensões não contempladas neste estudo. Também seria interessante utilizar outro *software* para tratamento estatístico do modelo conceptual. Relativamente à amostra, esta incidiu sobre a equipa de enfermagem de um determinado bloco operatório e sugere-se numa futura investigação incluir diferentes amostras relativas a outros profissionais de saúde que exercem funções no BO e incluir outras organizações de saúde.

Parece-nos, por fim, que poderiam ser realizados mais estudos de natureza qualitativa, no sentido de prover dados mais profundos e descritivos do tema em causa para maior compreensão da GC no contexto da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática de Cuidados*. (1ªed.). Loures: Lusodidacta.

AESOP. (2013). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática de Cuidados*. (1ªed.). Loures: Lusodidacta.

Akter, S., D'Ambra, J. & Ray, P. (2011). An evaluation of PLS based complex models: the roles of power analysis, predictive relevance and GoF index. *Proceedings of the 17th Americas Conference on Information Systems (AMCIS2011)* (pp. 1-7). Detroit: Association for Information Systems. Disponível em: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4186&context=commpapers>

Angelis, C. T. (2011). Gestão do Conhecimento no setor público: um estudo de caso por meio do método OKA. *Revista do Serviço Público*, 62 (2), 137-166. Disponível em: [http://antigo.enap.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=3709](http://antigo.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3709)

Barreto, A. R. (2004). Implantação de Gestão do Conhecimento a partir dos repositórios de Conhecimento Explícito. In *Nas encruzilhadas da Informação e da Cultura - (Re)inventar a Profissão – 8º Congresso Nacional de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas* Disponível em: <https://bad.pt/publicacoes/index.php/congressosbad/article/download/641/638>

Cabral, D. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória – Contributos para a sua implementação* (Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../2/93396\\_W\\_4\\_CAB\\_001\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../2/93396_W_4_CAB_001_01_P.pdf)

Cabrita, M.R. (2009). *Capital Intelectual e Desempenho Organizacional*. (1ªed.). Lisboa: Lidel.

Cardoso, P. M. A. (2005). Gestão do Conhecimento em Organizações Hoteleiras do Distrito de Viseu. (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1822/1/2007000084.pdf>

Choo, C. W. (2006). *A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões*. (2ªed.). São Paulo: SENAC.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ªed.). Nova Iorque: Academic Press, Inc.

Cortada, J. W. & Woods, J. A. (1999). *The Knowledge Management Yearbook 1999-2000*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Costa, M. A. M. (1999). Reflectindo sobre o ensino de enfermagem. *Sinais Vitais*, 27, 11-16.

Costigliola, F. (2009). *Partial Least Square – Path Modeling - Metodologia, Software e Aplicação* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/8818/1/TEGI0243.pdf>

Cruz, A. (2000). Stress em enfermeiros do bloco operatório. *Revista Sinais Vitais*, 33, 38-40.

Davenport, T. H. & Prusak, L. (2000). *Working Knowledge: How Organizations Manage what They Know*. (2ªed.). Boston: Harvard Business School Press.

Davenport, T. H. & Prusak, L. (1998). *Conhecimento empresarial*. (1ªed.). Rio de Janeiro: Campus.

Drucker, P. (2000) *Desafios da Gestão para o Século XXI*. (1ªed.). Porto. Livraria Civilização Editora

EORNA. (2009). Disponível em: [http://www.eorna.eu/EORNA-Framework-for-Perioperative-Nurse-Competencies\\_a359.html](http://www.eorna.eu/EORNA-Framework-for-Perioperative-Nurse-Competencies_a359.html)

Esteves, A. M. (2013). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4647/1/AnaEsteves\\_TeseMestrado\\_Constr%20Identidade%20Prof%20Enf%20BO.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4647/1/AnaEsteves_TeseMestrado_Constr%20Identidade%20Prof%20Enf%20BO.pdf)

Faria, J. (2013). *A influência do capital intelectual na capacidade inovadora de um hospital* (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1227/1/Jo%C3%A3o\\_Faria.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1227/1/Jo%C3%A3o_Faria.pdf)

Faul, E. & Buchner, L. (2009) *software G\*Power 3.1.9*. Instalado em 19 de Junho de 2017. Disponível em: <http://www.gpower.hhu.de/en.html>

Fonseca, A. F. (2006). *Organizational knowledge assessment methodology*. Washington: World Bank Institute.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (1ªed.). Camarate:Lusociência, Edições técnicas e Científicas, Lda.

Gilmartin, M. & D'Aunno, T. (2007). Leadership Research in Healthcare - A Review and Roadmap. *Academy of Management Annals*, 1 (1), 387-438. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/078559813>

Gonçalo C. & Borges M. (2010). Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. *Revista Saúde e Sociedade*, 19 (2), 449-461. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/20.pdf>

Guedes, A. (2012). *Gestão do Conhecimento numa instituição do ensino superior* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto). Disponível em: [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/630/1/DM\\_AnaGuedes\\_2012.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/630/1/DM_AnaGuedes_2012.pdf)

Hair, J., Hult, T., Ringle, C. & Sarstedt, M. (2014) *Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles: SAGE.

Loureiro, L. (2003). *Gestão do conhecimento*. Lisboa: Editora Centro Atlântico.

