



Gestão de Conhecimento nas unidades de saúde: Política de Gestão de Conhecimento na Saúde Pública da Guiné-Bissau

Versão final após defesa

Júlio Vaz

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de unidades de saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Gonçalves Pinheiro

Fevereiro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Júlio Vaz, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M10043 de Gestão em Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 22/10/2024

Júlio Vaz

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus no serviço do meu povo, a Adende Gomes e Maria Vaz, a Iafan Vaz e Rita Gomes Vaz pelos contributos na concretização deste sonho, a Sanbonche Sanha Vaz, minha esposa, pela cooperação e a Enf^a. Rosário Athayde pelo acolhimento e apoio.

Agradecimentos

Foi concretizada uma etapa na minha vida a nível pessoal e a nível profissional, com uma boa intenção de poder fazer parte no desenvolvimento do meu país, Guiné-Bissau. E isto foi bem-sucedida graças a mão de todos que estiveram ao meu lado durante esta jornada.

Em primeiro lugar, agradeço a DEUS pela vida, saúde e força que me deu para chegar o fim desta etapa. Aos meus pais, por Deus confiar-lhes a minha vida nas suas mãos para me fazerem do homem que sou. Meu tio Louis Mendy e a Esmeralda Baticã, ao meu avô Vincent Bass (falecido ao meio desta caminhada) pelos apoios em todas etapas de estudo, a meus irmãos Maria Vaz, Iafan Vaz, Eugénia Vaz, meu cunhado Adende Gomes e Necas Fernandes pelos apoios e suporte na carreira estudantil, aos meus tios Augusto Mendes, Pedro Mendes e Mariano Mendes pelo apoio e acolhimento, aos colegas e amigos, Mendja M. Dias, Ivanilda Gomes, Baba M. Gonçalves, Isaías Lopes, Joaquim A. Chamare e a Enf^a. Rosário Athayde pelo acolhimento e apoio.

Ao meu orientador, professor Doutor Paulo Pinheiro, agradeço pela disponibilidade e todo o apoio durante a realização da investigação e a todos os docentes de Gestão em Unidades de Saúde da UBI pela troca de experiências e conhecimentos para que eu possa ter uma jornada concluída.

Gratidão!!!

Resumo

A mera existência de conhecimento na organização, como de saúde, não acrescenta nada a esta, se não for aplicada continuamente as práticas da sua gestão para que seja acessível e utilizado como um dos seus recursos mais importantes (Cruz & Ferreira, 2016). Este estudo tem como objetivo principal verificar a forma da aplicação de gestão de conhecimento em prática na organização da saúde pública da Guiné-Bissau. O estudo foi realizado com um grupo de gestores das instituições administrativas e de cuidados de saúde pública regionais e central. Tratou-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa que recorreu a técnica entrevista semiestruturada para obtenção dos dados e um guião de entrevista como instrumento de coleta de dados. De acordo com os resultados, a aplicação de gestão do conhecimento em prática em quatro instituições de saúde estudadas se acontece nas rotinas institucionais através do Ministério de Saúde e parceiros, gestores e colaboradores, mas gerida de uma forma inconsciente por gestores. Existem práticas de gestão do conhecimento do modelo de 5 práticas aplicado ao estudo nas instituições estudadas que se comportam a aquisição, a criação, o armazenamento, a partilha e a utilização do conhecimento. Os gestores nos cargos de gestão das instituições estudadas têm pouco contato (desconhecimento do contato) com as práticas de gestão do conhecimento do modelo das práticas referido anteriormente. A competência dos gestores para aplicação das PGC no que refere ao conhecimento e experiência na matéria de gestão e na saúde é pouca, apesar de boas atitudes que estes apresentam. Além de carências dos profissionais de cuidados de saúde especializados, também a falta de gestores profissionais especializados em saúde está evidente na gestão das instituições de saúde. O estudo contribuiu com a ligação dos gestores das instituições do estudo ao tema Gestão do Conhecimento, com o conhecimento das vantagens de aplicação das práticas de gestão do conhecimento para Unidades de Saúde da Guiné-Bissau e com o primeiro estudo sobre o tema na organização pública da saúde da Guiné-Bissau.

Palavras-chave: Gestão do conhecimento; práticas de gestão do conhecimento em saúde; melhores práticas; gestão em saúde; e sistema nacional de saúde da Guiné-Bissau

Abstract

The mere existence of knowledge in the organization, such as health, does not add anything to it, if its management practices are not continuously applied so that it is accessible and used as one of its most important resources (Cruz & Ferreira, 2016). This study's main objective is to verify how knowledge management is applied in practice in the public health organization in Guinea-Bissau. The study was conducted with a group of managers from regional and central administrative and public health care institutions. This was an exploratory study of a qualitative nature that used the semi-structured interview technique to obtain data and an interview guide as an instrument for collecting information. According to the results, the application of knowledge management in practice in four health institutions studied takes place in institutional routines through the Ministry of Health and partners, managers, and collaborators, but managed unconsciously by managers. There are knowledge management practices from the 5-practice model applied to study in the studied institutions that encompass the acquisition, creation, storage, sharing and use of knowledge. Managers in management positions at the institutions studied have little contact (lack of contact knowledge) with the knowledge management practices of the practice model mentioned above. The competence of managers to apply PGC in terms of knowledge and experience in management and health are few, despite their good attitudes. In addition to the lack of specialized health care professionals, the lack of professional managers specialized in health is also evident in the management of health institutions. The study contributed to connecting the managers of the study institutions to the topic of Knowledge Management, with knowledge of the advantages of applying knowledge management practices to Health Units in Guinea-Bissau and with the first study on the topic in the public organization of health in Guinea-Bissau.

Keywords: Knowledge management; health knowledge management practices; best practices; health management; and national health system of Guinea-Bissau

Índice

1-Introdução.....	1
2-Enquadramento Teórico	3
2.1 – Gestão do conhecimento	3
2.2 – Perfil do Gestor de unidade de saúde.....	4
2.2.1 – Competências do gestor de unidade de saúde	4
2.2.2 – Papel dos Líderes na Gestão do Conhecimento	7
2.3 – Práticas de Gestão do Conhecimento	7
2.3.1 – Práticas de Gestão do conhecimento em saúde.....	8
2.3.2 – Modelos de práticas de Gestão do Conhecimento	11
3 – Metodologia.....	17
3.1 – Objetivos do estudo	17
3.2 – Métodos de recolha dos dados	17
3.2.1 – Tipos de estudos.....	17
3.2.2 – População e amostra	18
3.2.3 – Instrumento de recolha de dados.....	19
3.2.4 – Recolha dos dados.....	19
3.2.5 – Análise de dados	20
4 – Apresentação e análise e discussão dos resultados	21
4.1 – Caracterização da amostra	21
4.2 – Verificação da aplicação das práticas de gestão de conhecimento pelas instituições de saúde	23
4.2.1 – Localização do conhecimento e identificação das áreas da necessidade	23
4.2.2 – Indicadores de práticas de armazenamento e partilha do conhecimento.....	25
4.2.3 – Indicadores de acesso a informações relevantes e conhecimentos-chave	28
4.2.5 – Relacionamento do gestor com as práticas de Gestão do Conhecimento	31
4.2.6 – Percurso académico e formações adicionais do gestor	34
4.2.7 – Experiência profissional do gestor	36
4.3 – Análise dos resultados.....	41
5 – Considerações finais.....	48
Referências	52
Apêndices.....	5859
Apêndice 1 - Guião de entrevistas	5859
Apêndice 2 – Entrevistas	590

Lista de figuras

Figura 1 – Dependência das práticas de gestão do conhecimento13

Lista das tabelas

Tabela 1 – Caraterização da amostra	22
Tabela 2 – Aquisição do conhecimento.....	24
Tabela 3 – Acesso a boas práticas e conhecimentos	27
Tabela 4 – Criação do conhecimento na saúde pública	30
Tabela 5 – Prática de Gestão do Conhecimento por parte dos gestores	34
Tabela 6 – Conhecimento académico do gestor.....	35
Tabela 7 – Tempo de trabalho como gestor.....	36
Tabela 8 – Motivação do funcionário na aplicação das práticas de gestão do conhecimento	41
Tabela 9 – Resumo geral de análise dos resultados	46

Lista de Acrónimos

E1, E2, etc.	Entrevistado 1, 2, etc.
EMI	Entraide Médicale Internationale
EPAP	Estatuto do pessoal da Administração Pública da Guiné-Bissau
GC	Gestão de Conhecimento
INASA	Instituto Nacional de Saúde
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGC	Práticas de Gestão de Conhecimento
PIMI	Programa Integrado de Redução da Mortalidade Materno-Infantil
PNDS	Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário
Q1, Q2, etc.	Questão 1, 2, etc.
Qs	Questões
SESI	Socialização, Externalização, Combinação e Internalização

1-Introdução

A política de saúde é desenhada pensando no consumidor final que pode ser um indivíduo, uma comunidade ou uma população de um país em geral, e a Guiné-Bissau como um país com o seu povo, não se exclui dessa regra. De modo que, a execução dessa política tem uma estreita ligação com as estruturas dirigidas para o serviço do indivíduo como as estruturas administrativas, preventivas e as promotoras dos cuidados de saúde. As estruturas, por sua vez, precisam de um conjunto dos recursos e meios na execução dos objetivos para atingir as metas estabelecidas pela política de saúde. Porém, o controlo e a organização efetivos deste recursos e meios para oferecer uma prestação de conta com qualidade em termos de serviços aos utentes, para qual foram estabelecidas as metas, precisa-se, igualmente, de um mecanismo chamado práticas de gestão do conhecimento. O estudo foi aplicado a quatro instituições administrativas da organização de saúde pública da Guiné-Bissau, nomeadamente, direção regional de saúde de Oio, direção do Hospital regional de Oio ambos em Mansoa, direção regional de saúde de Bafatá em Bafatá e direção do Hospital nacional Simão Mendes em Bissau.

A Gestão do Conhecimento (GC) melhora a qualidade de prestação de cuidados de saúde dos pacientes, tanto no plano económico quanto no atendimento, e ainda facilita o desenvolvimento das competências individuais e coletivas (Poleza, 2017). É importante o aprofundamento do conhecimento neste assunto por um gestor, em particular, em saúde em um país com o sistema de saúde precário como a Guiné-Bissau, para o planeamento das ações, observando os recursos disponíveis e necessários. Estas e outras, como a pouca/falta de literatura referente ao tema no país e em África e o pesquisador como profissional e funcionário da saúde pública, são as motivações para a escolha deste tema do estudo.

É importante discutir o tema pela estabilidade produtiva e económica que as suas práticas proporcionam as organizações de saúde. Imagine uma organização que não identifica o conhecimento existente e o necessário para execução dos seus planos, não preserva, não compartilha e nem utiliza o conhecimento existente para o desempenho organizacional e inovação, só arrisca sofrer a fraca produtividade e até a fuga dos quadros. No entanto, as práticas de gestão do conhecimento impactam positivamente na redução destes desafios de gestão contribuindo para a melhoria da qualidade dos recursos humanos em termos de aprendizagem, partilha e uso do conhecimento entre os funcionários, com consequências positivas no relacionamento destes (Poleza, 2017; Ayatollahi & Zeraatkar, 2020).

Para tal, o estudo definiu como objetivos o seguinte: objetivo geral – verificar como os gestores da Saúde Pública da Guiné-Bissau se aplicam em prática a gestão do conhecimento;

e objetivos específicos – Identificar as práticas de gestão do conhecimento existentes no Serviço Público da Saúde da Guiné-Bissau; Verificar a prática de gestão do conhecimento por parte dos gestores na Saúde Pública; Compreender as competências dos gestores na aplicação das práticas de GC em organização Pública da saúde Guiné-Bissau. Isto, na tentativa de responder questão do estudo “Como é que os gestores do Serviço Público da Saúde da Guiné-Bissau se colocam em prática a gestão do conhecimento”.

O presente estudo é constituído por 5 capítulos. O primeiro refere a introdução, na qual se observa a contextualização e a justificativa do tema e os objetivos do estudo. O segundo capítulo dedica-se ao enquadramento teórico, no qual, com a intenção de conhecer os outros trabalhos já realizados sobre o tema, foi abordado a gestão do conhecimento, o perfil do gestor e práticas de gestão do conhecimento e em particular, a sua importância para saúde. O terceiro, trata da metodologia aplicada ao estudo desde elaboração dos objetivos ao tratamento e análise dos resultados. O quarto, compõe o capítulo de tratamento, análise e discussão dos resultados obtidos. Por fim, o quinto capítulo inclui a conclusão, limitações e as sugestões para futuros trabalhos.

Adotou-se o método exploratório quanto ao tipo de estudo e o método qualitativo quanto a abordagem para realização desta pesquisa através de estudo de caso com aplicação do método entrevista como técnica de recolha dos dados, aplicado aos participantes administradores nas instituições administrativas de saúde envolvidas na pesquisa.

2-Enquadramento Teórico

2.1 – Gestão do conhecimento

O fato de o conhecimento ser um recurso muito indispensável para uma organização se afirmar diante dos concorrentes e para inovação e o desempenho organizacional, portanto, segundo Baldasso (2013), precisa ser gerenciado para que as organizações se tirem do seu proveito.

Donate & Pablo (2015), estudos recentes na literatura de economia e gestão estão a dar contributos para o desenvolvimento de uma teoria da empresa baseada no conhecimento. Portanto, a criação, integração e utilização do conhecimento são o objetivo principal da existência das empresas. Ainda o autor, visão baseada no conhecimento originou-se da visão baseada em recursos da empresa, que enfoca os ativos estratégicos como a principal fonte de vantagens competitiva, que, em retribuição, o conhecimento é o principal recurso estratégico, que quando bem administrado, permite à empresa criar valor a partir da exploração da prestação de serviço.

Os fatores tradicionais de produção já não respondem efetivamente as exigências da atual sociedade, com uma economia baseada na informação e no conhecimento. Diante disso, o conhecimento assume fator de inovação e de diferenciação das organizações, e como a principal fonte de vantagem competitiva sustentável, capaz de enfrentar os desafios da sociedade contemporânea (Cruz & Ferreira, 2016).

Castillo & Cazarini (2010) definiram o conhecimento como o conjunto de experiências, valores, informação contextual e perceções de especialistas que oferecem uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informação. Mas Popadiuk & Choo (2006) citaram que *“o conhecimento é uma crença verdadeira justificada que aumenta a capacidade de uma organização para uma ação eficaz”*.

Portanto, o conhecimento, conforme (Gonzalez & Martins, 2017) é um ativo que a organização desenvolve com o passar do tempo pela ação organizada de seus indivíduos dentro de um contexto que permeia a organização. Cabe à organização identificar tipos de conhecimentos e desenvolver um processo chamado de Gestão do Conhecimento (GC) a fim de gerenciar este ativo.

Girard et al., (2015), corroboram que a gestão do conhecimento se objetiva a dar suporte para a melhoria da tomada de decisões e inovação na organização, e Gonzalez & Martins, (2017) fazer ligação de pessoas para que pensem e ajam conjuntamente.

No ponto de vista de Ayatollahi & Zeraatkar (2020), a GC objetiva “*dar conhecimento certo às pessoas certas no momento certo para partilhar experiências e conhecimentos e melhorar a prestação de serviço das equipas*”, e Chang & Lin (2015) permitir a organização ter a consciência do seu conhecimento individual e coletivo para seu uso mais eficaz e eficiente.

A gestão do conhecimento é uma estratégia consciente, esperançosamente consistente, implementada para reunir, armazenar e recuperar conhecimento e, em seguida, ajudar a distribuí-lo para aqueles que precisam dele em tempo hábil (Girard et al., 2015). Na opinião de Cruz & Ferreira (2016), GC é a criação e o desenvolvimento das condições organizacionais internas que catalisam todos os processos relacionados com as práticas de gestão do conhecimento para alcançar os objetivos da organização.

Para adotar iniciativa de GC, Gonzalez & Martins (2017) referem que o conhecimento tácito e explícito devem ser entendidos profundamente e tratados de forma articulada e combinada, não valorizando apenas a parte explícita para não reduzir a empresa à GC dos procedimentos relacionados ao sistema de informação, para que a organização possa conquistar vantagens competitivas sustentáveis. Entretanto, tudo isso pode ser alcançado através da gestão eficaz da intuição humana e da experiência aumentada pelo fornecimento de conhecimentos, processos e tecnologia, juntamente com programas de treinamento e mentoria (Girard et al., 2015) .

A importância da GC para qualquer organização, é de identificar o conhecimento existente e que falta a frente dos desafios da organização, facilitar o acesso e a utilização do conhecimento que a organização possui e de facilitar a ligação entre os profissionais, administradores e outros parceiros para que pensem e ajam conjuntamente na consecução dos objetivos organizacionais.

2.2 – Perfil do Gestor de unidade de saúde

2.2.1 – Competências do gestor de unidade de saúde

Carvalho (2021) os hospitais são organizações prestadoras de serviços de saúde normalmente de grande dimensão, elevada complexidade e com um relevante papel social. Ainda o autor, internamente coexiste no hospital uma estrutura hierárquica médica e uma estrutura administrativa, pelo que a relação de poder é diferente da existente noutras empresas, e Sampaio (2014) com um amplo leque de profissionais com diversas formações,

tornando o universo da gestão em saúde uma atividade muito complexa e multidisciplinar, o que faz com que seja necessário o gestor saber coordenar prestações de serviços, perceber de alta tecnologia e conhecer os processos puramente administrativos.

A imagem do Hospital depende da eficiência e da excelência dos serviços oferecidos à sociedade, que depende de pessoas com suas competências, habilidades e atitudes, pois, para tornar a organização moderna, ágil, flexível, inovador e empreendedor (Grohmann et al., 2012).

A administração em saúde é entendida como um processo administrativo aplicado ao atendimento às demandas por cuidados médicos e de saúde, mediante a provisão de serviços a clientes individuais, organizações e comunidades. Esse tipo de administração apresenta características singulares, visto ser classificada como serviços e uma provisão de cuidados médicos, fruto do atendimento de saúde ao cliente (Chanes, 2006).

Grohmann et al. (2012) apontam que os profissionais que administram hospitais necessitam dominar conteúdos da área de gestão, mas também, conhecer (em profundidade) aspectos específicos de atendimento à saúde. Portanto, para tais profissionais não basta apenas um curso formal de administração ou um curso na área de saúde, são necessários ambos os conhecimentos.

Para Mateus et al. (2021, p. 46), o administrador hospitalar distingue-se pelo conhecimento técnico e especializado na área de gestão de organizações de saúde, aliado a saberes profundos nas áreas da saúde e é o responsável pela melhoria da capacidade de gestão, uso eficiente e efetivo dos recursos e manutenção da qualidade dos serviços.

Nesta mesma ordem de ideia, para boa prestação dos serviços de saúde, Sampaio (2014) reafirma que, a gestão hospitalar, para ter sucesso, precisa de um gestor com qualificação necessária ao cargo de gestor, referente a habilidades, conhecimentos e atitudes, culminando assim, o conhecimento da teoria com a prática. Pois, um gestor hospitalar com formação específica apresenta menos dificuldades para contornar os diferentes obstáculos que surgem nas atividades diárias.

Mateus et al., (2021) perfil do gestor deve sustentar-se num conjunto de competências de gestão e liderança diversificado, por forma a adequar-se ao clima de mudança e incerteza. Augusto & Rodrigues (2014) e Mateus et al., (2021), as competências constituem um conjunto de comportamentos capazes de integrar, mobilizar, transferir conhecimentos, habilidades, julgamentos ou atitudes, que acrescentem valor económico à organização e valor social ao colaborador.

E assim, Mateus et al. (2021) definiram a competência como a qualidade que determinado indivíduo possui, reconhecido pelos pares, bem como as características individuais essenciais para o desempenho profissional na forma de conhecimentos, habilidades ou atitudes. No entanto, estas características são interdependentes e necessárias à consecução de um determinado propósito (Grohmann et al., 2012).

Sampaio (2014), durante um estudo de caso realizado em Agrupamentos de Centros de Saúde de Almada-Seixal e de Sintra em Portugal, afirma perante os resultados obtidos, que a característica de um gestor foi associada à experiência, ou seja, um gestor de uma unidade de saúde necessita de ter formação e experiência na área da Saúde, bem como, formação e experiência na área da Gestão.

Vários estudos, como por exemplo: Augusto & Rodrigues, Sampaio, (2014); Mateus et al., (2021); e Grohmann et al., (2012), concordam com ideia de que experiência/habilidade profissional, conhecimento/formação profissional e atitudes/personalidade constituem a característica do perfil do gestor em saúde.

Além destas componentes da competência, outros elementos associados ao perfil do gestor no desempenho das suas atividades foram evidenciados por alguns estudiosos. Segundo Chiavenato (1983, p.73) as cinco funções clássicas de Fayal que o gestor deve desempenhar dentro de uma estrutura organizacional foram as seguintes:

- Prever e planear – consiste em visualizar o futuro e traçar programa de ação em função dele.
- Organizar – consiste em constituir duplo organismo, o material e o social da empresa.
- Comandar – Dirigir e orientar o funcionamento da organização.
- Coordenar – consiste em unir e harmonizar os atos e esforços coletivos, para facilitar o seu trabalho e o seu sucesso.
- Controlar – Consiste em verificar se as normas e regras estabelecidas estão sendo seguidas, para identificar as falhas de maneira a retificá-las e evitar a repetição das mesmas.

A estas funções clássicas de Fayal, Nelson & Economy (2005), acrescentaram quatro outras novas funções de gestão que um gestor deve desempenhar, que são (pp. 20-25):

- Estimular – esta função é de encorajar e inspirar as pessoas. Criar muito mais energia nos colaboradores do que consumir.
- Atribuir poderes – esta, constitui uma função vital da gestão, pois não se consegue alcançar o sucesso sozinho.

- Apoiar – o trabalho do gestor é de tornar-se em um formador, colega e apoiante dos funcionários, no qual cria um ambiente de trabalho mais solidário e de confiança em toda a organização que permitam a cada funcionário sentir-se valorizado e ser mais produtivo.
- Comunicação – esta é uma função essencial dos gestores, pelo poder que as informações têm hoje, devendo ser comunicadas aos funcionários numa velocidade correspondente ao nível de negócios.

2.2.2 – Papel dos Líderes na Gestão do Conhecimento

A liderança ou alta administração desempenha um papel fundamental para o sucesso da implementação da GC nas organizações públicas. É ela que deve dirigir o esforço de implementação da GC, apresentar e reforçar a visão e as estratégias que devem estar alinhadas com os direcionadores estratégicos da organização (Batista, 2012).

De acordo com os resultados, no processo de implementação da GC, os líderes têm um papel excepcional na melhoria do processo de descoberta e disseminação do conhecimento na organização e no incentivo aos empregados para aceitarem a cultura de partilha de conhecimento. A presença de excelentes líderes é um dos principais fatores necessários para a implementação bem-sucedida da GC (Ayatollahi & Zeraatkar, 2020).

Quanto a isso, Lindner & Wald (2011) concordam que os líderes devem atuar como consultores para que os funcionários da empresa sejam capazes de reconhecer como seu trabalho e iniciativas de GC contribuem para garantir a comunicação sem barreiras, que é essencial para que os gerentes mostrem claramente as expectativas da instituição em relação ao seu trabalho e enfatizem a importância das iniciativas de GC aos funcionários.

Uma cultura de confiança mútua e compreensão das vantagens pessoais e organizacionais de práticas de gestão do conhecimento é uma condição prévia para facilitar a atividade dos seus potenciais utilizadores (Lindner & Wald, 2011). Gholami et al. (2013) asseguram que os gestores devem perceber que as práticas de GC podem aumentar a produtividade, desempenho financeiro, desempenho do pessoal, inovação, relações de trabalho e satisfação do paciente, como os seus benefícios.

2.3 – Práticas de Gestão do Conhecimento

Tendo em conta os recursos intangíveis controlados por uma organização são um fator primordial na determinação de seu potencial de produção, são necessários os meios pelos

quais eles são controlados e gerenciados. Esses mecanismos podem ser chamados de práticas de gestão do conhecimento, que se referem aos aspetos da organização que podem ser manipulados e controlados por atividades de gestão conscientes e intencionais (Kianto et al., 2014).

No entanto, Mahmoudsalehi et al., (2012) definem as práticas de Gestão Conhecimento (PCG) como atividades presentes em uma organização que estão relacionadas com GC, Inkinen et al. (2015) que permitem à empresa fornecer valor a partir dos seus ativos baseados no conhecimento.

O trabalho de Inkinen et al. em 2015 identificou quatro dimensões-chave da prática de GC: a capacidade de localizar e partilhar conhecimentos existentes; a capacidade de experimentar e criar novos conhecimentos; uma cultura que encoraja a criação e partilha de conhecimentos; e uma consideração pelo valor estratégico do conhecimento e aprendizagem (Inkinen et al., 2015).

Ramachandran et al. (2013) na sua abordagem, apoiaram que implementação destas práticas é sustentada por uma série de facilitadores estratégicos chave, tais como estratégia e liderança, cultura organizacional, Tecnologia de Informação e medição de desempenho. No seu conjunto, a gestão das práticas de conhecimento e a presença dos principais facilitadores estratégicos de GC são vitais para assegurar a implementação bem-sucedida da GC. Gholami et al. (2013), os autores concluíram que a melhoria das PGC pode desempenhar um papel significativo na melhoria do desempenho organizacional. Kianto et al. (2014) quanto mais fortes as PGC melhor ajudam a alavancar os efeitos potenciais de desempenho do capital intelectual ao longo do tempo.

2.3.1 – Práticas de Gestão do conhecimento em saúde

Objetivos para existência de uma empresa/instituição de saúde insere-se em oferecer a qualidade dos cuidados de saúde e cuidados continuados aos pacientes e um atendimento especializado, que requerem conhecimentos profissionalizados do conjunto dos profissionais que a compõe, que representa uma complexidade enorme para o sistema de gestão das empresas de saúde.

Entretanto, para Ayatollahi & Zeraatkar (2020), a GC foi conhecida como uma nova disciplina durante os anos 80, com conceito atualizado no início da década de 90, as organizações começaram a alinhar indivíduos, processos e tecnologias, para que pudessem criar, capturar, partilhar e utilizar com sucesso o conhecimento tradicional.

Mais tarde, no início do século XXI, o sector de saúde começou a concentrar-se na gestão sistemática do conhecimento, e tem sido considerada uma das ferramentas importantes no setor para reduzir a utilização de recursos e melhorar os cuidados aos pacientes, com potencialidades para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde com melhores resultados (Ayatollahi & Zeraatkar, 2020). Cruz & Ferreira (2016), esse interesse pela GC nas organizações de saúde veio da relação entre gestão do conhecimento e o desempenho organizacional, em virtude da necessidade de desenvolverem vantagens competitivas que sejam sustentáveis a longo prazo.

O estudo de Popa et al., (2018), citou que, em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) especificou os objetivos da estratégia de gestão do conhecimento, focando-se em três áreas principais: i) reforçar os sistemas de saúde dos países através de uma melhor gestão do conhecimento; ii) estabelecer a GC na saúde pública; e iii) permitir à OMS tornar-se em uma melhor organização de aprendizagem através da melhoria do acesso à informação mundial em matéria de saúde; tradução do conhecimento em política e ação; criação de um ambiente favorável; partilha e reaplicação dos conhecimentos de experiências passadas; e desenvolvimento da e-Saúde nos países. Esta preocupação da OMS prende-se, segundo El Morr & Subercaze (2005), na complexidade do sistema de saúde caracterizado por vários parceiros que trabalham em diversos domínios com a necessidade de colaborarem a fim de prestar cuidados a um ser humano.

Para isso, esta complexidade e os desafios do sector dos cuidados de saúde podem ser abordados através da adoção de estratégias de GC, porém, a sua utilização promete melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes, proporcionando-lhes uma continuidade dos cuidados e, igualmente, permitirá aos parceiros de cuidados de saúde, como profissionais e administradores, conduzir uma prática baseada em provas e colaborar com base nos melhores conhecimentos disponíveis (El Morr & Subercaze, 2005).

Entretanto, Ayatollahi & Zeraatkar (2020) afirmam que a gestão do conhecimento na saúde é a arte de transformar informação e bens intelectuais em valor duradouro para o cliente de uma organização de cuidados de saúde e para a sua força de trabalho, (El Morr & Subercaze, 2005), com o objetivo de transformar organização de saúde em uma organização de aprendizagem capaz de gerar novos conhecimentos, criar conhecimento e basear as ações organizacionais em conhecimento.

Os desafios que os cuidados de saúde apresentam ao setor dos cuidados de saúde reconhecidos por (El Morr & Subercaze, 2005; Cruz & Perreira, 2016), tais como a complexidade do sistema, o impacto dos erros médicos, o crescimento substancial do conhecimento na área médica e um aumento do custo dos cuidados de saúde, além de

elevados investimentos em tecnologia, facilita Cruz & Ferreira (2016) a concordarem com a adoção e implementação de programas de GC no setor da saúde, concretamente nas instituições prestadoras de cuidados, prevendo que se forem bem implementados transformarão o sistema de prestação de cuidados de saúde, a curto e médio prazo, num recurso público rentável com várias vantagens (Cruz & Ferreira, 2016).

2.3.1.1 – As vantagens das práticas de Gestão do Conhecimento em saúde

A utilização de sistemas de GC que apoiam a tomada de decisões em protocolos de prescrição de medicamentos e gestão de doenças, teria um impacto positivo na prestação de cuidados de saúde, uma vez que permite a diminuição ou eliminação dos efeitos adversos dos medicamentos, dos erros médicos e dos custos dos cuidados resultante de erros médicos (El Morr & Subercaze, 2005).

A transformação da Gestão do Conhecimento em recurso estratégico para a vida das instituições de saúde e das pessoas que nelas trabalham, permitiu aos autores citar uma série de vantagens que a sua prática oferece às organizações de saúde (Poleza, 2017; Ayatollahi & Zeraatkar, 2020):

a) redução de erros médicos e custos – a tomada de decisão baseada em conhecimento difundido entre os profissionais diminui erros nas intervenções terapêuticas e, conseqüentemente, reduz custos das atividades administrativas; b) cooperação e inovação – mecanismos de partilha de conhecimento e sistemas de GC favorecem o processo de cooperação entre profissionais da equipe multidisciplinar, e a cooperação, por sua vez, favorece a qualidade dos serviços prestados, minimiza erros médicos e oportuna a inovação; c) qualidade – a adoção de práticas de GC é capaz de melhorar a eficiência do trabalho nas estratégias administrativas e na prestação de serviços aos pacientes; e d) organização do conhecimento e aprendizagem organizacional – que o conhecimento esteja disponível para acesso quando necessário para os gestores da organização e para os profissionais que atuam no atendimento ao paciente.

Estas e outras são das muitas razões para a implementação da gestão do conhecimento na saúde, principalmente nas instituições dos cuidados de saúde para melhorar a segurança dos pacientes, apoiar os processos de cuidados, reduzir os custos e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, além da melhoria dos conhecimentos dos profissionais (Ayatollahi & Zeraatkar, 2020).

2.3.2 – Modelos de práticas de Gestão do Conhecimento

Ao longo do estudo, observa-se que existem vários trabalhos científicos com diferentes modelos de práticas de GC conceituadas e utilizadas de maneiras diferentes, a destacar, o estudo de Batista et al., (2007), que apontou 27 PGC classificadas em 3 categorias:

- i) Práticas relacionadas à gestão de recursos humanos - Fóruns (presenciais e virtuais) /listas de discussão, Educação corporativa, Comunidades de prática ou comunidades de conhecimento, Universidade corporativa, Narrativas, Mentoring e coaching;
- ii) Práticas relacionadas a processos facilitadores da gestão do conhecimento - Melhores práticas, Benchmarking, Mapeamento do conhecimento, Sistemas de inteligência organizacional, Sistema de gestão por competências, Banco de competências organizacionais, Banco de competências individuais, Memória organizacional, Gestão do capital intelectual; e
- iii) Práticas relacionadas à base tecnológica e funcional de suporte à gestão do conhecimento - Ferramentas de colaboração como portais, intranets e extranets; Sistemas de workflow; Gestão de conteúdo; Gestão Eletrônica de Documentos; Data Warehouse; Data Mining; Customer Relationship Management; Balanced Scorecard; Decision Support System; Enterprise Resource Planning; e Key Performance Indicator.