Matos, I. A. (2011). *Aplicação de técnicas Lean Services no bloco operatório de um hospital* (Tese de mestrado, Universidade do Minho)

Morgeson, F. P., & Campion, M. A. (2003). Work design. In W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Eds.), *Handbook of psychology: industrial and organizational psychology* (pp. 423-446). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc. Disponível em: [https://msu.edu/~morgeson/morgeson\\_campion\\_2003.pdf](https://msu.edu/~morgeson/morgeson_campion_2003.pdf)

Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2008). Job and Team Design: Toward a More Integrative Conceptualization of Work Design. Disponível em: [http://www.personal.psu.edu/seh25/morgeson\\_humphrey\\_in\\_press.pdf](http://www.personal.psu.edu/seh25/morgeson_humphrey_in_press.pdf)

Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*, 91 (6), 1321–1339. Disponível



em:[https://www.researchgate.net/publication/6698030\\_The\\_Work\\_Design\\_Questionnaire\\_WDQ\\_Developing\\_and\\_Validating\\_A\\_Comprehensive\\_Measure\\_for\\_Assessing\\_Job\\_Design\\_and\\_the\\_Nature\\_of\\_Work](https://www.researchgate.net/publication/6698030_The_Work_Design_Questionnaire_WDQ_Developing_and_Validating_A_Comprehensive_Measure_for_Assessing_Job_Design_and_the_Nature_of_Work)

Neto, R. C. (2005). *Gestão do conhecimento em organizações: proposta de mapeamento conceitual integrativo* (Tese de doutoramento, Universidade Federal de Minas Gerais). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pci/v11n1/v11n1a12.pdf>

Neves, A. (2004). *Gestão do conhecimento e aprendizagem organizacional*. Disponível em: <http://kmol.online.pt/livros/2004/09/01/gestao-do-conhecimento>

Nonaka, I. (2008). *The Knowledge Creating Company*. (1ªed.) Massachusetts: Harvard Business School Publishing Corporation.

O\*NET OnLine. (2016). Occupational Information Network Database. Disponível em: <https://www.onetonline.org/>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* [PDF]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante* [PDF]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao\\_7set2004.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao_7set2004.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* [PDF]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>

Ortiz, A. L. A. (2001). *Cómo Evitar la Miopia en la Gestion del Conocimiento*. Madrid: Ediciones Dáz de Santos.

Pegado, A. (2010). *Gestão do Bloco Operatório: modelos de gestão e monitorização* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5468/4/RUN%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Pegado.pdf>

Peters, T. J. (1992). *Liberation management: necessary disorganization for the nanosecond nineties*. (1ªed.) New York: A. A. Knopf.

Pires, D. B., Lopes, J. & Valls, V. M. (2013). *Gestão do conhecimento em escritórios de advocacia: sua aplicação enquanto ferramenta para a vantagem competitiva*. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 3 (1), 48-70. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/14436/9323>

Proença, T. (2015). *Portuguese translation of Work Design Questionnaire from Frederick P. Morgeson & Stephen E. Humphrey (2006) "The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work"* *Journal of Applied Psychology*, 91, 6, 1321–1339. Disponível em: [https://msu.edu/~morgeson/Portuguese\\_WDQ.pdf](https://msu.edu/~morgeson/Portuguese_WDQ.pdf)

Ringle, C., Silva, D.da & Bido, D. (2014). *Modelagem de Equações estruturais com utilização do Smartpls*. *Revista Brasileira de Marketing – ReMark*. 13 (2), 56-73. Disponível em: [http://revistabrasileiramarketing.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/viewFile/2717/pdf\\_167](http://revistabrasileiramarketing.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/viewFile/2717/pdf_167)

Ringle, C., Wende, S. & Will, A. (2005). Smartpls - version 2.0. Disponível em: <https://www.smartpls.com/smartpls2>

Rossetti, A. & Morales, A. B. (2007). O papel da tecnologia da informação na gestão do conhecimento. *Ciência da Informação*, 36, (1), 124-135. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1191/1363>

Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. (2009). Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e do capital intelectual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 901-905. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>

Ruthes R. M. & Cunha I.C. (2008). Entendendo as competências para aplicação de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, (1), 109-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf>

Sachs, J. (2005). *The end of poverty: How we can make it happen in our lifetime*. (1ªed.). London: Penguin Group.

Saint-Onge, H. & Wallace, D. (2003). *Leveraging Communities of Practice for Strategic Advantage*. (1ªed.). Burlington: Butterworth-Heinemann.

Salgueiro, J. e Carrión, G. (2014). *Modelos de Ecuaciones Estructurales basados en la Varianza: Partial Least Squares (PLS) para Investigadores en Ciencias Sociales (II Edición)*. Departamento de Administración de Empresas y Marketing. Universidade de Sevilla

Santos, A. C. (1999). O Ensino de Enfermagem em Portugal – Perspectivas Actuais e Futuras. *Referência*, 2, 57-63.

Sequeira, B. D., Marques, J. P. & Serrano, A. (2014). Gestão do Conhecimento em Organizações Hoteleiras; Um Olhar da Sociologia. In *VIII Congresso Português de Sociologia*. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/4446/1/COM0272.pdf>

Silva, S. L. (2002). Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais. *Ciência da Informação*, 31, (2), 142-151. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n2/12917.pdf>

Souza, V. P. & Carvalho, R. B. (2015). Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, 4 (2), 97-108. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/161/166>

Steil, A. V. (2007). Estado da arte das definições de gestão do conhecimento e seus subsistemas. Florianópolis: Instituto Stela. Technical Report

Takeuchi, H. & Nonaka, I. (2008). *Gestão do Conhecimento*. (1ªed.). Porto Alegre: Bookman

Terra, J. C.C. (2012). Gestão do Conhecimento: o grande desafio empresarial!. *Biblioteca TerraForum Consultores*. Disponível em : <http://pt.slideshare.net/CMPeducacao/gesto-do-conhecimento-11276216>

The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*.

Vilares, M. J. & Coelho, P. S. (2005). *Satisfação e lealdade do cliente*. Lisboa: Escolar Editora

Yang,C.C. & Lin,C.Y.Y. (2009). *Does Intellectual capital mediate the relationship between HRM and organizational performance? Perspective of a Healthcare industry in Taiwan*. The International Journal of Human Resource Management, 20 ( 9),1957-1978.

Zahra, S. A. & G. George. (2002). Absorptive capacity: a review, reconceptualization, and extension. The academy of management review, 27 (2), 185-203.

## **Anexo I - Questionário**

## QUESTIONÁRIO

No âmbito da tese de mestrado em Gestão das Organizações, este questionário destina-se à recolha de dados relativos à importância da Gestão do Conhecimento sobre a Enfermagem em Bloco Operatório, tratando-se de uma metodologia que gere de modo integrado o conhecimento detido pelos indivíduos e pela organização à qual pertencem.