E um outro estudo destacado, como destes autores, Kianto et al. (2014), identificou várias práticas-chave de GC que as organizações usam para alavancar seus ativos de Capital Intelectual, como por exemplo: 1) Práticas de gestão do conhecimento estratégico; 2) arranjos estruturais organizacionais; 3) compartilhamento de conhecimento e cultura amigável de criação; 4) práticas de tecnologia da informação e comunicação (TIC), 5) mecanismos de aprendizagem, 6) práticas de gestão de recursos humanos (GRH) focadas em práticas de conhecimento; e 7) práticas e mecanismos de proteção de conhecimento.

No entanto, observados diferentes modelos de práticas de GC, este trabalho adotou-se o modelo adaptado por Gholami et al. (2013), que comporta 5 PGC, tais como, criação, aquisição, partilha, armazenamento e implementação de conhecimento. Este conjunto de práticas, segundo o autor, além de ser o mais aplicado com frequência na avaliação das PGC, tem um papel crítico na obtenção de alto nível de produtividade, desempenho financeiro e de recursos humanos e na melhoria da vantagem competitiva sustentável.

O modelo é apoiado por vários estudiosos (por exemplo: Chang & Lin, 2015; Gonzalez & Martins, 2017; Gonzalez et al., 2018; Poleza, 2017; Ramachandran et al., 2013; Badimo & Buckley, 2014) que adotaram maioria das suas práticas nos seus trabalhos.

Adotou-se o modelo para imprimir uma cultura de gestão voltada a melhoria do desempenho financeiro, desempenho de recursos humanos e a melhoria do ambiente organizacional nas instituições públicas de saúde da Guiné-Bissau a partir das instituições administrativas, para a qualidade de prestação de serviço que irá refletir na satisfação de utente e de funcionário e na vantagem competitiva sustentável no mercado. Além do mais, o modelo foi considerado o mais simples pela possibilidade de ser aplicado em todos os lugares como nos países em desenvolvimento, por não exigir alta tecnologia.

As práticas deste modelo têm uma dependência entre si, em que cada uma pode facilitar a tarefa de uma outra ou mais, conforme os trabalhos de vários estudiosos (Batista, 2012; Gonzalez & Martins, 2017; Badimo & Buckley, 2014; Poleza, 2017). Essa relação recíproca das práticas deste modelo está representada na figura 1. Senão, vejamos:

1. Na aquisição, o conhecimento que deve ser criado é identificado, que depois de criado, deve ser armazenado para o acesso e partilha entre os trabalhadores ou organizações e deve ser aplicado no atendimento dos utentes (Badimo & Buckley, 2014),
2. Gonzalez & Martins, (2017) o novo conhecimento precisa ser incorporado na base de dados da organização para que não seja esquecido, precisa ser trocado entre os membros de grupo ou grupos e estar presente no atendimento das necessidades, como fim da sua criação, e se não for criado não será acessível ou localizado.
3. Base de dados de conhecimento e potencialidades da organização de fácil acesso, facilita partilha e utilização do conhecimento e boas práticas no meio organizacional (Batista, 2012), e além de favorecer a autoaprendizagem, também permite identificar conhecimento para certas tomadas de decisão (Poleza, 2017).
4. Troca de conhecimento e boas práticas individuais ou de equipas leva as pessoas a ter novo conhecimento e experiência, melhora tomada de decisão e prestação de serviço, permite retenção do conhecimento-chave pelos indivíduos e grupos, assim como identificação de pessoas, grupo ou instituições de conhecimento (Batista, 2012).
5. A pessoa ou instituição que responde às necessidades dos utentes é identificada como solução dos problemas pelos outros indivíduos, equipas ou organizações. Assim, o problema resolvido com aplicação de conhecimento, não só constrói e armazena novo conhecimento nos outros, mas também, permite o acesso a esse conhecimento na prática, como no caso do Hospital Clínico de Porto Alegre (Batista, 2012).

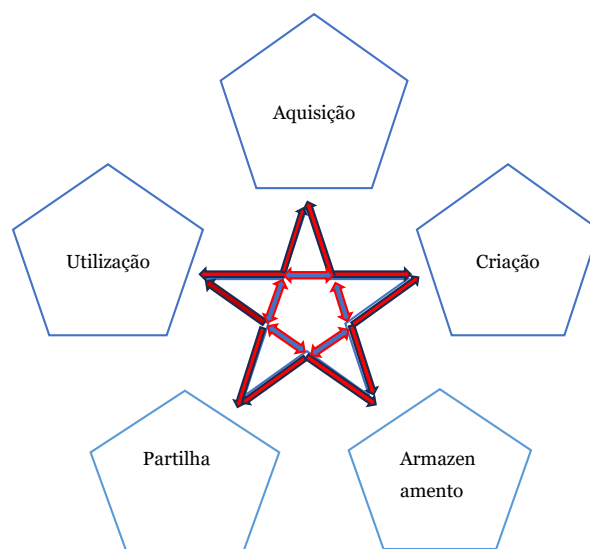


Figura 1 – Dependência das práticas de gestão do conhecimento

Fonte: Elaboração própria, baseada em informações de Gholami et al. (2013)

A figura 1 nos mostra que cada uma das práticas tem relação com as restantes do grupo, ou seja, cada uma satisfaz a sua necessidade nas outras, no seu cumprimento, como os 5 pontos anteriores nos descrevem. Outrossim, a figura permitiu o estudo denominar este modelo de “o pentágono de Gholami et al.2013” (o modelo de 5 práticas de gestão de conhecimento de Gholami).

A efetivação do modelo das 5 PGC requer ações organizacionais que vão de encontro com os objetivos de cada prática, como se descreve nas subseções seguintes.

2.3.2.1 – Criação do conhecimento

No ponto de vista de Chang & Lin (2015), a criação de conhecimento envolve o desenvolvimento de novos conteúdos ou a substituição de conteúdo existente no âmbito do conhecimento tácito e explícito da organização, através dos processos colaborativos e cognitivos dos indivíduos. O conhecimento é gerado através de novas formas de desenvolver o trabalho pelos empregados ou é trazido por fontes externas para dentro (Ramachandran et al., 2013).

Para Popescu et al. (2018) a criação do conhecimento foca-se nos quatro modos de contínua conversão entre o conhecimento tácito e explícito, referindo o modelo SECI de Nonaka e Takeuchi, tais como:

- Socialização – partilha de conhecimentos por comunicação direta entre indivíduos, face a face ou por interações sociais típicas, com garantia do alcance de um entendimento mútuo através da partilha de modelos mentais, formação entre colegas, tutoria, etc.;
- Externalização, torna visível o conhecimento implícito e o traduz em explícito, na forma de metáforas e analogias, conceitos, hipóteses ou modelos para mais facilidade de assimilação pelos indivíduos, e o conhecimento, uma vez externalizado torna-se tangível e permanente, disponível para ser partilhado e amplamente utilizado mais fácil na organização;
- Combinação, é o processo que consiste na composição ou integração das partes do conhecimento explícito em uma nova forma, para gerar uma nova combinação ou representação do conhecimento existente, ou seja, seleção e sistematização dos conceitos em um sistema de conhecimento com outra configuração; e
- Internalização, que consiste na incorporação de comportamentos recentemente adquiridos ou modelos mentais modificados pelo conhecimento e/ou aprendizagem na própria base de conhecimentos de cada indivíduo, que ocorre muitas vezes com base no princípio de aprender por fazer. Este nível transforma ou integra os conhecimentos e experiências partilhados em modelos mentais individuais, e o novo conhecimento incorporado é utilizado pelos indivíduos, eles entendem, aprendem e agem de acordo com este, conduzindo mudanças na forma de realizar as tarefas e no desempenho.

2.3.2.2 – Aquisição do conhecimento

A aquisição facilita a criação de conhecimento tácito e explícito nos indivíduos dentro da organização por um processo de aprendizagem, assim como a identificação e absorção de conhecimento externo à empresa. Este processo relaciona-se com o estímulo organizacional em torno da aprendizagem dos indivíduos, que torne a firma apta em integrar, construir e reconfigurar suas competências internas (Gonzalez et al., 2018).

A aquisição de conhecimento permite identificar os conhecimentos críticos que devem ser capturados e criados (Badimo & Buckley, 2014), ou carência de competências e traçar planos para eliminá-la ou minimizá-la, assim como ter lista de competências existentes, facilitar planeamento do futuro da organização, facilitar o funcionamento de outras práticas de GC, entre outros (Giacobbo, 2005).

A aquisição de conhecimento está focada:

- ao desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem, à contratação de novos funcionários que representem novos conhecimentos, a parcerias com outras organizações e/ou com instituições de conhecimento e à aquisição de patentes (Gonzalez & Martins, 2017);
- à identificação dos conhecimentos que devem ser criados e das potencialidades não aproveitadas dentro da organização, através do mapeamento das competências (Giacobbo, 2005);
- a acordos de cooperação com outras organizações e instituições do conhecimento, manter contato com os profissionais, à experimentação continua de novas ideias e abordagens, etc., (Cunha et al., 2019. p. 141).

2.3.2.3 – Partilha do conhecimento

Ramachandran et al. (2013) a partilha refere-se a transferência de conhecimentos organizacionais, que implica a personalização do conhecimento e a sua distribuição em formato útil para satisfazer as necessidades específicas dos utilizadores, Chang & Lin (2015), nos locais onde é necessário e pode ser utilizado, que, Gholami et al. (2013), ocorre de pessoa para outra, pessoas para grupos, ou de uma organização para outra.

Gonzalez et al. (2018), na partilha do conhecimento, novas informações de diferentes origens são partilhadas e podem originar novo conhecimento, entendimento e nova informação, Ayatollahi & Zeraatkar (2020) o que requer uma cultura organizacional que encoraje uma comunicação transparente e aberta entre os funcionários para uma maior colaboração neste processo.

A partilha de conhecimento aplica-se à acessibilidade dos funcionários a conhecimento (lições aprendidas e boas práticas) retido na memória organizacional, desenvolvimento de trabalho em grupos e de comunidades de prática e troca de conhecimento especializado entre indivíduos (Gonzalez & Martins, 2017).

2.3.2.4 – Armazenamento do conhecimento

O armazenamento do conhecimento refere-se ao processo de formação de memória organizacional, por onde o conhecimento é formalmente armazenado em sistemas físicos de memória e retido de uma maneira informal na forma de valores, normas e crenças, que se associam à cultura e estrutura organizacional (Gonzalez et al., 2018).

Ramachandran et al. (2013) o conhecimento é codificado e armazenado num formato razoável para que os outros na organização possam ter acesso ao mesmo, o processo que pode ser apoiado pela gestão de bases de dados e as tecnologias de armazenamento de

dados. As organizações devem organizar e estruturar o conhecimento, para mais facilidade ao acesso e a distribuição intra-organizacional (Chang & Lin, 2015).

O armazenamento do conhecimento aplica-se em identificação e cadastramento das lições aprendidas e melhores práticas, incorporação do conhecimento adquirido em procedimentos e regras da organização, retenção de indivíduos (repositório de conhecimento tácito) e o desenvolvimento de uma cultura organizacional que represente os valores e crenças da empresa (Gonzalez & Martins, 2017).

2.3.2.5 – Implementação do conhecimento

Isto significa, Gholami et al., (2013) a aplicação dos conhecimentos existentes para a tomada de decisões, a melhoria do desempenho e a realização de objetivos, e o conhecimento organizacional deve ser utilizado nos serviços e processos da organização.

Por conseguinte, a utilização do conhecimento se associa a habilidade dos indivíduos de uma organização em localizar, consultar e utilizar o conhecimento armazenado nos sistemas de memória da organização. O conhecimento deve ser utilizado como base para o desenvolvimento de novos conhecimentos e como base para as tomadas de decisões, para melhorias (Gonzalez et al., 2018), para ajustar a direção estratégica, resolver novos problemas, melhorar a eficiência e reduzir os custos (Chang & Lin, 2015).

A implementação do conhecimento aplica-se em criação de equipes de resolução de problemas, desenvolvimento de atividades de aperfeiçoamento de serviços e processos e em utilização de procedimentos e instruções que incorporem as melhores práticas e lições aprendidas (Gonzalez & Martins, 2017).

3 – Metodologia

A execução deste estudo conta com duas etapas importantes para sua realização, sendo a 1ª etapa, a revisão da literatura baseada em outros registos escritos que já foram recolhidos a partir de fontes primárias e trabalhados por outros estudiosos, chamados fontes secundárias, e a 2ª etapa – coleta de dados pelo investigador com próprios instrumentos, dentro da realidade, chamada de fontes primárias (Vilelas, 2017. p.289).

3.1 – Objetivos do estudo

O estudo conta com objetivo geral, que é, verificar como os gestores do Serviço Público da Saúde da Guiné-Bissau se aplicam em prática a gestão do conhecimento, e objetivos específicos, que são:

- Identificar as práticas de gestão do conhecimento existentes na Saúde Pública da Guiné-Bissau;
- Verificar a prática de gestão do conhecimento por parte dos gestores na Saúde Pública;
- Compreender as competências dos gestores na aplicação das práticas de GC em organização da saúde pública da Guiné-Bissau.

3.2 – Métodos de recolha dos dados

3.2.1 – Tipos de estudos

O tipo de estudo, para alcançar objetivos traçados, trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, e através de entrevista, permitiu verificar a aplicação prática de gestão do conhecimento por parte dos gestores do Serviço Público da Saúde da Guiné-Bissau. Prodanov & Freitas (2013) a pesquisa exploratória consiste em observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registo de variáveis que presumimos relevantes, para analisá-los, e Fontelles et al. (2009) visa a uma primeira aproximação do pesquisador com o tema, para torná-lo mais familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado.

3.2.2 – População e amostra

A pesquisa foi realizada no Serviço Público da Saúde da Guiné-Bissau (com gestores de instituições administrativas), que inclui direções regionais de saúde e hospitais de referência do país. As direções regionais são de caráter administrativo com serviços administrativos, como o caráter indica, servindo de intermediárias entre o nível central e as estruturas sanitárias regionais. Enquanto os hospitais de referência são de caráter de prestação dos cuidados clínicos à população, também, com serviços administrativos. Portanto, todos os administradores/gestores afetos a estas estruturas constituem a população deste estudo. Vilelas (2017. p. 143) uma população de estudo é composta pelos indivíduos com uma ou mais características comuns e que se encontram num mesmo espaço ou território conhecido, nos quais se desejam investigar algumas propriedades. É impossível estudar uma população com um número elevado de pessoas, a razão de as pesquisas sociais trabalharem com amostras (Prodanov & Freitas, 2013).

O estudo foi centrado em quatro administrações desta organização, nomeadamente, administração da região sanitária E.a, administração da região sanitária E.b, do Hospital E.c, e administração do Hospital E.d, tratando, assim, dos seus quatro administradores como parte representativa (amostra) do universo para o estudo. Amostra é uma parte que representa o conjunto de toda população (Prodanov & Freitas, 2013). Vilelas (2017. p. 143) afirma que as amostras nos dão a possibilidade de obter conclusões semelhantes às que chegaríamos com o estudo do total da população.

Entretanto, esta pesquisa adotou a amostra não-probabilística intencional. De maneira que, o investigador escolheu quatro pontos de realização da investigação, dos quais, achou poder encontrar os participantes com características pertinentes para o estudo. E foi assim, os que estiveram nestes cargos durante o estudo foram participantes do estudo. Vilelas (2017. p.146) a mostra intencional é uma amostra em que não se escolhe as suas unidades do modo totalmente arbitrário, mas se pode designar algumas características consideradas relevantes para a pesquisa. Ainda o autor, apesar de a possibilidade de generalizar resultados destas amostras ser nula, são muito uteis e utilizadas nas investigações qualitativas. A opção por estas instituições deve-se ao facto de serem instituições de ligação entre o nível administrativo central e os níveis de prestação de cuidados de saúde, onde tem maior necessidade de aplicação do conhecimento para o atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos.

3.2.3 – Instrumento de recolha de dados

De acordo com o tipo de estudo aplicado nesta pesquisa, utilizou a técnica entrevista para colher dados. A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta de dados qualitativos, que os investigadores aplicam para compreender o processo do pensamento interno de as pessoas se comportarem de determinada maneira (Dias & Gomes, 2019). A entrevista pode ser pessoal, por telefónica (Kothary, 1990), e Dias & Gomes (2019) por correio eletrónico e chat rooms (“salas de conversa”) na internet. Este último autor classificou a entrevista em: não estruturada, semiestruturada e estruturada.

O estudo aplicou a entrevista semiestruturada para recolha dos dados, por ser a mais utilizada na investigação qualitativa (Resende, 2016), o tipo constituído por um guião com perguntas descritivas para descoberta dos significados dos comportamentos das pessoas de determinados meios culturais (Vilelas, 2017. p.307).

A realização da entrevista semiestruturada foi mediante a um guião de entrevista, elaborado com base no estudo de Batista intitulado “Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira: Como implementar a Gestão do Conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão” (Batista, 2012), adaptado a objetivos de estudo com 15 questões abertas, com vista a explorar com maior profundidade as opiniões e os conhecimentos dos colaboradores relativamente à gestão de conhecimento nas instituições de saúde pública. O guião apresenta, na sua primeira parte, as questões referentes a responder ao objetivo geral do trabalho, subdivididas em três grupos de acordo com os objetivos específicos (anexo 1), a saber: i) grupo de identificação das PGC existentes nas instituições de saúde pública, com 5 questões; ii) grupo de verificação da prática de GC pelos gestores, com 3 questões; e iii) compreensão da competência do gestor na aplicação das PGC, 7 questões. A segunda parte apresenta os dados como a idade, sexo e a instituição anterior do gestor. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada entrevistado, e os dados foram confidenciais, assim como as identidades não foram reveladas.

3.2.4 – Recolha dos dados

Na coleta dos dados primários o cumprimento com os procedimentos legais e éticos era necessário, estabelecendo contacto a primeira com as instituições dos participantes no estudo, pelo envio das cartas a suas direções, conforme anexo 2, no sentido de dar conhecimento e pedir a autorização para realização das entrevistas com os seus colaboradores. As cartas foram acompanhadas do projeto de estudo para clarificar o âmbito e o objetivo do estudo e como realizar a coleta de dados. Os contatos com os participantes foram efetuados pelas chamadas através da rede social WhatsApp depois das respetivas

autorizações pelas instituições, comunicando-lhes das suas participações no estudo com esclarecimentos dos objetivos, procedimentos e técnica, a confidencialidade de informações e o anonimato no estudo, para uma aceitação por parte deles e planejar as datas e horários para o efeito.

Os trabalhos começaram com a realização de duas entrevistas piloto que servem para testar a ferramenta de trabalho, a fim de poder verificar a melhoria necessária da ferramenta, em que se verificou a necessidade de reduzir o número de amostra, de 5 para 4, devido ao elevado tempo de entrevista. Entretanto, as entrevistas foram realizadas online por meio da plataforma de reuniões, “Google Meet”, e todas foram gravadas, com a permissão prévia dos participantes, com ajuda de um telefone smart-phone, para melhor captação das informações. O tempo médio de entrevistas é de 53 minutos e decorreram entre o mês de agosto e outubro de 2022.

As entrevistas online apresentam também vantagens e desvantagens. Rodrigues et al. (2015) apontam como:

- a vantagem – a redução dos custos das pesquisas, redução do tempo de coleta de dados, maior facilidade de registo dos dados, existência da possibilidade de aumentar o tamanho das amostras e sua abrangência territorial, o acesso a amostras de difícil acesso, ou de lugares como zonas de conflito e de alto risco;
- a desvantagem – a dificuldade de contato inicial com subculturas fechadas na rede, a amostragem pode sofrer vieses, reduzido controle do pesquisador sobre amostra, exige um nível desenvolvido de experiência com ambiente virtual.

3.2.5 – Análise de dados

Concluída a fase da execução de entrevistas ou da recolha dos dados era necessária a sua organização e sistematização para elaborar um sistema de classificação que permita a compreensão da informação (Dias & Gomes, 2019. p. 113). Tal processo de análise inclui a fase de transcrição, categorização e interpretação dos dados para extrair os seus significados a partir do texto ou imagem, com o objetivo de apresentar e sumariá-los, de forma a responder à questão de investigação (Dias & Gomes, 2019. p. 120). Estas fases constituem os procedimentos de análise do conteúdo, como abordagem analítica de dados mais usada em investigações com métodos qualitativos (Taquette, 2016). Para isso, com ajuda do programa do word, os dados foram redigidos entrevista por entrevista em texto, que permitiu depois a aplicação de análise de conteúdo no seu tratamento.

4 – Apresentação e análise e discussão dos resultados

4.1 – Caracterização da amostra

A amostra do estudo é constituída por 4 administradores das instituições de saúde pública como referidas na seção de população e amostra. Conforme já foi referido, a amostra do estudo foi não-probabilística intencional, pois o investigador escolheu lugares de realização do estudo, para quem passar nestes como gestor no momento de estudo será o colaborador da pesquisa.

Assim, nesta seção segue-se caracterização da mesma pelos dados recolhidos mediante a entrevista semiestruturada. Para a sua proteção, os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos identificativos (E. para todos, seguido de 1, 2, 3 e 4 para indicar o ciclo), e toda e qualquer informação que pudesse pôr em causa o anonimato dos participantes foi ocultada (anexo 3).

O quadro nº1 evidencia que, nesta amostra de 4 administradores participantes do estudo todos são do sexo masculino, com variação de idade de 39 a 45 anos, sendo caracterizada como uma amostra bastante jovem. No que diz respeito as habilitações literárias, os participantes são divididos em 2 licenciados e 2 mestres, com o tempo de serviço em saúde que varia entre 1 e os 6 anos. Ainda desta população, 1 é formado em Economia e 3 são formados em administração. Observa-se ainda que 2 colaboradores são efetivos do setor de saúde e 2 têm sua presença neste setor pela comissão de serviço, dos quais um não tinha, antes, o vínculo com a função pública da Guiné-Bissau.

No que se trata da nomeação em comissão de serviço, isto diz respeito a nomeação de uma pessoa já com nomeação definitiva numa carreira a um cargo em outra carreira diferente. E quanto a nomeação definitiva, esta acontece quando o período probatório de nomeação provisória em lugar de ingresso termine, de acordo com o Estatuto do pessoal da Administração Pública (EPAP) da Guiné-Bissau, artigos 5º nº1 e 6º nº3 (Decreto nº 12-A/94, de 28 de fevereiro, Governo da Guiné-Bissau) (Função Pública, 1994).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Identidade	Sexo	Idade	Habilitação literária	Tempo de serviço administrativo em saúde	Área de formação	Tipo de vínculo com a saúde	Tempo de entrevista
E.1	M	39	Licenciado	1 ano e 8 meses	Economia	Comissão de serviço	59 min
E.2	M	42	Mestrado	6 anos	Administração	Efetivo	43 min
E.3	M	45	Licenciado	6 anos	Administração	Efetivo	53 min
E.4	M	44	Mestrado	1 ano	Administração	Comissão de serviço	53 min

Fonte: elaboração própria

A atribuição dos cargos através da comissão de serviço é uma prática frequente na função pública da Guiné-Bissau, que, no entanto, muitas das vezes não melhora situações administrativas nas instituições por duas razões:

- Primeira, é uma nomeação política em que a escolha é feita à pessoa pertencente ao partido do titular da pasta ou por uma outra relação com este que, às vezes, não segue as exigências dos documentos administrativos da Função Pública (Mendonça, 2020), e com a instabilidade política permanente no país, as mudanças constantes dos titulares das pastas de alta administração afetam, igualmente, as nomeações em comissões de serviço;
- Segunda, a falta de realização do concurso público para ocupação de cargos e meritocracia na afetação de serviços (Sucuma, 2022), sempre que uma pessoa sai de uma instituição para outra, sendo desconhecida a sua competência à primeira, cria nos funcionários da instituição em causa uma falta de colaboração e até pensar que podia ter pessoa entre eles com competência para exercer melhor o cargo.

Mendonça (2020) garante que o recrutamento dos trabalhadores pelo concurso para o exercício de funções públicas garante a defesa e a promoção dos princípios da isenção e transparência, as efetivas condições de igualdade e liberdade de ingresso a cargos públicos e garante o evitamento de qualquer dúvida no acesso à função e propicia a seriedade na escolha dos indivíduos mais preparados.

Estes princípios acabam por proporcionar, além do reconhecimento e o respeito dos dirigentes pelos colaboradores, também garantam aos dirigentes uma segurança no desempenho das suas funções e facilitam a colaboração e a criação de um bom ambiente de trabalho.

4.2 – Verificação da aplicação das práticas de gestão de conhecimento pelas instituições de saúde

A elaboração de alguns quadros onde são apresentados resumidamente os pontos de vista dos participantes sobre a aplicação das 5 principais práticas de gestão de conhecimento pelas instituições de saúde selecionadas com base na literatura, a discussão ao longo de cada subseção foram possíveis com os dados obtidos das entrevistas realizadas.

4.2.1 – Localização do conhecimento e identificação das áreas da necessidade

Para localização do conhecimento que a instituição precisa, a formação dos gestores no domínio da gestão hospitalar é muito importante para que conheçam e saibam os conhecimentos e instituições de conhecimentos precisos a localizar e a sua aplicabilidade a favor do sistema de saúde, e nos indivíduos com formações se pode encontrar conhecimentos que um serviço necessita (E.1; E.2; E.3). E.1 *“onde se pode localizar o conhecimento para minha instituição é na formação”*.

O aperfeiçoamento individual, carreira de formação e a experiência que se adquire no exercício profissional foram destacados como fornecedores do conhecimento pelas práticas do dia a dia que fortalecem o conhecimento teórico, dando uma nova experiência para lidar com os acontecimentos e novas visões para tratar e desenvolver estes novos acontecimentos. (E.2) *“para localizar conhecimentos ligados à minha instituição para melhorar os processos, é através de estudos que fazemos, a nossa carreira de formação ao longo do tempo, depois, a experiência que estamos a adquirir no exercício das funções”*.

O conhecimento preciso pode ser localizado, além da formação referida anteriormente por vários entrevistados, nas instituições de formação por onde pode-se formar os técnicos nas áreas da necessidade da empresa, sendo necessário inteirar previamente de que a instituição tem as condições de responder às necessidades de formação da empresa. E.3 *“Falando de onde localiza-se o conhecimento preciso para melhorar processos e serviços de instituição (...) antes, solicita-se a instituição de formação para um aval de que tem condições de receber e dar formação a estes técnicos*.

As equipas de trabalho dentro da instituição podem oferecer-lhe conhecimentos de que precisa, sendo assim importante uma comunicação saudável e observação atenta às práticas individuais e de grupos para uma avaliação de desempenho conciso, também, pode-se encontrar nas instituições congéneres com mais experiência em certas áreas/especialidades. E.4 *“é possível conseguir este sucesso aqui dentro e fora do grupo*.

Aqui dentro, é através da interação com equipas. Visito particularmente outros centros hospitalares como de Cumura, de Canchungo, o que permite as vezes fazer comparações e depois tirar ilações”.

Ao tratar das áreas com a necessidade do conhecimento especializado, tudo indica que todas as aéreas do conhecimento em matéria dos cuidados de saúde da Guiné-Bissau têm carências dos conhecimentos especializados para o atendimento das necessidades da população. Observando o quadro 2, chega-se a conclusão das afirmações dos participantes, por exemplo: E.4 *“Nós temos carências em todos os aspetos praticamente, e um dos aspetos mais fundamental é própria imagiologia, imagine até hoje não temos o serviço de mamografia, de TAC”*; *“Em termos de quadros, temos médicos clínicos geral, enfermeiros de curso superior e de curso geral, parteiras e técnicos de laboratório”* (E.2); e E.3 *“Neste caso, existe várias áreas e vou citar algumas”*.

Tabela 2 – Aquisição do conhecimento

Entrevistados	Formas de aquisição do conhecimento	
	Identificação das áreas da necessidade do conhecimento	Localização do conhecimento
E.1	- Cirurgia pediátrica, Genecologia, Obstetrícia e Laboratório clínico	- Formação
E.2	- Cardiologia, Neurologia, Infetologia, Genecologia e Obstetrícia	- Formação - Experiência
E.3	- Imagiologia	- Formação - Instituição de formação
E.4	- Laboratório clínico, Imagiologia e Estomatologia	- Equipas de trabalho - Centros hospitalares

Fonte: elaboração própria

Por outro lado, o conhecimento científico para realização de estudos e publicação de literatura no que concerne às boas práticas e experiências individuais e de equipas, aos feitos e inovações conseguidos pelos médicos sobre tratamento de algumas patologias, é uma outra área de saúde, em particular na clínica, com carências. Entretanto, estas carências estão associadas às dificuldades financeiras que as instituições de saúde enfrentam e a falta de investimento por parte do Estado da Guiné-Bissau na formação dos quadros de saúde conforme exigências do setor e da atualidade como os avanços da tecnologia. Explicam E.4 *“O que constatei é que não existe publicações científicas na área médica por exemplo, desenvolves-te uma patologia em que consegues fazer algumas intervenções, às vezes, que é uma inovação e não é publicada; e “Quando os quadros têm conhecimento limitado pela falta de investimento da nossa parte, praticamente, os nossos objetivos que queremos não vamos alcançá-los* (E.2).

Por conseguinte, acredita-se que na formação e na experiência de cada técnico, nas organizações congêneres e nas instituições de formação pode-se encontrar o conhecimento ou a pessoa com o conhecimento adequado para responder às necessidades e desenvolver os processos de uma certa área, assim como a capacidade de desenvolver estudos para ensinos e aprendizagem tanto institucional quanto pessoal para fazer face às necessidades organizacionais. Em semelhança com estudos de Batista e de Gonzalez & Martins, o conhecimento e as melhores práticas necessários para o tratamento das quinze patologias no Hospital Clínico do Porto Alegre foram identificados pela equipa multidisciplinar do referido hospital na literatura científica e na experiência do corpo clínico do mesmo hospital (Batista, 2012), e pode ser nas ações associativas com outras organizações, em consultoria e nas universidades (Gonzalez & Martins, 2017).

O estudo mostra que, na aquisição do conhecimento, aplica-se a duas atividades, tais como: a identificação de lacunas do conhecimento em cada área da organização/empresa e a identificação dos lugares por onde se pode encontrar os conhecimentos, que pode ser uma instituição de formação, uma organização congénere, um indivíduo ou um grupo, e são exercidas pelos gestores de saúde. Jarrar (2002) as organizações que dão valor ao conhecimento consideram imperativo saber como e onde acedê-lo. Devendo identificar seus ativos de conhecimento como um primeiro passo para desenvolver planos para aquisição e desenvolvimento contínuo desses ativos (Jarrar, 2002).