É um inquérito anónimo onde todos os dados e seu tratamento são confidenciais.

Agradeço a sua colaboração.

### PARTE I

Para responder às seguintes questões, pense no seu trabalho e coloque à frente de cada afirmação, o algarismo correspondente à sua resposta:

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
O trabalho envolve uma grande variedade de tarefas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho exige a realização de mais do que uma tarefa/ actividade ao mesmo tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho compreende tarefas relativamente simples e descomplicadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho exige-me monitorizar uma grande quantidade de informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho obriga-me a controlar mais do que uma coisa de cada vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho exige que analise uma grande quantidade de informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho requer a utilização de uma variedade de habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho requer habilidades/ conhecimentos complexos ou especializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho em si proporciona-me feedback do meu desempenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho é altamente especializado em termos de finalidade, tarefas ou actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As ferramentas, procedimentos, materiais, etc. utilizados neste trabalho são altamente especializados devido à sua finalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho envolve a utilização de uma variedade de equipamentos diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho envolve a utilização de equipamento complexo ou de tecnologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PARTE II

Numa escala de 1 a 5, indique em que medida considera importantes os seguintes aspectos, para o desempenho das suas funções no Bloco Operatório.

1. Nada importante
2. Pouco importante
3. Importante
4. Muito importante
5. Extremamente importante

	1	2	3	4	5
Existência de espaço para a reflexão e análise crítica das acções dos enfermeiros e do conhecimento que se põe em prática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fomentar-se uma cultura “da necessidade de saber”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de uma procura activa de informação externa para a resolução de problemas / melhorias internas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reciclagem dos conhecimentos existentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Criação de projectos de pesquisa, desenvolvimento e inovação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de políticas/procedimentos para a captura e recolha de conhecimentos ou outros trabalhos realizados pelos enfermeiros, interna e externamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de políticas/procedimentos que incutam aos enfermeiros a necessidade de documentar o seu conhecimento de forma a este ser reutilizado por outros colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integração do conhecimento que os novos membros trazem do exterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de métodos para a captura de conhecimento tácito (conhecimento individual que cada enfermeiro adquire ao longo do tempo) ( simulações, apresentação de casos,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de um directório claro e oficial das fontes de conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de um armazenamento da informação e conhecimentos do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclusão no repositório de variadas áreas do conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boa organização dos conteúdos de conhecimento (por processo, área, actividade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os conhecimentos individuais estarem disponíveis e acessíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os processos organizacionais do Bloco Operatório estarem definidos em formato de leitura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de ferramentas que facilitem o acesso ao conhecimento armazenado (intranet, base de dados, blog)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de políticas de partilha de conhecimento na organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de processos / actividades de partilha de conhecimento (chats, workshops,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade em identificar as fontes de conhecimentos mais adequadas para necessidades específicas (pessoas, intra net, extra net,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de um local de divulgação de novas informações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A utilização, da sua parte e de uma forma geral, de todos os conteúdos de conhecimento detidos no Bloco Operatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os conteúdos de conhecimento detidos no Bloco Operatório reflectirem-se no resultado seu trabalho	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>
Uma procura frequente de conhecimentos da sua parte nas fontes oficiais de conhecimento do Bloco Operatório	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>

### PARTE III

---

#### 1. Qual a sua idade:

- Inferior a 25 anos
- 25 a 35 anos
- 36 a 45 anos
- 46 a 55 anos
- Mais de 55 anos

#### 2. Sexo:

- Feminino
- Masculino

#### 3. Qual o seu nível de formação:

- Bacharelato em Enfermagem
- Licenciatura em Enfermagem
- Outra licenciatura?  Sim  Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- Especialização  
Qual? \_\_\_\_\_
- Pós graduação  
Qual? \_\_\_\_\_
- Mestrado  
Qual? \_\_\_\_\_

#### 4. Qual o seu tempo de exercício profissional como enfermeiro? (considere o menor valor)

- Igual ou inferior a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- Mais de 15 anos

## **Anexo II - Construto do questionário para o tratamento estatístico**



Parte I do questionário

Questão	Indicadores	Variável Latente	Descrição
A1	Complexidade do trabalho	Autopercepção do enfermeiro perioperatório como trabalhador do conhecimento	O trabalho envolve uma grande variedade de tarefas?
A2			O trabalho exige a realização de mais do que uma tarefa/ actividade ao mesmo tempo?
A3			O trabalho compreende tarefas relativamente simples e descomplicadas?
A4	Processamento da informação		O trabalho exige-me monitorizar uma grande quantidade de informação?
A5			O trabalho obriga-me a controlar mais do que uma coisa ao mesmo tempo?
A6			O trabalho exige que analise uma grande quantidade de informação?
A7	Variedade de habilidades		O trabalho requer a utilização de uma variedade de habilidades?
A8			O trabalho requer habilidades/ conhecimentos complexos ou especializados?
A9			O trabalho em si proporciona-lhe feedback do seu desempenho?
A10	Especialização do trabalho		O trabalho é altamente especializado em termos de finalidade, tarefas ou actividades?
A11			As ferramentas, procedimentos, materiais, etc. utilizados no trabalho são altamente especializados devido à sua finalidade?
A12	Utilização de equipamento		O trabalho envolve a utilização de uma variedade de equipamentos diferentes?
A13			O trabalho envolve a utilização de equipamento complexo ou de tecnologia?