4.2.2 – Indicadores de práticas de armazenamento e partilha do conhecimento

Relativamente ao acesso a boas práticas e conhecimentos da instituição pelos funcionários, comunidades de prática foi referida (técnicos dos programas ou técnicos de OMS e formados) como repositórios, e servem de meios de armazenamento e de partilha de conhecimento entre os funcionários que em cada formação de capacitação que receberem, os responsáveis das instituições escolhem alguns participantes e recomendam as seções de formação para partilha do mesmo conhecimento com aqueles que não foram, de forma a formá-los, para que todos estejam no mesmo nível de conhecimento teórico para o desenvolvimento de boas práticas individual e coletiva. *“Sempre programas como de paludismo, nutrição e parceiros como OMS trazem módulos e quando dão formações, no ato de encerramento selecionamos dois ou três participantes e recomendamos organização das formações de restituição para partilhar as mesmas informações com os colegas. Isso é a forma de partilha de conhecimento mesmo não estando na sala de formação, os colegas que estiveram, os conhecimentos que adquirirem e partilharem com vocês, servem como formar-vos também.”* (E.1).

As outras formas facilitadoras de acesso referenciadas aqui como meios de armazenamento e de partilha são internet, consultor no domínio da área de interesse, gerando a formação contínua dos interessados em superar nos seus conhecimentos pela autoaprendizagem individual ou coletiva de uma equipa de trabalho para aquisição de boas práticas dos profissionais para as suas tarefas, e repositórios coletivos de conhecimento como Instituto Nacional de Saúde da Guiné-Bissau – INASA, como se vê, *“A formação contínua, como dissemos, facilita àqueles que estão interessados em superar os seus conhecimentos por meio de pesquisa na internet ou por um consultor nesse domínio, se houver, ajuda na aprendizagem de boas práticas no serviço”* (E.2).

As organizações de saúde como Entraide Médicale Internationale – EMI (E.2) e Organização Mundial de Saúde – OMS e os programas de saúde como de paludismo e de nutrição (E.1) servem de meios de partilha através de formações de capacitação para aplicação correta de boas práticas no sistema de saúde, assim traçou o E.2: *“Boas práticas são adquiridas pela transmissão do conhecimento contínua, dando formações através dos projetos gerenciados pelos parceiros, por exemplo EMI e INASA”*.

Um outro repositório individual apontado pelo estudo é o Dr. Raul Nancassa, médico especialista em geneco-obstetrícia que trabalhou no hospital de referência regional de Oio em Mansoa entre 2009 e 2016, tornando este num hospital de referência nacional, na altura, nessa especialidade para os utentes pelas suas boas práticas no uso do conhecimento. E.3 *“A administração guineense, colocação do pessoal, daí que trouxeram Dr. Raul, eles fizeram bom trabalho, deixaram bom nome.”* E não só as pacientes que procuram a solução dos seus problemas no médico, como também os estudantes de medicina que procuram aperfeiçoar os seus conhecimentos na especialidade através dos estágios práticos com o especialista, o que demonstra a dependência total da organização do especialista nessa especialidade nesse período acima referido que ele passou na instituição. *“Eu sempre lhes digo que o Dr. Raul ainda não tem substituto”* (E.3).

No que refere à partilha, nota-se que todos os meios relacionados ao armazenamento do conhecimento são, igualmente, utilizados para partilha do conhecimento, como o estudo indica no quadro 3, concordando com o estudo de Batista em 2012, afirma que os prontuários assistenciais, o corpo clínico e os seus membros, informatização dos prontuários assistenciais serviram de meios tanto para o armazenamento quanto para partilha do conhecimento entre os profissionais no Hospital Clínico de Porto Alegre (Batista, 2012), apoiado por Asemaagn (2014) que explica que os mecanismos de partilha do conhecimento entre os profissionais de saúde nos hospitais de Adis Abeba em Etiópia eram de pessoa para pessoa, manuais, prontuário do paciente, internet.

Tabela 3 – Acesso a boas práticas e conhecimentos

Entrevistados	Meios de Armazenamento	Meios de partilha
E.1	- Comunidades de prática (técnicos dos programas de Paludismo e de Nutrição, técnicos de OMS e formados)	- Programas Paludismo, Nutrição - OMS - Comunidades de prática
E.2	- Internet - Repositório coletivo do conhecimento (INASA)	- Internet, - Repositórios de conhecimento - EMI
E.3	- Repositório de conhecimento (Dr. Raul)	- Repositório de conhecimento

Fonte: elaboração própria

O programa de luta contra paludismo do ministério da saúde pública, uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada no país e como a primeira causa de morbilidade e de mortalidade geral nas crianças menores de 5 anos, tem como objetivos reduzir a morbilidade e a mortalidade devido ao paludismo para promover o desenvolvimento social e económico global da Guiné-Bissau, reduzindo as taxas de incidência e de mortalidade através (MINSAP-PNDS III, 2017):

1. Prevenção do paludismo: luta contra vetores (a utilização de mosquiteiro impregnado de longa duração, pulverização intradomiciliária, luta antilarval, etc.), tratamento preventivo intermitente na grávida, quimioprevenção do paludismo sazonal, etc.;
2. Manejo de casos de paludismo, inclui: diagnóstico biológico, tratamento específico, o manejo no nível comunitário, contribuição do setor privado no manejo e vigilância da eficácia dos antipalúdicos.

Também, o programa de nutrição do ministério da saúde para o cumprimento da política nacional de nutrição, foca as intervenções de nutrição em mulheres grávidas e crianças até aos 5 anos de idade para evitar os efeitos nocivos da desnutrição que ocorrem no intervalo de tempo de 1 000 dias desde a gravidez até aos dois anos de vida através de suplementação de ferro e ácido fólico durante a gravidez, suplementação de vitamina A para crianças, desparasitação infantil, aconselhamento de amamentação, educação alimentar complementar tratamento da desnutrição aguda grave sem/com complicações, iodização do sal, suplementação terapêutica de zinco para o tratamento da diarreia e gestão de desnutrição aguda moderada (Kakietek et al., 2017).

EMI é uma ONG que atua no setor da saúde da Guiné-Bissau no âmbito de formulação, prevenção e apoio à organização dos serviços de saúde, melhoria do acesso das populações às estruturas sanitárias e o suporte financeiros dos atos médicos e exames gratuitos relativamente a mulheres grávidas, puérperas e crianças menores de 5 anos através do programa PIMI-II para a redução da mortalidade materno-infantil.

Os meios de armazenamento (comunidades de prática, internet, repositórios) e de partilha (programas, OMS, comunidades de prática, internet, consultor, repositórios, EMI) como facilitadores ao acesso a boas práticas e conhecimento relevante, apontaram, igualmente para existência da prática de armazenamento através de realização de formação contínua aos colaboradores e o bom uso do conhecimento, e a existência da prática de partilha do conhecimento pela realização de formações e seminários de capacitação, reuniões e ocorrências, djumbai (café de conhecimento), facilidade de acesso a conhecimento e estágios práticos. Na abordagem de CEN, o conhecimento é armazenado nos cérebros das pessoas, nas rotinas de equipas ou da organização, nas estruturas, nos processos, na cultura da organização, nos bancos de dados de documentos, e mais (CEN, 2004).

4.2.3 – Indicadores de acesso a informações relevantes e conhecimentos-chave

No que relaciona com a aplicação do conhecimento nota-se que os relatórios de todos os tipos de atividades desenvolvidas são destacados como a maneira que os responsáveis gestores apercebem do contato dos seus colaboradores com as informações pertinentes e os conhecimentos-chave disponíveis dentro da organização, *“Nós mensuramos isso através de relatórios”* (E.1), e avaliação do desempenho dos funcionários em equipa, pela característica que os trabalhos destas organizações, na maioria, apresentam, apesar de existir casos individuais de avaliação, E.4 *“O método que nos permite isso, temos um sistema de avaliação do desempenho, e estes indicadores de avaliação do desempenho que nos permite saber se os funcionários estão a cumprir”*.

Os relatórios de atividades produzidos pelos responsáveis de áreas sanitárias e dos serviços e avaliações de desempenhos individual e coletivo são formas de gestores observarem a aplicação do conhecimento existente e acessível pelos funcionários netas instituições. O estudo de Gonzalez e Martins exprime que o acesso a boas práticas e conhecimentos-chaves da organização pelos funcionários pode ser exprimido pela resposta a necessidades de utentes, atendimento aperfeiçoado, melhorias nas rotinas e procedimentos da organização e pela utilização dos padrões que incorporem as melhores práticas e conhecimentos (Gonzalez & Martins, 2017), conclusões que os gestores podem chegar, comparando os resultados esperados com os obtidos dos seus trabalhadores (Lyons, 2003) citado por (Giacobbo, 2005).

4.2.4 – Resolução dos problemas com conhecimentos que a instituição não tem

A resolução dos problemas de uma instituição é apontada por unanimidade ao fator formação dos funcionários (quadro 4). A formação dos quadros para prestação de serviços é, pois, um plano, com a responsabilidade do ministério de saúde, para resolver as questões dos conhecimentos que faltam a instituição nas áreas de atuação por meio de bolsas de estudo, formação contínua e reciclagem, adotando os colaboradores de capacidades técnicas para enfrentar os desafios institucionais e as exigências sociais cada vez impostos pela evolução. *“Se resolve através do ministério, se tem a necessidade de formar os técnicos num domínio ou numa especialidade que achamos importante”* (E.2). Porém, entre os quatro entrevistados, um destes compartilha a criação do conhecimento como a responsabilidade de um gestor/administrador de uma instituição, mesmo com falta de recursos financeiros, procurando alternativas através de parceiros, citou E.4, *“graças a acordos e parcerias, hoje, mandámos pessoas para formação e reciclagem no exterior”*.

Portanto, Giacobbo (2005) afirma que a carência de competências identificada pode ser eliminada ou minimizada através do desenvolvimento e aplicação dos programas de treinamento ou pela contratação de pessoal externo com qualificações que supram as competências específicas necessárias aos serviços.

Para Popescu et al. (2018) os quatro modos de contínua conversão entre o conhecimento tácito e explícito, do modelo SECI de Nonaka e Takeuchi, como socialização, externalização, combinação e internalização, referido anteriormente na seção de modelo das PGC são muito importantes no desenvolvimento do conhecimento dentro de uma organização.

Ter um ou mais especialistas num serviço resolve muito dos problemas que a sua solução requer o conhecimento a este nível e se for no interior do país ajudaria em evitar certas evacuações para o hospital de referência nacional. Como no caso de hospital regional de Gabú, que tinha na altura um médico cubano especialista em pediatria no âmbito do programa PIMI II (Programa Integrado de Redução da Mortalidade Materno-Infantil), que visa contribuir para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e juvenil na Guiné-Bissau e assegurar um melhor acesso a cuidados de saúde de qualidade às mulheres grávidas, puérperas e crianças menores de 5 anos. Neste caso, com a política de colocação de especialistas nas suas áreas de intervenção, como referiu E.3 *“se formos ver, PIMI II na sua primeira fase tinha política de especialistas para os hospitais regionais de referência, por exemplo eu, em Gabú, tinha um especialista cubano em pediatria”*.

Ainda mais, a resolução dos problemas nos serviços de saúde está ligada também aos trabalhos em conjunto com as outras organizações no âmbito de formações e reciclagens para melhorar as capacidades técnicas dos profissionais, como também as missões médicas que se deslocam frequentemente ao país com intervenções em diferentes campos como

clínico e de capacitação, E.4 “*Temos missões médica que sempre vêm com a vertente não só clínica, mas também de formação, reciclagem, apoio técnico no sentido de resolver estes problemas*”.

As iniciativas de formações de capacitação dos técnicos dependem, na maioria dos casos, do ministério da saúde através seus dos parceiros e programas como PIMI II referido anteriormente devido a falta de capacidade financeira das instituições de saúde mesmo até para uma reciclagem de atualização dos técnicos, o que determina a inexistência ou a falta de execução dos planos de criação do conhecimento nestas instituições, conforme indica o estudo na declaração do E.2, “*estas formações e reciclagens não dependem de nós, são organizadas com o orçamento já definido através dos parceiros no nível central*”. Ao contrário do E.2, a iniciativa estende-se a instituições administrativas de saúde na tentativa de procurar soluções para os problemas tanto administrativos quanto clínicos que se enfrentam, “*Nós estamos a entabular parcerias com outras instituições que têm ajudado bastante em fortificação da instituição, por exemplo Ianda Guiné*” (E.4), como à pessoa individual quando não esteja nas opções do Ministério e dessas instituições, E.1 “*Na verdade existe ambições por parte dos técnicos, alguns com formações em algumas áreas que não temos disponível na Guiné, o que constitui uma grande preocupação. Estamos a ter fuga dos quadros à busca do conhecimento*”.

Tabela 4 – Criação do conhecimento na saúde pública

Entrevistados	Solução de criação do conhecimento	Iniciativa de criação do conhecimento
E.1	- Formação	- Parceiro/Ministério de Saúde - Pessoal
E.2	- Formação	- Ministério de saúde
E.3	- Formação - Especialista	- Parceiro/Ministério de saúde - PIMI II
E.4	- Formação - Trabalho conjunto com outras instituições - Missões médicas	- Parceiro - Instituição

Fonte: elaboração própria

O estudo ressaltou a necessidade de as formações serem planificadas de acordo com as necessidades do país (ou seja, a necessidade de aplicação efetiva de gestão do conhecimento), pois a procura individual de formação profissional ou a progressão na carreira pode conduzir à formação ou especialização em uma área que não constitui uma necessidade para o país, como também uma oportunidade de os quadros abandonarem o país à procura de melhores condições de vida e de emprego (E.1). Uma das conclusões chegadas por Lopes (2011) como fatores de fuga dos quadros de saúde da Guiné-Bissau, além das condições de trabalho, melhores condições de vida e instabilidade político-militar, são, o acesso a formação e o crescimento profissional.

Conforme os dados do estudo, mecanismos de criação do conhecimento podem passar pela formação e capacitação dos profissionais, contratação de especialista com conhecimento requerido, trabalhos em conjuntos com outras instituições com experiências diferenciadas e pelas práticas desenvolvidas pelas equipas multidisciplinares que integram missões médicas voluntárias que oferecem serviços de certas especialidades. CEN demonstra que, treinamento de pessoas, aprender fazendo, resolução conjunta de problemas, criação de comunidades de prática, contratação de especialistas, entre outros, são das varias formas de criação do conhecimento individual, de equipa e organizacional (CEN, 2004).

A iniciativa de eliminação ou minimização das carências de competências necessárias para acompanhar a evolução das ciências de saúde e para resolução dos problemas do dia a dia nestas instituições é pouco observada pelo estudo (só uma das quatro instituições dos participantes), o que demonstra a fraca aplicação efetiva de gestão do conhecimento. Porém, as práticas como criação, partilha, utilização de conhecimento, etc., podem ocorrer, independentemente de serem ou não conscientemente geridas, de certa maneira, em qualquer organização, concluíram (Andreeva & Kianto, 2012).

4.2.5 – Relacionamento do gestor com as práticas de Gestão do Conhecimento

No que diz respeito à perceção das práticas de gestão do conhecimento (PGC) pelos gestores, as opiniões dos entrevistados foram: é um esforço de todos os colaboradores de uma empresa em conjunto para uma boa prestação de serviços ao cliente, com uma estrutura do pessoal bem preparada para gerir informação e fornecer um atendimento qualificado, E.1 *“esforço de desenvolvimento em que todos se juntam para ter uma boa produção nos serviços, e gestão de informação, atendimento de qualidade e ter uma estrutura de recursos humanos bem preparada; todos os trabalhos que se fazem dia após dia para dirigir uma instituição à direção dos seus objetivos, E.3 “ações de dia a dia”*. O que indica que a maioria (ou seja, 3 dos 4) dos entrevistados tem pouco conhecimentos das PGC tanto durante a formação quanto o exercício da atividade profissional (quadro 5). Assim, a liderança orientada para o conhecimento tem um efeito direto nas práticas de criação, partilha, armazenamento e aplicação do conhecimento (Donate & de Pablo, 2015).