Parte II do questionário

Questão	Variável Latente	Variável global	Descrição
B1	Criação do conhecimento	Gestão de conhecimento	Existência de espaço para a reflexão e análise crítica das acções dos enfermeiros e do conhecimento que se põe em prática
B2			2. Fomentar-se uma cultura “da necessidade de saber”
B3			Existência de uma procura activa de informação externa para a resolução de problemas / melhorias internas
B4			Reciclagem dos conhecimentos existentes
B5			Criação de projectos de pesquisa, desenvolvimento e inovação
B6	Captura do conhecimento		Existência de políticas/procedimentos para a captura e recolha de conhecimentos ou outros trabalhos realizados pelos enfermeiros, interna e externamente
B7			Existência de políticas/procedimentos que incutam aos enfermeiros a necessidade de documentar o seu conhecimento de forma a este ser reutilizado por outros colegas
B8			Integração do conhecimento que os novos membros trazem do exterior
B9			Existência de métodos para a captura de conhecimento tácito (conhecimento individual que cada enfermeiro adquire ao longo do tempo) como por exemplo, simulações, apresentação de casos,...
B10			Existência de um directório claro e oficial das fontes de conhecimento
B11	Organização / armazenamento do conhecimento		Existência de um armazenamento da informação e conhecimentos do serviço
B12			Inclusão no repositório de variadas áreas do conhecimento
B13			Boa organização dos conteúdos de conhecimento (por processo, área, actividade)
B14	Acesso ao conhecimento		Os conhecimentos individuais estarem disponíveis e acessíveis
B15			Os processos organizacionais do bloco operatório estarem definidos em formato de leitura
B16			Existência de ferramentas que facilitem o acesso ao conhecimento armazenado (intranet, base de dados, blog)
B17	Partilha do conhecimento		Existência de políticas de partilha de conhecimento no bloco operatório
B18			Existência de actividades de partilha de

			conhecimento (chats, workshops,...)
B19			Facilidade em identificar as fontes de conhecimentos mais adequadas para necessidades específicas (pessoas, intranet, extranet,...)
B20	Utilização do conhecimento		Existência de um local de divulgação de novas informações
B21			A utilização, da sua parte e de uma forma geral, de todos os conteúdos de conhecimento detidos no bloco operatório
B22			Os conteúdos de conhecimento detidos no bloco operatório reflectirem-se no resultado do seu trabalho
B23			Uma procura frequente de conhecimentos da sua parte nas fontes oficiais de conhecimento do bloco operatório

### **Anexo III – Parecer da Comissão de Ética**

**Nossa referência:** CESHB 047/2016

**Data da Receção:** 11/04/2016

**Outra referência:**

**Relator:** Amélia Rego

**Parecer emitido em Reunião Plenária de 26 de Abril 2016**

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga emite o seguinte parecer referente ao Estudo sobre ***“A Gestão do Conhecimento em Enfermagem no Bloco Operatório”***. Este estudo tem como investigadora a Enf. Carla Nancy Lima Peixoto, a exercer funções no Bloco Operatório (B.O.) do Hospital de Braga e a frequentar o curso de Mestrado em Gestão das Organizações da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Decorre sob a orientação da Prof. Dra. Helena Santos, sendo pertinente e apresentando conceção adequada.

- a) A investigação decorre sob a metodologia quantitativa, do tipo correlacional, não experimental e transversal. A população será o grupo de enfermeiros que exerce funções no B.O. extraído a amostra pela técnica de amostragem simples. Neste contexto, serão escolhidos aleatoriamente 100 enfermeiros de forma a alcançar um nível de confiança de 95% e com uma margem de erro de 5%. Será aplicado um questionário *online*.
- b) Este estudo pretende analisar a importância da gestão do conhecimento para a Enfermagem em Bloco Operatório e definir quais os modelos e ferramentas facilitadoras, ou seja, as práticas, normas e processos que poderão estimular a criação, captação, partilha e armazenamento de conhecimento na enfermagem em bloco operatório com o seguinte objetivo geral: Compreender o contributo da gestão do conhecimento aplicada à Enfermagem em contexto do Bloco Operatório. São objetivos específicos:
  - Aferir a importância da gestão do conhecimento sobre o “job design” da profissão de enfermagem;
  - Aferir a aplicabilidade da gestão do conhecimento em enfermagem em contexto do bloco operatório;

- Avaliar a receptividade dos enfermeiros para a implementação da gestão do conhecimento na sua atividade em bloco operatório;
- c) O protocolo é omissivo na manifestação de intenção de divulgação do estudo, através de publicações;
- d) A Investigadora possui a aptidão requerida para a sua concretização;
- e) Será garantido o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida junto de enfermeiros do Bloco Operatório.

Em resumo, o estudo não suscita reserva de natureza ética, pelo que tem parecer favorável à sua realização.

Presidente da Comissão de Ética



---

Juan R. Garcia

## **Anexo IV - Estatística descritiva da caracterização sócio demográfica da amostra**

## CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

AMOSTRA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	
	n	%	
<b>IDADE</b>			
< 25 anos	2	2%	
25 - 35 anos	61	62%	
36 - 45 anos	21	21%	
> 45 anos	15	15%	
<i>Total</i>	99	100%	
<b>SEXO</b>			
Feminino	76	77%	
Masculino	23	23%	
<i>Total</i>	99	100%	
<b>FORMAÇÃO PÓS GRADUADA</b>			
		<b>N = 46</b>	<b>N = 99</b>
<b>Especialidade</b>	9	19,56%	9,09%
Reabilitação	1	2,17%	1,01%
Médico cirúrgica	7	15,22%	7,07%
Saúde infantil e pediátrica	1	2,17%	1,01%
<b>Pós Graduação</b>	33	71,74%	33,33%
Enfermagem nefrológica e técnicas dialíticas	1	2,17%	1,01%
Enfermagem médico-cirúrgica	1	2,17%	1,01%
Cuidados paliativos	2	4,35%	2,02%
Enfermagem de instrumentação cirúrgica	4	8,70%	4,04%
Anestesiologia e controlo da dor	7	15,22%	7,07%
Enfermagem de anestesiologia	16	34,78%	16,16%
Orientações educativas	1	2,17%	1,01%
Emergência e trauma	1	2,17%	1,01%
<b>Mestrado</b>	4	8,70%	4,04%
Ciências de Enfermagem	1	2,18%	1,01%
Enfermagem médico-cirúrgica	1	2,18%	1,01%
Educação para a saúde	2	4,35%	2,02%
<i>Total</i>	46	100%	46,46%
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL COMO ENFERMEIRO</b>			
<= 5 anos	13	13%	
6 - 10 anos	45	45%	
11 - 15 anos	11	11%	
> 15 anos	30	30%	
<i>Total</i>	99	100%	



## **Anexo V - Análise estatística descritiva dos dados**

## ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS

		ESTATÍSTICA DESCRITIVA				FREQUÊNCIA RELATIVA				
		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	MODA	1	2	3	4	5
A1_1	Complexidade do trabalho	4,87	0,368	5	5	0%	0%	1%	11%	88%
A2_1		4,55	0,836	5	5	1%	4%	1%	21%	70%
A3_1		3,81	1,085	4	4	5%	5%	24%	35%	30%
A4_2	Processamento de informação	4,62	0,696	5	5	0%	3%	3%	23%	71%
A5_2		4,76	0,517	5	5	0%	0%	4%	16%	80%
A6_2		4,54	0,690	5	5	0%	2%	5%	30%	63%
A7_2	Variedade / complexidade de habilidades	4,66	0,556	5	5	0%	0%	4%	26%	70%
A8_2		4,82	0,413	5	5	0%	0%	1%	16%	83%
A9_2		3,43	0,991	3	3	4%	10%	38%	33%	14%
A10_1	Especialização do trabalho	4,63	0,564	5	5	0%	0%	4%	29%	67%
A11_1		4,54	0,690	5	5	0%	1%	8%	27%	64%
A12_1	Utilização de equipamento	4,83	0,405	5	5	0%	0%	1%	15%	84%
A13_1		4,69	0,547	5	5	0%	0%	4%	23%	73%
B1_1	Criação de conhecimento	4,53	0,907	5	5	2%	4%	4%	19%	71%
B2_1		4,68	0,620	5	5	0%	1%	5%	19%	75%
B3_1		4,54	0,644	5	5	0%	1%	5%	33%	61%
B4_1		4,60	0,682	5	5	0%	2%	5%	23%	70%
B5_1		4,30	0,952	5	5	2%	4%	10%	29%	55%
B6_2	Captura de conhecimento	4,38	0,842	5	5	1%	4%	5%	35%	55%
B7_2		4,47	0,747	5	5	0%	3%	6%	32%	59%
B8_2		4,49	0,885	5	5	2%	3%	5%	24%	66%
B9_2		4,32	0,935	5	5	1%	7%	5%	32%	55%
B10_2		4,30	0,952	5	5	1%	6%	10%	27%	56%
B11_3	Organização / armazenamento do conhecimento	4,44	0,872	5	5	1%	4%	7%	25%	63%
B12_3		4,32	0,806	5	5	1%	3%	6%	42%	47%
B13_3		4,40	0,832	5	5	1%	3%	7%	32%	57%
B14_4	Acesso ao conhecimento	4,40	0,832	5	5	1%	2%	10%	29%	58%
B15_4		4,49	0,691	5	5	0%	1%	8%	32%	59%
B16_4		4,53	0,747	5	5	1%	2%	3%	31%	63%
B17_5	Partilha de conhecimento	4,49	0,850	5	5	2%	1%	8%	24%	65%

B18_5		4,31	0,922	5	5	2%	3%	10%	31%	54%
B19_5		4,35	0,812	5	5	1%	2%	9%	36%	52%
B20_6	Utilização do conhecimento	4,37	0,910	5	5	1%	5%	8%	27%	59%
B21_6		4,40	0,755	5	5	0%	2%	10%	33%	55%
B22_6		4,58	0,640	5	5	0%	1%	5%	29%	65%
B23_6		4,44	0,688	5	5	0%	1%	8%	36%	55%

**Estatísticas**

Complexidade do trabalho

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,4074
Mediana		4,3333
Modo		4,33
Desvio Padrão		,44046
Mínimo		3,33
Máximo		5,00

**Complexidade do trabalho**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem	Porcentagem
	a	m	válida	acumulativa
Válido	3,33	1	1,0	1,0
	3,67	14	14,1	15,2
	4,00	9	9,1	24,2
	4,33	33	33,3	57,6
	4,67	22	22,2	79,8
	5,00	20	20,2	100,0
Total	99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Processamento da informação

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,6364
Mediana		5,0000
Modo		5,00
Desvio Padrão		,56563
Mínimo		2,33
Máximo		5,00

**Processamento da informação**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem	Porcentagem
			válida	acumulativa
Válido	2,33	1	1,0	1,0
	2,67	2	2,0	3,0
	3,33	2	2,0	5,1
	3,67	3	3,0	8,1
	4,00	8	8,1	16,2
	4,33	14	14,1	30,3
	4,67	12	12,1	42,4
	5,00	57	57,6	100,0
Total	99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

## Variedade / complexidade habilidades

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,3030
Mediana		4,3333
Modo		4,33
Desvio Padrão		,44183
Mínimo		3,00
Máximo		5,00

**Variedade / complexidade habilidades**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	3,00	1	1,0	1,0	1,0
	3,33	3	3,0	3,0	4,0
	3,67	10	10,1	10,1	14,1
	4,00	20	20,2	20,2	34,3
	4,33	34	34,3	34,3	68,7
	4,67	18	18,2	18,2	86,9
	5,00	13	13,1	13,1	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

## Especialização do trabalho

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,5808
Mediana		5,0000
Modo		5,00
Desvio Padrão		,54729
Mínimo		3,00
Máximo		5,00

**Especialização do trabalho**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	3,00	3	3,0	3,0	3,0
	3,50	4	4,0	4,0	7,1
	4,00	22	22,2	22,2	29,3
	4,50	15	15,2	15,2	44,4
	5,00	55	55,6	55,6	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

## Utilização de equipamento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,7576
Mediana		5,0000
Modo		5,00
Desvio Padrão		,41258
Mínimo		3,00
Máximo		5,00