A outra perceção das PGC referida é a disposição de todos os conhecimentos adquiridos tanto pelos estudos académicos quanto pelas experiências das vivencias socioculturais ao longo de vida ao serviço da sociedade e da empresa, segundo E.4 *“é pôr a serviço, não só de utentes, mas da própria instituição todos os conhecimentos que ao longo do tempo das nossas vivencias adquirimos, não só académico, assim como social”*. Portanto, as PGC são para dar o melhor ao desempenho individual e coletivo das tarefas da empresa. Daí que, Andreeva & Kianto (2012) definiram as PGC como um conjunto de atividades de gestão

destinadas a apoiar a gestão do conhecimento eficiente e eficaz para benefício organizacional. Para Batista (2012), as PGC são práticas de gestão organizacional voltadas para produção, retenção, disseminação, partilha e aplicação do conhecimento dentro da organização.

Em relação a contactos com as PGC no estudo, conforme as declarações dos participantes ao responderem a questão “com que práticas lidou uma vez”, considera-se como as práticas com que tiveram contacto as seguintes: gestão baseada nos resultados, E.1 *“como técnico tenho uma experiência numa formação chamada de gestão baseada em resultados”*; gestão dos recursos humanos, E.2 *“como administrador/gestor, prática de gestão de conhecimentos com que lidei é a gestão dos recursos humanos”*; e manual de procedimento interno, E.4 *“bem, posso te dizer que as práticas com que já tenho lidado é, sobretudo, manual de procedimentos interno”*.

Ainda é possível constatar que a gestão de informação, gestão de capital intelectual, a gestão de competências e outras são um conjunto de outras práticas de contato destacadas neste estudo, na opinião de E.3 *“bem, nesta parte, é uma coisa muito ampla, tens de identificar e analisar o conhecimento, tens inteligência competitiva, educação corporativa, gestão de competência, tens gestão do capital intelectual, gestão de informação”*.

Por conseguinte, tudo indica que todos os entrevistados (E.1, E.2, E.3 e E.4) têm pouco contato com as práticas do modelo de 5 práticas adotado neste estudo, que abrange a criação, aquisição, partilha, armazenamento e implementação de conhecimentos, o mais aplicado com frequência na avaliação das práticas de GC, como referimos na seção dos modelos de práticas de GC (Gholami et al., 2013), (ou seja, têm poucos conhecimentos sobre o modelo), por não serem gestores (tabelas 1 e 5). Entretanto, a existência ou não de contatos no dia a dia de exercícios das funções com estas práticas é despercebida nos participantes. Porém, Gholami et al. (2013) afirmam que os gestores de instituições sanitárias devem perceber os benefícios das PGC que podem aumentar um bom desempenho organizacional através do aumento de boa prestação de serviço, de satisfação de utentes, inovação e de boas relações de trabalho.

A respeito do local de contato com as práticas de GC por parte dos participantes do estudo, são referidos os dois principais lugares facilitadores desse contato. O primeiro lugar citado é a formação, enquanto estudante, que fornece o conhecimento acerca de tais práticas durante o curso académico ligado às áreas em causa, conforme E.1 e E.2. E o segundo, o exercício profissional conforme as opiniões de E.2, E.3 e E.4, enquanto formado em função, que proporciona a autoaprendizagem e a partilha do conhecimento e experiências entre os

profissionais. E.2 *“é o conhecimento que se adquire na Universidade, e depois de terminado curso, com o enquadramento na função pública, se continua a lidar com elas”*.

Portanto, Ramachandran et al. (2013) concordam que, tradicionalmente, nas universidades que os estudantes adquirem uma base de conhecimento que lhes permita prosperar após graduação no desempenho das suas funções. Porém, quanto mais prática e mais experiência tiverem os recursos humanos da organização serão mais competentes, apesar de essa competência alicerçar-se no conhecimento (Lopes, 2019).

Quanto a perceção dos benefícios das PGC na saúde pelos gestores, observa-se que todos têm uma certa noção sobre a aplicação do conhecimento em dois aspetos importantes. Primeiro aspeto, refere-se à prestação de serviço de qualidade aos utentes que se insere no bom atendimento, boa assistência, menor custo, menos erros na tomada de decisões, redução de procura da medicina alternativa, e outros, que exigem o conhecimento, nas opiniões de E.1 *“Utilizando o conhecimento no serviço traz-se uma maximização na prestação de serviço e a qualidade de prestação de serviço”*, e E.3 *“no hospital de Mansoa, depois de abertura do serviço bucal, reduziu a deslocação à Bissau e a procura de cura tradicional para o mesmo serviço”*, opiniões confirmadas por Ell Morr e Subercaze (2010) concluindo que a utilização da gestão do conhecimento nos cuidados de saúde garante a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes e a continuidade desses cuidados. O segundo, refere um bom clima organizacional que pode ser observado no relacionamento entre os profissionais e com os seus dirigentes, diz o E.4 *“(…) há um aspeto muito fundamental para mim, que é a forma como interagimos como profissionais”*, que, por sua vez, pode imprimir confiança mútua entre estes, como um dos pontos favoráveis a um bom clima organizacional, observado em (Saraiva & Almeida, 2017).

Tabela 5 – Prática de Gestão do Conhecimento por parte dos gestores

Entrevistados	Indicadores do relacionamento com as práticas de gestão do conhecimento			
	Percepção de conceito das PGC	PGC de Contato	Lugar de contato com PGC	Percepção dos benefícios das PGC
E.1	- Esforço de desenvolvimento em que todos juntam-se para ter uma boa produção nos serviços - Gestão de informação, atendimento de qualidade e ter uma estrutura de recursos humanos bem preparada	- Gestão baseada nos resultados	- Na formação	- Qualidade de prestação de serviço
E.2	- Organizar, estruturar, orientar de acordo com as normas administrativas	- Gestão dos recursos humanos	- Na formação - No exercício profissional	- Melhoria do sistema
E.3	- Ações de dia a dia	- Gestão de informação, do capital intelectual e de competência	- No exercício profissional	- Melhoria da qualidade de prestação do serviço
E.4	- Pôr a serviço, não só de utentes, mas da própria instituição todos os conhecimentos que ao longo do tempo das nossas vivências adquirimos, não só académico, assim como social	- Manual de procedimento interno	- No exercício profissional	- Qualidade de prestação de serviço - Interação entre os profissionais

Fonte: elaboração própria

O estudo observou ainda que as PGC podem oferecer um bom ambiente de trabalho como resultado de comunicação e cooperação sãs entre os funcionários de uma instituição onde se possa contar com a contribuição de cada colaborador, como um ponto forte da organização para um sistema forte, como disse (E.4). Alguns elementos que surgem das práticas de GC são relações sociais, redes de trabalho e interação, frisaram (Nair & Munusami, 2020). Enquanto Ramachandran et al. (2013) defendem que, da gestão adequada do conhecimento pode surgir oportunidade para um ambiente de aprendizagem que melhora e cria uma vantagem competitiva para uma organização.

4.2.6 – Percurso académico e formações adicionais do gestor

Falando de conhecimento académico do gestor, foram destacados dois itens importantes, como a formação profissional e formações adicionais, (tabela 6). No entanto, o primeiro demonstra que dos quatro entrevistados um deles tem a licenciatura na economia (E.1), um em administração das pequenas e médias empresas (E.2) e dois têm licenciaturas em gestão e administração (E.3 e E.4). Ainda destes, dois têm mestrados em: contabilidade e auditoria das pequenas e médias empresas (E.2) e contabilidade e finanças (E.4).

Observa-se que as formações profissionais mencionadas acima não têm ligações com a área da gestão de unidades de saúde ou com a área da saúde, e, ainda assim, estes gestores não receberam formações de capacitação para a gestão de unidades de saúde antes do ingresso e nem durante o exercício das funções, como refere E.1 “queria dizer com isso que preciso,

precisamos de formação no domínio de gestão hospitalar para permitir-nos dar contribuição e aplicar conhecimento no campo em que exercemos”, evidenciando a necessidade das PGC a nível da administração assim como dos serviços das organizações de saúde para saber o que cada gestor ou colaborador precisa para atingir os objetivos da organização.

Por outro lado, o segundo item vem descrever os conhecimentos somados a conhecimentos profissionais dos participantes do estudo, como por exemplo: (E.1) com o curso médio em inglês, antes da formação em economia; (E.3) com conhecimento em administração e secretariado e em informática; e (E.4), somando conhecimentos em política aduaneira, direito de negócios e em liderança e gestão de conflitos.

Bonfim (2021) observou no seu estudo que os gestores não tinham conhecimentos ligados a funções que desempenham e nem recebiam formações de capacitação nessa matéria, tinham uma larga experiência em gestão por muitos anos nessas funções e são na maioria profissionais técnicos de saúde. Nelson & Economy (2005), por sua vez, acreditam que muitos gestores nunca receberam a formação específica para o cargo que, para muitos, a gestão é mais um algo na sua lista de funções.

Tabela 6 – Conhecimento académico do gestor

Entrevistados	Formação profissional	Formações adicionais
E.1	- Licenciatura em economia - Pós-graduação no banco central	- Bacharel em Inglês
E.2	- Licenciatura em administração das pequenas e médias empresas - Mestrado em contabilidade e auditoria das pequenas e medias empresas	- Não referidas
E.3	- Licenciatura em gestão e administração	- Administração e secretariado - Informática
E.4	- Licenciatura em gestão e administração - Mestrado em contabilidade e finanças	- Política aduaneira - Direito de negócios - Liderança e gestão de conflitos

Fonte: elaboração própria

Assim, neste item, observa-se que, além de não ligação das formações profissionais com as áreas de saúde também existe a falta de conhecimentos adicionais no domínio de saúde, como abordam Seixas & Melo (2004) que o hospital terá outro desempenho quando conta com um gestor que tenha conhecimentos técnicos de gestão aliados pelo domínio dos assuntos dos serviços de saúde, para que não perca um bom técnico numa área e o hospital não ganhe um bom gestor. Para Bonfim (2021), além dos conhecimentos de Gestão em geral, um gestor hospitalar deve conhecer gestão hospitalar, contabilidade e estatística.

4.2.7 – Experiência profissional do gestor

Ao tratar da experiência profissional do gestor, visto que proporciona ao gestor maior exatidão na tomada de decisão como diz (Sampaio, 2014), destacam-se dois aspectos relevantes, como tempo de trabalho profissional que resulta da soma do tempo de trabalho em instituições administrativas de saúde com o tempo de trabalho nas instituições anteriores (tabela 7).

No que refere ao primeiro aspecto, observa-se que, dos quatro participantes, a experiência profissional situa-se entre os quatro (4) e quinze (15) anos, conforme descreve (tabela 7), em que um (E.1) apresenta com 4 anos de experiência profissional, dois entrevistados (E.2 e E.3) com 6 anos e um (E.4) com 15 anos de experiência.

No segundo aspecto regista-se o tempo de experiência no campo de saúde de entre um (1) ano a seis (6) anos, entre os quais o E.4 com um (1) ano em saúde, E.1 com um ano e oito meses (1 ano e 8 meses) e E.2 e E.3 com seis (6) anos de experiência em saúde. No entanto, os anos de experiência em gestão das organizações de saúde variam de 1 a 6, sendo a metade dos participantes configura com 6 anos de experiência.

Sobre os anteriores postos de trabalho dos participantes, dois destes tiveram as suas instituições anteriores e são onde tiveram também maior tempo de trabalho por exemplo, E.1, Ministério de Economia, com 2,2 anos de trabalho e E.4, que passou em três instituições anteriores, depois chegaram à saúde pela comissão de serviço. Enquanto os outros dois saíram de curso para saúde, no caso de E.2 e E.3 respetivamente.

Tabela 7 – Tempo de trabalho como gestor

Entrevistados	Anos de experiência profissional	Anos de experiência como gestor em saúde	Instituição anterior e anos de trabalho	
E.1	4	1 ano e 8 meses	Ministério de economia	2 anos e 2 meses
E.2	6	6 anos	----	---
E.3	6	6 anos	----	---
E.4	15	1 ano	Associação Industrial da Guiné-Bissau	6 anos
			Escola superior de Engenharia e Informática	3 anos
			Período de formação	4 anos
			Cooperativa para valorização de produtos agrícola nacional	1 ano
			Total	14 anos

Fonte: elaboração própria

O estudo indica que todos os entrevistados apresentaram, ao ingressarem às organizações sanitárias, sem mínimas experiências. Contudo, o estatuto do quadro do pessoal dirigente

da função pública da Guiné-Bissau, no seu artigo 3º, n.º 2, pontos 1 e 2, considera-se comprovada a capacidade profissional os candidatos a dirigentes que preenchem as seguintes condições: “*ter um curriculum que demonstre experiência profissional adequada aos requisitos técnicos e organizacionais do cargo a prover; e ter um bom e efetivo desempenho de funções técnicas e ou de chefia por um período não inferior a quatro anos*”, (Decreto nº. 30-A/92, de 30 de junho, Governo da Guiné-Bissau) (Função Pública, 1992).

Na competência do gestor, observa-se que a experiência profissional, a partida, é pouca, apesar de os dois dos participantes possuírem já seis anos de experiência iniciados na mesma carreira em saúde, e um colaborador com cerca de 14 anos de experiência antes e um ano em saúde, segundo os resultados (tabela 7). Ao contrário de vários estudiosos que defendem que, além da formação e experiência na área da Gestão, um gestor de uma unidade de saúde necessita de ter formação e experiência na área de Saúde (Sampaio, 2014; Seixas & Melo, 2004; Mateus et al., 2021). Minayo & Deslandes (2002,) ao abordarem a mudança no paradigma profissional, salientam que a experiência já não constitui a base da competência profissional, sendo, portanto, substituída pela formação e atualização permanente, como uma das principais soluções para a competência profissional (p. 286).

4.2.8 – Atitude do gestor na aplicação das práticas de Gestão do Conhecimento

No panorama de motivação dos funcionários na aplicação das PGC pelo gestor considera-se os três seguintes aspetos: a reação a erros dos funcionários e a razão dessa reação; incentivo a práticas de GC no seio dos colaboradores da instituição; e a compensação aos trabalhadores na aplicação e partilha do conhecimento, (tabela 8).

Assim, no primeiro, a metade dos entrevistados procura, na sua reação, estabelecer o diálogo com o colaborador que cometeu o erro, com a razão de compreender a origem dos erros, para não cometer, também, outros erros na tomada de decisão e apreendendo com estes para as decisões do mesmo género, ao responder a questão “*qual tem sido a sua reação perante os erros dos seus funcionários, e porquê dessa forma de reagir*”, por exemplo: E.3 respondeu “*quando houve um erro de um funcionário, tens de chamá-lo na direção para vocês conversarem, para ele dizer o que aconteceu, porque não se deve tomar decisão antes de ouvir a pessoa, primeiro, tens de ouvir para saber o que lhe motivou*”; e a resposta de E.4 é: “*Reajo a erros com medidas pedagógicas, ninguém é perfeito. Existe tipos de erros, pode ser por negligência ou pela causalidade e é preciso distinguir como ocorreu o erro e em que circunstâncias. Porque, primeiro, procuramos entender a causa do teu erro, se tens a consciência do erro. O que Lindner & Wald (2011) assumiram que a tolerância a*

erro tem um efeito positivo na cultura do conhecimento, e também, o aprender com a experiência é possível só num ambiente com uma atitude positiva em relação a erros.

Outra forma de reagir a erros registrada pelo estudo é advertências verbal e escrito e sanções dependendo da repetição do erro, de forma a não permitir a ocorrência dos mesmos atos pelos outros, como explica o E.1 *“se houver a situação pela primeira vez que exige a nossa interferência, a advertência verbal, segunda vez com mesmo erro, advertência por escrito e na terceira, aí é que vem sanções. Isso é para repreensão.* Nelson & Economy (2020) reagiram a esta questão, afirmando que ninguém quer fazer o mau trabalho. Para isso, deixaram-lhe, como gestor, uma receita para esta questão, que é descobrir o que fazer para ajudar os seus colaboradores a ter sucesso, como, mais formação, encorajamento e apoio, no lugar de repreensões e castigos, mas os comportamentos negligentes que podem afetar o desempenho dos outros colaboradores devem ser sancionados.