**Utilização de equipamento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	3,00	1	1,0	1,0	1,0
	3,50	1	1,0	1,0	2,0
	4,00	12	12,1	12,1	14,1
	4,50	17	17,2	17,2	31,3
	5,00	68	68,7	68,7	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Autopercepção do enfermeiro perioperatório

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,6667
Mediana		4,7500
Modo		5,00
Desvio Padrão		,41188
Mínimo		3,50
Máximo		5,00

**Autopercepção do enfermeiro perioperatório**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	3,50	2	2,0	2,0	2,0
	3,75	5	5,1	5,1	7,1
	4,00	4	4,0	4,0	11,1
	4,25	12	12,1	12,1	23,2
	4,50	15	15,2	15,2	38,4
	4,75	13	13,1	13,1	51,5
	5,00	48	48,5	48,5	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Criação de conhecimento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,5293
Mediana		4,6000
Modo		5,00
Desvio Padrão		,64035
Mínimo		2,20
Máximo		5,00

**Criação de conhecimento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2,20	1	1,0	1,0	1,0
	2,40	1	1,0	1,0	2,0
	2,60	2	2,0	2,0	4,0
	2,80	2	2,0	2,0	6,1
	3,00	1	1,0	1,0	7,1
	3,80	2	2,0	2,0	9,1
	4,00	8	8,1	8,1	17,2
	4,20	10	10,1	10,1	27,3
	4,40	5	5,1	5,1	32,3
	4,60	19	19,2	19,2	51,5
	4,80	5	5,1	5,1	56,6
	5,00	43	43,4	43,4	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Captura de conhecimento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,3919
Mediana		4,6000
Modo		5,00
Desvio Padrão		,78190
Mínimo		1,80
Máximo		5,00

**Captura de conhecimento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1,80	2	2,0	2,0	2,0
	2,00	3	3,0	3,0	5,1
	2,60	1	1,0	1,0	6,1
	3,00	1	1,0	1,0	7,1
	3,20	3	3,0	3,0	10,1
	3,60	2	2,0	2,0	12,1
	3,80	4	4,0	4,0	16,2
	4,00	9	9,1	9,1	25,3
	4,20	7	7,1	7,1	32,3
	4,40	12	12,1	12,1	44,4
	4,60	12	12,1	12,1	56,6
	4,80	4	4,0	4,0	60,6
	5,00	39	39,4	39,4	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Organização do conhecimento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,3906
Mediana		4,6667
Modo		5,00
Desvio Padrão		,79116
Mínimo		1,33
Máximo		5,00

**Organização do conhecimento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1,33	1	1,0	1,0	1,0
	1,67	1	1,0	1,0	2,0
	2,33	3	3,0	3,0	5,1
	2,67	1	1,0	1,0	6,1
	3,00	3	3,0	3,0	9,1
	3,33	2	2,0	2,0	11,1
	3,67	2	2,0	2,0	13,1
	4,00	18	18,2	18,2	31,3
	4,33	15	15,2	15,2	46,5
	4,67	9	9,1	9,1	55,6
	5,00	44	44,4	44,4	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Acesso ao conhecimento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,4714
Mediana		4,6667
Modo		5,00
Desvio Padrão		,68348
Mínimo		1,67
Máximo		5,00

**Acesso ao conhecimento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1,67	1	1,0	1,0	1,0
	2,00	1	1,0	1,0	2,0
	2,67	1	1,0	1,0	3,0
	3,00	2	2,0	2,0	5,1
	3,33	3	3,0	3,0	8,1
	3,67	5	5,1	5,1	13,1
	4,00	17	17,2	17,2	30,3
	4,33	9	9,1	9,1	39,4
	4,67	15	15,2	15,2	54,5
	5,00	45	45,5	45,5	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Partilha de conhecimento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,3838
Mediana		4,6667
Modo		5,00
Desvio Padrão		,80159
Mínimo		1,00
Máximo		5,00

**Partilha de conhecimento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1,00	1	1,0	1,0	1,0
	1,67	1	1,0	1,0	2,0
	2,00	1	1,0	1,0	3,0
	2,67	3	3,0	3,0	6,1
	3,00	1	1,0	1,0	7,1
	3,33	5	5,1	5,1	12,1
	3,67	3	3,0	3,0	15,2
	4,00	19	19,2	19,2	34,3
	4,33	11	11,1	11,1	45,5
	4,67	9	9,1	9,1	54,5
	5,00	45	45,5	45,5	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

Utilização do conhecimento

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,4495
Mediana		4,7500
Modo		5,00
Desvio Padrão		,66334
Mínimo		2,00
Máximo		5,00

**Utilização do conhecimento**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2,00	1	1,0	1,0	1,0
	2,50	1	1,0	1,0	2,0
	2,75	3	3,0	3,0	5,1
	3,00	1	1,0	1,0	6,1
	3,25	2	2,0	2,0	8,1
	3,75	4	4,0	4,0	12,1
	4,00	18	18,2	18,2	30,3
	4,25	10	10,1	10,1	40,4
	4,50	9	9,1	9,1	49,5
	4,75	7	7,1	7,1	56,6
	5,00	43	43,4	43,4	100,0
Total		99	100,0	100,0	

**Estatísticas**

GC

N	Válido	99
	Ausente	0
Média		4,4409
Mediana		4,6087
Modo		5,00
Desvio Padrão		,68151
Mínimo		2,04
Máximo		5,00



## GC

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2,04	1	1,0	1,0	1,0
	2,09	1	1,0	1,0	2,0
	2,26	1	1,0	1,0	3,0
	2,43	1	1,0	1,0	4,0
	2,61	1	1,0	1,0	5,1
	2,74	1	1,0	1,0	6,1
	3,13	1	1,0	1,0	7,1
	3,57	1	1,0	1,0	8,1
	3,74	2	2,0	2,0	10,1
	3,83	2	2,0	2,0	12,1
	3,87	1	1,0	1,0	13,1
	3,91	2	2,0	2,0	15,2
	3,96	1	1,0	1,0	16,2
	4,00	3	3,0	3,0	19,2
	4,04	1	1,0	1,0	20,2
	4,09	5	5,1	5,1	25,3
	4,17	1	1,0	1,0	26,3
	4,26	2	2,0	2,0	28,3
	4,30	2	2,0	2,0	30,3
	4,35	6	6,1	6,1	36,4
	4,39	4	4,0	4,0	40,4
	4,43	2	2,0	2,0	42,4
	4,48	3	3,0	3,0	45,5
	4,52	4	4,0	4,0	49,5
	4,61	1	1,0	1,0	50,5
	4,65	1	1,0	1,0	51,5
	4,70	1	1,0	1,0	52,5
	4,74	3	3,0	3,0	55,6
	4,78	2	2,0	2,0	57,6
	4,83	4	4,0	4,0	61,6
	4,87	4	4,0	4,0	65,7
	4,96	8	8,1	8,1	73,7
	5,00	26	26,3	26,3	100,0

Total	99	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

	Idade			
	24 anos ou menos	25 a 35 anos	36 a 45 anos	mais de 45 anos
	Média	Média	Média	Média
GC	4,70	4,48	4,37	4,35

	Idade			
	24 anos ou menos	25 a 35 anos	36 a 45 anos	mais de 45 anos
	Média	Média	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,25	4,68	4,67	4,67

	Sexo	
	Feminino	Masculino
	Média	Média

	Sexo	
	Feminino	Masculino
	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,67	4,65

	Formação pós graduada	
	sim	não
	Média	Média
GC	4,56	4,36

	Formação pós graduada	
	sim	não
	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,78	4,59

	<b>tempo de exercício profissional</b>			
	igual ou inferior a 5 anos	de 6 a 10 anos	de 11 a 15 anos	superior a 15 anos
	Média	Média	Média	Média
GC	4,19	4,52	4,48	4,42

	<b>tempo de exercício profissional</b>			
	igual ou inferior a 5 anos	de 6 a 10 anos	de 11 a 15 anos	superior a 15 anos
	Média	Média	Média	Média
Autopercepção do enfermeiro perioperatório	4,46	4,72	4,68	4,68

## **Apêndice I – EORNA – Competências da Enfermagem Perioperatória**

# EORNA FRAMEWORK FOR PERIOPERATIVE NURSE COMPETENCIES

## General objective

Attaining the required competency level will enable the perioperative nurse to:

1. Provide quality care, in a safe manner whilst performing the following roles:
  - Circulating nurse;
  - Assistant to the anaesthetist or anaesthetic nurse (in some countries);
  - Scrub nurse;
  - Post anaesthetic care unit nurse;
  - Surgical Assistant (in some countries);
  - Hygiene management;
  - Pain management.

2. Operate in a multi-professional team.

3. Participate in quality assurance programs.

4. Organize and manage an Operating Room/Department. Partake in risk management strategies.

### Definition of perioperative nurse / circulating nurse

The professional perioperative nurse is one who has become an expert in one (or more) of the fields of perioperative nursing care. Perioperative nursing care is defined as nursing care delivered in the areas of preoperative, intraoperative and postoperative patient care.



www.eorna.eu

## Introduction

Perioperative Nursing is a specialist field but is also diverse and complex, having many sub-specialities within it. Perioperative nursing predominantly covers the nursing care in the areas of surgical intervention, anaesthesiology and post anaesthetic care. In some instances specialities such as ambulatory day care, endoscopy, sterilization, interventional radiology and pain management come under the umbrella of perioperative care. These diversities of roles pose a challenge in the development of competencies for the perioperative nurse. The aim of this document is to cover the common core specialities within provision of perioperative nursing. It is recognised that this document is not exhaustive and that many other opportunities/ experiences can afford the perioperative nurse valuable personal and professional developmental gains.

## Core domains of competencies for the perioperative nurse

CORE DOMAIN 1 PROFESSIONAL, LEGAL, ETHICAL PRACTICE	CORE DOMAIN 2 NURSING CARE AND PERIOPERATIVE PRACTICE	CORE DOMAIN 3 INTERPERSONAL, RELATIONSHIP AND COMMUNICATION	CORE DOMAIN 4 MANAGEMENT, MANAGEMENT AND LEADERSHIP SKILLS	CORE DOMAIN 5 EDUCATION AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT
<p>1.1 Provides in accordance with legislation and professional standards, a safe and effective perioperative care.</p> <p>1.2 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>1.3 Demonstrates and applies an acceptable understanding of ethical principles with one of the following: a) the patient, b) the patient's family, c) the other members of the care team, d) the other members of the care team, e) the other members of the care team, f) the other members of the care team, g) the other members of the care team, h) the other members of the care team, i) the other members of the care team, j) the other members of the care team, k) the other members of the care team, l) the other members of the care team, m) the other members of the care team, n) the other members of the care team, o) the other members of the care team, p) the other members of the care team, q) the other members of the care team, r) the other members of the care team, s) the other members of the care team, t) the other members of the care team, u) the other members of the care team, v) the other members of the care team, w) the other members of the care team, x) the other members of the care team, y) the other members of the care team, z) the other members of the care team.</p> <p>1.4 Assesses professional accountability.</p> <p>1.5 Works within the limits of own own scope of practice and knowledge base.</p> <p>1.6 Updates knowledge in relation to current practice and standards of care in order to maintain competency level.</p> <p>1.7 Takes personal accountability for own decisions and actions by ensuring that they are based on evidence and research.</p> <p>1.8 Holds appropriate concerns in relation to another's practice.</p> <p>1.9 Promotes the use and integrity of the perioperative nursing profession in relation to patients.</p>	<p>2.1 Delivers patient care integrating knowledge and evidence based practice.</p> <p>2.2 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>2.3 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>2.4 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>2.5 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>2.6 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p>	<p>3.1 Establishes and maintains effective interpersonal relationships with patients, families and colleagues.</p> <p>3.2 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>3.3 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>3.4 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>3.5 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p>	<p>4.1 Uses effective management and management skills in the provision of patient care.</p> <p>4.2 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>4.3 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>4.4 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>4.5 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p>	<p>5.1 Demonstrates a commitment to personal and professional development.</p> <p>5.2 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>5.3 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>5.4 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p> <p>5.5 Provides a safe and effective perioperative care, in accordance with the standards of the profession.</p>



**Competencies**  
For each core domain of the competency, the general aim, intended knowledge, intended performance criteria and intended performance outcomes have been identified. It will be a guide for the professionals.