Ainda se destaca uma outra atitude do gestor de ter a consciência das causas dos erros como a falta de condições de trabalho que permitiriam o cumprimento das obrigações dos funcionários, o que imprime limitações em reagir de outras formas às ocorrências dos erros, porque era da responsabilidade da administração. E outra razão das limitações é a falta de justiça nas tomadas de decisões ao nível superior quanto aos erros, decisões quais podiam servir de lições à não repetição dos mesmos atos, às vezes, o gestor é que sofre as consequências negativas pela sua reação (ou seja, a sua personalidade fica em causa, no lugar de quem cometeu erro), diz o E.2: *“temos limitações em exigir os técnicos pela falta de condições para que possam atender ou cumprir cabalmente com suas obrigações. Porque, como eu estava a dizer, as condições não foram criadas; segundo, também nós exigimos o pessoal e como não funciona a justiça, tu podes reagir e no final a decisão não é tomada como deve ser.*

UNIOGBIS-ACNUDH (2017) na Guiné-Bissau, o MINSAP reconheceu a existência da impunidade em todos os níveis do sistema nacional de saúde, assim como a falta de apoio que os gestores enfrentam na tentativa de impor padrões técnicos e financeiros nas suas instituições de saúde, o que causa inevitáveis frustrações e desmotivações. A indecisão nos níveis superiores produz inevitavelmente o mesmo comportamento em todos outros níveis hierárquicos da organização (Nelson & Economy, 2020. p. 27).

No que respeita ao incentivo a PGC no meio institucional pelo gestor, nota-se que o reconhecimento e a valorização de conhecimentos imprimidos pelos colaboradores nas suas tarefas, comunicação efetiva de informações aos funcionários e ensino e aprendizagem contínuas foram apontados neste trabalho como atitudes motivacionais a participação dos indivíduos de uma instituição nas práticas de gestão do conhecimento, como referem os

entrevistados, tabela 8 (E.1 e E.2). *“Também aceitamos e valorizamos conhecimento de cada um. O acesso a informação, treinamento constante, são as formas com que incentivamos a efetivação da prática de gestão de conhecimento sobre os nossos técnicos”* (E.1). Scarbrough (2003) as compensações tangível ou intangível e os sistemas de carreira através formações são importantes para incentivar a aquisição e partilha do conhecimento.

A organização dos encontros de partilha de ideias, de opiniões, de conhecimentos e de experiências entre os funcionários no local de trabalho como reuniões, ocorrências (E.2) e djumbai (café de conhecimento) (E.3), foi referenciada como uma forma importante de envolver os funcionários nas práticas de GC. A ocorrência diária apadrinha a apresentação e discussão dos assuntos de serviços e caso a caso, o que a caracteriza do ambiente de aprendizagem e de melhoria do desempenho individual e de equipa entre os técnicos. *“É a nível de reuniões, ocorrências de todos os dias em que se faz apresentação e discussão de pontos de situação de cada serviço durante 24 horas e correções de falhas que existem”* (E.2). Com isto, enaltece o importante papel que a comunicação pode desempenhar no processo de gestão de conhecimento dentro da organização. Reuniões periódicas para discussão de assuntos da instituição, café da manhã com a Direção do Hospital para integração da liderança com os profissionais, criação de página na Internet e jornal mural com informações da instituição, entre outros, podem servir de estratégias de comunicação entre os gestores e os profissionais (Nassar, 2005).

Também, a motivação dos colaboradores pode ser observada com uma liderança que considera as ideias e opiniões dos seus colaboradores, o que permite-lhes sentir valorizados e envolvidos nas tomadas de decisões, podendo assim, aumentar o comprometimento destes para com os objetivos da organização, declarou E.4 *“Estamos num mundo em que, a partida, todas opiniões são válidas. Contudo, é uma liderança democrática, participativa, na qual ideias são trabalhadas.* De acordo com o trabalho de Nelson & Economy (2020), um inquérito realizado a funcionários de várias indústrias revela que 50% dos participantes querem que sejam solicitadas as suas ideias e opiniões pelos gestores e mais de 50% querem o seu envolvimento na tomada de decisões.

E, também, pode ser observada como uma prática de gestão aceitável, que tem de ser aplicada pelo gestor conforme o ensino e aprendizagem durante a formação (ou seja, nenhuma formação ensina “más práticas”) em conformidade com a necessidade da organização, preferiu o E.2 *“As boas práticas de gestão de conhecimentos que aprendemos na formação, obrigatoriamente temos de aplicá-los, de acordo com o ambiente em que estamos inseridos, adaptando conforme a realidade em que se vive.* Portanto, a apresentação das contas como dever dos gestores e não apenas serem responsáveis pelo trabalho dos outros, a ideia realçada pelo pensamento moderno, na opinião de Bonfim

(2021), podia ser uma das práticas aceitáveis dentro de uma organização pelos colaboradores. Por outro lado, o que os líderes fazem e os papéis que assumem na organização, por exemplo, papéis de inovador, mentor ou facilitador têm uma relação positivo com a partilha do conhecimento, e estilos de liderança de consideração e iniciativa, catalisador, coordenador, controlador e avaliador têm efeito positivo nos processos de criação do conhecimento (SECI) (Krogh et al., 2012).

E, quanto a compensações ao uso e partilha do conhecimento foram constatados alguns modos de as fazer, dos quais o mais destacado é o reconhecimento do desempenho dos trabalhadores com mais referências (3 dos 4 entrevistados) que se culmina, em alguns casos, com entrega de certificados de mérito em ambiente público com maior participação dos funcionários da mesma organização, o que testemunha o que vale os outros e incentiva a prossecução das mesmas práticas por estes, e, em outros casos, em ambiente particular, conforme as entrevistas: E.1 “ *Também organizamos gala de reconhecimento com entrega de certificados de reconhecimento de serviço aos técnicos pelos trabalhos que fazem*”; E.2 “*Na minha instituição anterior fizemos o reconhecimento através do certificado de mérito; e “Independentemente de gala, quando houve pessoas que de um motivo merecem um reconhecimento, criámos um espaço em um ambiente de diversão para reconhecê-las através de certificados de mérito”* (E.4). No entanto, os trabalhos de Bob demonstram que um simples elogio por um trabalho bem feito envolve 4 pontos do *top 10* dos fatores motivacionais desejados pelos trabalhadores (Nelson & Economy, 2020). Mas, para Rego et al. (2018), as compensações não-monetárias, apesar de ser importantes, devem acompanhar das monetárias, justificando que carinhos com rosas não são suficientes para proporcionar o pão ao trabalhador.

Ainda, a compensação monetária apresenta com duas referências nas entrevistas, que se aplica aos colaboradores pela produtividade global, pela função desempenhada ou pelo cumprimento de uma obrigação, de forma a retribuir o esforço individual ou coletivo no exercício profissional ou das funções despendido para bem da organização, como se observam: E.1 “*São incentivos morais, parte monetária calculada por ganho mensal, multiplicando por 30% de acréscimo sobre ano homólogo*”; e E.2 “*Nós damos incentivos equiparados, por exemplo eu, não posso receber igual incentivo com o meu diretor. Há pouco tempo chamamos dois Enfermeiros que estiveram 48 horas de serviço e damos dez mil a cada um*”. Segundo Rego et al. (2018) a compensação monetária tem duplo valor, como de melhorar o bem-estar material e social e de significar o reconhecimento do contributo individual pela organização, apesar de as pessoas valorizarem compensações indiretas, como no caso de formações como utilizadas na motivação dos colaboradores com reconhecimentos merecidos pelos seus trabalhos. Formações essas que podem ser uma

bolsa de estudo no estrangeiro, estágio de aperfeiçoamento profissional, ou uma capacitação numa matéria específica.

Tabela 8 – Motivação do funcionário na aplicação das práticas de gestão do conhecimento

Entrevistados	Reação a erros e sua razão	Incentivo a práticas de GC	Compensação à aplicação do conhecimento
E.1	- Advertência verbal, por escrito e sansões. - Para repreensão	- Valorização do conhecimento - Acesso a conhecimento - Treinamento constante	- Gala de reconhecimento
E.2	- Com limitações - Pela falta de condições, falta de justiça e o medo das consequências	- Seminários, conferências, djunbai (café de conhecimento) e melhores práticas	- Certificado de mérito
E.3	- Diálogo - Para compreender as causas do erro para boa tomada de decisão	- Reuniões e ocorrências	- Monetário
E.4	- Diálogo - Para compreender as causas do erro e para servir de experiência	- Liderança democrática	- Certificado de mérito, estágios de formação e reciclagem, bolsas de estudo

Fonte: elaboração própria

Usa-se critério de mérito na atribuição de formação não só para dar oportunidade aos profissionais para o desenvolvimento profissional, mas, também para incentivar o mesmo comportamento e o profissionalismo nos colaboradores. Assim disse: E.4 *“Também compensamos, por exemplo, quando há estágios de formação, bolsas, reciclagem, usámos basicamente este critério”*. Reconhecimento da perícia pela progressão na carreira e o esquema de compensação baseado em atividades de conhecimento aumentam a motivação dos trabalhadores para utilizarem mais dos seus conhecimentos no seu trabalho (Inkinen et al., 2015). Contudo, Rego et al. (2018) defendem que a compensação se trata de um tipo de recompensas monetárias que engloba o salário e outros bens suscetíveis de avaliações em termos monetários.

Os reconhecimentos tanto no ambiente público quanto particular servem de elogios e o encorajamento aos colaboradores que aplicam as suas competências no cumprimento das suas obrigações para a consecução dos objetivos da organização, e para que estes colaboradores sirvam de exemplo para os outros.

4.3 – Análise dos resultados

Este estudo foi aplicado a instituições administrativas da Organização da Saúde Pública da Guiné-Bissau, com o objetivo central de verificar como se aplicam em prática a gestão do conhecimento nestas organizações. Para isso, foi elaborado um guião com 15 questões divididas em 3 grupos, de acordo com objetivos específicos. Assim, o primeiro grupo de 5 questões tem como objetivo identificar existência das práticas de gestão do conhecimento,

o segundo grupo, com 3 questões, destinado a verificar o nível de relacionamento do gestor com as práticas de gestão do conhecimento, e por último, o terceiro com 7 questões, objetivando compreender as competências do gestor na aplicação das práticas de gestão do conhecimento, incluindo o perfil sociodemográfico dos participantes.

O estudo permitiu determinar o perfil sociodemográfico dos participantes do trabalho, enquadrado numa população jovem 100% homens dentre 39 a 45 anos de idade, com habilitações literárias divididas em dois licenciados e dois mestres, mas que não estão ligadas à saúde, com duas nomeações definitivas e duas em comissões de serviços e destas, uma sem vínculo anterior com a função pública, na qual pode-se detetar a discordância com o artigo 5º do EPAP/Guiné-Bissau (Função Pública, 1994).

O conjunto dos dados obtidos apontam a existência das práticas de GC do modelo de Gholami et al. (2013) nas instituições de saúde, tais como aquisição, criação, partilha, armazenamento e utilização do conhecimento, e mostram adequadas à gestão do conhecimento da saúde pública da Guiné-Bissau. Os resultados demonstram que as PGC existentes nas instituições de saúde pública são aplicadas na gestão de conhecimento de seguinte maneira:

A aquisição do conhecimento - observa-se na identificação de lacunas de conhecimento que decorreu com listagem das áreas de cuidados de saúde com falta de conhecimento especializado para o seu funcionamento adequado assim como na identificação dos lugares por onde se pode encontrá-lo como instituições de conhecimento, os indivíduos e grupos possuidores de conhecimentos e experiências, o que determina competências possuídas pela organização diante dos desafios a enfrentar e os objetivos a alcançar. Este resultado foi encontrado no processo de identificação do conhecimento do estudo de Jarrar (2002).

Portanto, a existência desta prática de gestão do conhecimento pode demonstrar a preocupação da gestão com conhecimento e experiência dos indivíduos e grupos dentro e fora da organização, com instituições de formação, com as organizações congêneres com mais experiência em uma ou outra área e, também, o reconhecimento das capacidades individuais e coletivas para responder as necessidades dos utentes. Em semelhança com Batista (2012) e Gonzalez & Martins (2017).

A criação do conhecimento para resolução dos problemas nas instituições é feita através da formação dos funcionários dentro ou fora da organização, contratação de indivíduos com competência requerida, parcerias com outras organizações e as missões médicas, dados que demonstram a presença da prática de criação do conhecimento nestas instituições, concordado pelo estudo da CEN (2004). Os resultados indicam que a ocorrência desta prática depende muito do Ministério de saúde com os seus parceiros e dos programas que

atuam na saúde (quadro 4) pela capacidade financeira limitada destas instituições administrativas, em particular, as não têm parceiros institucionais individuais, o que as obrigam a não executar os seus planos de formações e reciclagens, ou até, a não os ter.

De acordo com os resultados, a dependência da prática de criação de conhecimento pelo ministério da saúde e os parceiros, mas com pouca aplicação, afeta muito a gestão do conhecimento nas estruturas administrativas de cuidados de saúde, como observado na identificação das lacunas do conhecimento, muitas especialidades de cuidados de saúde com falta de conhecimento especializado (quadro 2), sendo que, organizações e programas que atuam na saúde têm os seus objetivos que podem não ser de adotar instituições de conhecimentos especializados.

Verificou-se iniciativas pessoais individuais de formar-se profissionalmente e de progredir-se na carreira, mesmo com o risco maior de não enquadrar no mercado de trabalho guineense se área de formação escolhida não adequar a áreas das necessidades da saúde pública da Guiné-Bissau. Iniciativas pessoais de progressão profissional podem ser vistas como maneira de buscar melhorar o desempenho individual, que às vezes, servem de fuga dos quadros (Lopes, 2011), que pode ser minimizada pelo conhecimento dos benefícios e participação na aplicação efetiva das PGC por parte dos gestores, como potenciais colaboradores da organização da saúde pública na materialização da sua política sanitária.

Pode-se observar que a aplicação da prática de criação do conhecimento para atender as necessidades dos utentes através formações pode ser a melhor forma de adotar à instituição de competências para concorrência no mercado e melhorar a capacidade de alcançar os seus objetivos, e a indivíduos, de competência e experiência para desempenhar melhor as suas tarefas para o bem da instituição e progressão na carreira como bem pessoal. Para isso, os gestores das instituições de saúde devem perceber destes e outros benefícios que aplicação das PGC podem acrescentar às organizações (Gholami et al., 2013).

Os dados do estudo, ao apontarem a facilidade do acesso a boas práticas e conhecimentos-chave da organização através de comunidades de prática, internet, repositórios de conhecimento, programas e organizações que atuam na saúde revelam práticas de armazenamento e de partilha do conhecimento, respetivamente (quadro 3), onde pode-se observar que todos os meios aplicados à partilha do conhecimento, com exceção de programas e organizações como meios unicamente de partilha neste estudo, aplicam-se ao armazenamento de conhecimento.

O estudo apresenta que, indivíduos com conhecimentos especializados e com uma larga experiência, onde pode-se adquirir conhecimento na especialidade através estágios práticos de aprendizagem (E:2) e instituições de estudo e pesquisa como INASA, que desenvolvem

temas de estudos científicos em saúde, um portal da organização para conhecimento em internet através de consultas individuais ou coletivas para atualização e melhoria do desempenho, servem para armazenar e partilhar boas lições aprendidas e boas práticas já aplicadas com sucessos nas resoluções dos problemas nestas instituições (Gonzalez & Martins, 2017; CEN, 2004). A diferença observada acerca de armazenamento na abordagem de CEN (2004), apesar de concordar em partes, refere-se as estruturas, os processos, a cultura e os bancos de dados da organização, como outros meios importantes de armazenamento do conhecimento. Esta diferença pode estar relacionada a pouco conhecimento dos gestores em relação às PGC.

Os resultados obtidos indicam que os relatórios produzidos pelos responsáveis de atividades e pelas avaliações de desempenhos individual e coletivo são formas de os gestores observarem a utilização do conhecimento existente e acessível pelos funcionários nestas instituições. Os relatórios são produzidos pelos responsáveis das áreas sanitárias nos encontros de avaliações mensais das atividades realizadas, com participação dos técnicos (E.1, e E4) nos quais incluem conjunto de informações sobre resultados alcançados que podem ser comparados aos esperados (Gonzalez & Martins, 2017).