## EORNA FRAMEWORK FOR PERIOPERATIVE NURSE COMPETENCIES

## Foreword

This tool is designed as a framework for the guidance and development of EORNA member perioperative nurses. It is accepted that some countries/ organisations will need to add or subtract from aspects of the framework to meet specific and customary needs. It is recognised that many perioperative nurses work in single specialty situations, for example: Anaesthetic Nursing, so therefore may not attain competency objectives of other domains identified in the framework. It is envisaged that the tool will be utilised by the organisations/individual EORNA members based on chosen perioperative career pathways and/or organisational needs. It is also anticipated that the content of this document will be incorporated into relevant perioperative nurse training programs.

## Concept

**COMPETENCE:** Competence being herewith defined as a combination of knowledge, skills and exposure in given situations in the perioperative nursing field.

*"Competence in the Operating Room represents the union of knowledge, skills and practices that are required for the performance of the functional contents of the perioperative nurse".* (Grandemann, 1995)

## Working areas

### OF PERIOPERATIVE NURSING INCLUDE:

- The ambulatory day surgery care
- The operating room
- Anaesthetic room
- The post anaesthetic care unit,
- The sterilisation department,
- In other fields (endoscopy, interventional - radiology, etc).

## Edition & Address

### Responsible editor:

For Educational Committee:  
Irina Antoniakou, president of EORNA  
Edition: April 2009  
Legal Dept: D2009/11.748/1

### Address of social seat of EORNA:

EORNA  
Dundalkilan, 19  
8270 Blankenberge  
Website:  
www.eorna.eu

## Competences: general aim & requires knowledge

General aim:	Requires knowledge of:
<p><b>PROFESSIONAL, LEGAL, ETHICAL PRACTICE</b></p> <p>The perioperative nurse analyses, understands and makes professional clinical judgment, upholds ethical practice, and maintains respect for the patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislation</li> <li>• Perioperative nursing</li> <li>• Professional ethics</li> <li>• Professional regulations</li> <li>• Policies and guidelines</li> </ul>
<p><b>NURSING CARE AND PERIOPERATIVE PRACTICE</b></p> <p>The perioperative nurse provides quality nursing care by the adoption of a holistic and individual approach to the patient in accordance with relevant legislation, policies and guidelines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Philosophical and perioperative nursing concepts;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing process and situational management in operating theatre</li> </ul> </li> <li>• Anatomy and physiology, pharmacology</li> <li>• Surgical and anaesthetic techniques</li> <li>• Principles of hospital hygiene, asepsis and sterilization                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environment conditions of the Operating Room</li> <li>- Ethics management</li> <li>- Pain management</li> <li>- Technology</li> </ul> </li> <li>• Waste management strategies</li> <li>• Risk management strategies</li> <li>• Specimen management</li> </ul>
<p><b>INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AND COMMUNICATION</b></p> <p>The perioperative nurse establishes an efficient communication system with the patient/family/significant others, the multidisciplinary team and other relevant departments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communications techniques</li> <li>• Nurturing respectful relationships (culture, religion, ...)</li> <li>• Psychological and communication skills</li> <li>• Health Education</li> <li>• Problem solving techniques</li> </ul>
<p><b>ORGANISATIONAL, MANAGEMENT AND LEADERSHIP SKILLS</b></p> <p>The perioperative nurse leads and manages a group of equals and other professionals, basing in mind the subsystem and the organization's purposes, and the results of the activity.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principles of organization, human resources, stress and conflict management</li> <li>• Perioperative nursing principles</li> <li>• Problem solving strategies</li> <li>• Financial/budgetary implications</li> <li>• Quality assurance auditing</li> <li>• Materials management</li> </ul>
<p><b>EDUCATION AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT</b></p> <p>To assist the perioperative nurses in building their professional portfolio, in order to personally develop and meet the knowledge and skill needs of a constantly evolving specialisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Team work</li> <li>• Self-learning</li> <li>• Development and personal growth</li> <li>• Communication and interpersonal relationships</li> <li>• Theories on self motivation and methods of self-respect</li> <li>• Foundations/ principles of the perioperative nursing practice</li> </ul>

### Educational committee

**EORNA**  
www.eorna.eu

### Membership of the Educational Committee

- Ora Levy – DAN NESSIM (PM) – Israel  
Chairperson of EC till May 2008
- Christine Wilkens – AESS – Belgium  
Chairperson of EC from May 2008
- Irit Antoniakou – SCORNA – Sweden  
(President of EORNA)
- Magdolna Eder – MMT – Hungary
- Emma Blaszczak – MMT, Hungary
- Beate M. Olavoy – MOUNT – Norway
- Maria José Dias Pinheiro – AESSOP – Portugal
- Peter Ebbecke – DEPA Bundesverband – Germany
- Jean-Jacques Gayraud – IMAGOTIE – France
- Asbjørn Gjelten – MOUNT – Norway
- Turid Grønhaug – MOUNT – Norway
- Andrea Gabányi – MMT – Hungary
- Kristín Gunnarsdóttir – SCORNA – Iceland
- Caroline Higgins – IMCO (Irish Nurses Organisation) – Ireland
- Lilian Krod – IVO – The Netherlands
- Ashour Kotejmasoudh – SCORNA – Iceland
- Manuel Valente – AESSOP – Portugal
- Marie Waide – IMCO (Irish Nurses Organisation) – Ireland