A produção dos relatórios mensais com informações que incluem resultados já alcançados pela organização permitem situar a sua posição em relação aos conhecimentos existentes e acessíveis dentro da instituição, comparando estes resultados alcançados com esperados e, se ainda, existe a necessidade de novos conhecimentos para onde pretende-se chegar ou melhorar a performance da organização (Lyons, 2003) citado por (Giacobbo, 2005).

Conforme os resultados, realização de formações contínuas pelos programas e as organizações que atuam no setor da saúde através dos seus técnicos aos seus colaboradores permite transmitir conhecimentos específicos a suas áreas de intervenção. No seguimento da aplicação desses conhecimentos para atingir os seus objetivos entre os técnicos e os formados e na troca de conhecimentos entre estes passam a constituir comunidades de prática nessas áreas específicas. Por conseguinte, a utilização do novo conhecimento nas suas tarefas, a partilha nas reuniões e ocorrências permitem a criação, o armazenamento e identificação dos indivíduos com mais domínio/com mais necessidade nesse novo conhecimento, de formas que estas 5 PGC têm comunicação entre si na sua execução, como foi visto em vários estudos (Batista, 2012; Gonzalez & Martins, 2017; Badimo & Buckley, 2014; Poleza, 2017), representada na figura “Pentágono de Gholami et al.2013”.

O relacionamento do gestor com as PGC foi verificado pela sua perceção de conceito, pelo contato e o lugar de contato com estas e pela perceção dos seus benefícios para saúde. Os dados indicam que os gestores têm dificuldades quanto ao conceito e quanto a identificação

de com quais têm contato frequente que demonstram o desconhecimento do modelo das 5 PGC de Gholami. Apesar da dificuldade observada nas questões anteriores, as suas respostas sobre o lugar de contato com PGC tentaram enquadrar no que disseram Ramachandran et al (2013) que destacaram a formação, como melhor forma de chegar ao conhecimento auxiliado pelo exercício profissional como os lugares de contato, assim como a enquadrar os benefícios para saúde a alguns estudos que referiram a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, como (Poleza, 2017; Ayatollahi & Zeraatkar, 2020) e um bom clima de relacionamento entre os profissionais (Saraiva & Almeida, 2017).

Na competência do gestor para aplicação das PGC os dados apontam que conhecimento e a experiência dos gestores não são adequados a exercícios das funções desempenhadas, por não serem gestores profissionais, gestores em saúde, pela pouca experiência em gestão e em saúde e falta de capacitação durante as funções. O resultado aproximado ao encontrado no estudo de Bonfim (2021) sobre Mapeamento das Competências Organizacionais e Perfil dos Gestores Hospitalares no Hospital Central de São Tomé e Príncipe, com um diferencial na experiência como gestores e como profissionais de saúde. No entanto, apresentam boas atitudes para aplicação das PGC sobretudo, na reação aos erros, no incentivo e na compensação dos funcionários.

Observa-se que os gestores, desde o ingresso a data de estudo (tabela 6), não receberam formações de capacitação na matéria de gestão em saúde, que podia substituir ou melhorar pouco conhecimento e experiência através de formações contínuas (Minayo & Deslandes, 2002), como também, para uma integração a um novo ambiente de outro nível de complexidade, o que não é aceitável por Seixas & Melo (2004) para um gestor hospitalar. Situação essa que pode ser explicada pelo domínio da prática de criação do conhecimento no setor da saúde pública da Guiné-Bissau pelas organizações e programas que atuam em saúde para os seus objetivos.

Ao analisar dados sobre fator atitude do gestor composto por três itens, viu-se que, na reação aos erros de funcionário, adotou-se o diálogo como a melhor forma de lidar com os erros para evitar possíveis outros erros de reação antes de inteirar do assunto, e advertências desde verbal a sanções usadas para corrigir os erros conforme a gravidade e para evitar a recorrência dos mesmos com outros colaboradores (Nelson & Economy, 2020). A outra forma que o estudo destacou é uma indecisão ou limitação diante dos erros pelo medo de sofrer consequências pela decisão tomada devido a falta de justiça na Guiné-Bissau que, às vezes, acaba por penalizar os decisores em vez de os infratores (UNIOGBIS-ACNUDH, 2017).

Os resultados indicam que falta de competência na gestão das instituições de saúde pode ter uma contribuição negativa na gestão do conhecimento, como foi observado nas opiniões de alguns intervenientes, fuga dos quadros (E.1), indecisão ou limitações nas tomadas de decisões (E.3), a injustiça (UNIOGBIS-ACNUDH, 2017), que podem ser motivadas pela inobservância à lei da administração pública da Guiné-Bissau que afeta consideravelmente todos os níveis de gestão, desde altos cargos até simples funcionário (Mendonça, 2020), que às vezes, um ou outro precisa do padrinho para afetação a um lugar ou instituição.

Tabela 9 - Resumo geral de análise dos resultados

Gestão de conhecimento na saúde pública da Guiné-Bissau			Relacionamento do gestor com PGC	Competência do gestor na aplicação das PGC	
Práticas de GC	Estruturas de prática de GC	Ações organizacionais		Conhecimento e experiência em gestão e/ou na área de saúde	Atitude
Aquisição do conhecimento	- Instituições de saúde – gestores	- Identificação de lacunas do conhecimento - Identificação das instituições de conhecimentos	Despercebida	Poucos	Boa
Criação do conhecimento	- Ministério de saúde e parceiros - PIMI II – programa de saúde - Instituição de saúde e parceiros	- Formação dos funcionários - Contratação do pessoal - Criação de parcerias			
Partilha do conhecimento	- Programas de paludismo e nutrição - Organizações de saúde (OMS, EMI) - Comunidades de prática, internet, consultor, repositórios	- Formações e capacitações - Reuniões e ocorrências - Djumbai (café de conhecimento) - Facilidade de acesso a conhecimento - Estágios práticos			
Armazenamento do conhecimento	- Comunidades de prática - Internet - Repositórios do conhecimento	- Formação contínua - Bom uso do conhecimento - Autoaprendizagem			
Utilização do conhecimento	- Instituição – gestor - Serviços – Gestor intermediário	- Avaliação do desempenho - Relatórios de atividades			

Fonte: Elaboração própria

Observou-se que os gestores interessam-se no diálogo com os colaboradores para descobrir as causas dos erros e o que é preciso e possível fazer em termos de apoio, mas, também aplicam sanções quando o cometimento dos erros atinge o nível da desobediência a normas de funcionamento da instituição para não influenciar o comportamento dos outros trabalhadores que pode afetar o desempenho da organização, uma atitude aplaudida por Nelson & Economy, (2020).

O trabalho revelou, como comportamento motivador à aplicação das práticas de gestão do conhecimento dos gestores, a valorização de conhecimento que os indivíduos detêm de modo a estes sentirem valorizados e motivados a utilizar os conhecimentos que têm, comunicação de informação com colaboradores a todos os níveis, a formação contínua, a participação nos seminários de aperfeiçoamento profissional, espaços de apresentação e troca de opiniões na matéria de trabalho com e entre os colaboradores como conferências, djumbai (café de conhecimento), reuniões e ocorrências e a consideração das opiniões dos trabalhadores nas tomadas de decisões e no incentivo ao uso do conhecimento (Nelson & Economy, 2020; Scarbrough, 2003).

Na compensação ao uso do conhecimento, o estudo demonstra que o reconhecimento pelo trabalho feito através de atribuição de certificado de mérito em ambiente público como uma gala para efeito é a compensação mais recorrida pelos gestores. Ainda, se observa os estágios de formação e reciclagem para o crescimento profissional, progressão na carreira através de bolsas de estudo e prémio monetário, como modos compensatórios a utilização do conhecimento, como foi observado em (Scarbrough, 2003), estes modelos de compensações motivam os trabalhadores na prática de gestão de conhecimento.

Por conseguinte, as afirmações referidas demonstram, apesar de poucos conhecimentos e experiências na matéria de gestão de unidades de saúde, atitudes positivas dos gestores quanto a erros dos colaboradores, incentivo a PGC e compensação ao uso do conhecimento, para constituir um ambiente propício para práticas de GC, que podem permitir com que estes colaboradores estejam motivados em aprendizagem e que estejam engajados com os objetivos da organização. E, tanto a aprendizagem com os erros pelo diálogo quanto repreensão pelas advertências e sanções são necessárias quando justifiquem preservar os padrões do desempenho da organização.

5 – Considerações finais

Neste capítulo refere-se a conclusão de que o estudo chegou, as limitações com que se deparou no decorrer do processo de trabalho e as sugestões para futuros estudos.

Constatou-se que era importante o estudo da gestão do conhecimento em unidades de saúde, pela estabilidade tanto no plano económico quanto no atendimento e na tomada de decisão, e ainda, pela facilidade do desenvolvimento das competências individuais e coletivas que suas práticas proporcionam, que se resume na melhoria da qualidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes.

Diante disso, observando o objetivo geral, “Verificar como as organizações de saúde pública se aplicam em prática a gestão do conhecimento”, é possível constatar que este foi atendido, por observar que aplicação de gestão do conhecimento em prática em quatro instituições de saúde estudadas se acontece nas rotinas institucionais através dos parceiros, gestores, colaboradores, mas sem compromissos rigorosos para a sua aplicação. Quando assim é, os objetivos das instituições ficam afetados pelo modelo de rigor imprimido na prática de gestão de conhecimento tanto a nível do desempenho individual, coletivo, financeiro quanto a nível estrutural, com o reflexo na qualidade de prestação de serviços aos utentes, como é o caso da Guiné-Bissau.

Verificou-se que existem as práticas de gestão do conhecimento do modelo de Gholami et al. (2013) nas instituições estudadas que se comportam a aquisição, a criação, o armazenamento, a partilha e a utilização do conhecimento neste estudo, com aplicação dominada pelo Ministério de saúde e/ou com seus parceiros de desenvolvimento, e na falta de resposta necessária a problemas destas instituições, algumas tentam estabelecer parceria pessoal para minimizar esta falta. Outras formas de partilha de conhecimento são através de missões médicas voluntárias de curta duração que de vez em quando vão a Guiné-Bissau, prestam serviços de cuidados especializados em certas especialidades e realizam seminários de capacitação dos técnicos.

Foi constatando que os gestores que assumiram os cargos de gestão nas instituições estudadas têm pouca relação de contato (o desconhecimento do contato) com as práticas de gestão do conhecimento do modelo aplicado nesta pesquisa, demonstrada na sua percepção com as quais obtêm-se contato com frequência. Apesar dessa dificuldade, é possível admitir que os gestores têm mais contato com a aquisição do conhecimento pela identificação das necessidades dos serviços e na identificação das instituições e indivíduos de conhecimento para solução das suas necessidades.

Ainda, foi observado o reconhecimento pelos gestores de que seria possível o contato com as PGC durante a formação académica e ao longo do exercício das funções, e que os benéficos da sua aplicação se reservam a qualidade do sistema de saúde e a qualidade de prestação de serviços. Também, verificou-se que, estas instituições dependem muito de terceiros financeiramente mesmo para uma formação de reciclagem dos colaboradores, o que obriga a não execução ou falta de planificação de formações e capacitações, de maneira que as PGC existentes são inconscientemente aplicadas nestas instituições.

Por outro lado, a competência dos gestores para aplicação das PGC no que refere a experiência, o conhecimento e atitudes, pode-se dizer que todos apresentam com pouco conhecimento na matéria de gestão em saúde e na área de saúde por não serem profissionais de saúde e nem gestores em saúde, assim como pouca experiência ao ingressar a esta carreira e pela falta de formações de capacitação em gestão dos serviços de saúde ao longo de exercícios das funções. Mas, constatou-se boas atitudes para aplicação das PGC na reação aos erros, conforme a gravidade, desde o diálogo, na tentativa de compreender as causas e apoiar a sua superação, a uma sanção disciplinar, quando a sua recorrência comporta o desrespeito a leis e padrões organizacionais de funcionamento, para não permitir atitudes do mesmo género nos outros. Também, foi notório que a tomada de decisão do gestor é afetada pelo preenchimento de vagas e serviços que tenha outro suporte que não seja pela competência, o fato que interfere em outras decisões do mesmo género, que prejudica, de tal maneira, os trabalhos dos gestores do Serviço Público da Saúde.

A falta de gestores profissionais em saúde está evidente na gestão das instituições de saúde, ou seja, todos os participantes não são gestores em saúde e a metade foi pela comissão de serviço, o que demonstra a necessidade de aplicação efetiva das PGC na organização do Serviço Público da saúde da Guiné-Bissau, para permitir a identificação, criação e recuperação das competências necessárias aos cuidados de saúde e à gestão, pela complexidade e especificidade que caracterizam esta organização, para evitar a função pública de “perder um bom técnico em uma área ou setor e a saúde não beneficiar de um bom gestor”.

Os resultados deixaram notas de uma população de gestores com força de trabalho, de idade entre 39 e 45 anos, mas também, uma nota de nomeação em comissão de serviço, de 44 anos de idade, que não tinha trabalhado anteriormente na função pública da Guiné-Bissau, de maneiras que, um gestor em saúde deve conhecer e obedecer as leis e padrões que regem o EPAP desde a sua nomeação para facilitar a sua aceitação dentre os colaboradores porque são cérebros com conhecimentos, pois, a gestão é cumprir e fazer cumprir a lei.

A qualquer organização que deseja ter um sucesso notável (seja da qual natureza, empresa, governo, estado, país, instituição coletiva) no meio das outras, a aplicação efetiva das práticas de gestão do conhecimento permite:

- ter conhecimento ou competências para um bom desempenho organizacional em termos de prestação de serviço de qualidade à população, em termos financeiros, do desenvolvimento individual e coletivo dos funcionários;
- que a organização tenha os gestores como potenciais colaboradores para materialização do plano nacional do desenvolvimento sanitário, como o caso da Guiné-Bissau, e evite substituições frequentes sem que importe com os resultados;
- preenchimento ou afetação de vagas e serviços (ou seja, não apenas o preenchimento dos lugares) pela competência requerida, o que pode reduzir o apadrinhamento de afetações, que acaba por pesar na decisão do gestor.

Tudo isso vem contribuir grandemente para a paz organizacional, ou seja, um bom clima no meio dos servidores da organização para atender melhor o utente/cliente/povo. Adoção da gestão do conhecimento consciente por meio destas práticas com o objetivo de levar o conhecimento preciso à pessoa precisa no serviço preciso, (ou seja, “não só colocar pessoas nos lugares, mas sim, cada pessoa no seu lugar”), pode ajudar muito na redução das necessidades crônicas dos cuidados de saúde que as instituições enfrentam e no alinhamento das práticas de gestão do conhecimento a reais problemas institucionais e na redução de fuga dos quadros.

Portanto, o estudo contribuiu com: i) a introdução e a ligação dos gestores das instituições do Serviço Público da Saúde da Guiné-Bissau ao tema Gestão do Conhecimento, lançando o desafio à sua institucionalização; ii) o conhecimento das vantagens de aplicação das práticas de gestão do conhecimento para Unidades de Saúde da Guiné-Bissau; iii) um dos poucos estudos na área de gestão na Guiné-Bissau e, pelo que conhecemos, o primeiro sobre a gestão do conhecimento na organização da Saúde Pública da Guiné-Bissau, por isso, foi aplicado o método exploratório.

Limitações do estudo foram: i) o número reduzido de amostra devido a dificuldade de acesso a instituições de saúde da Guiné-Bissau, dificuldade ampliada pelo estudo à distância e pouco domínio de internet, que por sua vez, dificultaram a aceitação de participação no estudo por parte dos colaboradores e abrangência dos funcionários das instituições de saúde no estudo; e ii) dificuldades de comunicação na realização do trabalho pelas falhas da Internet; iii) não inclusão de organização de saúde semiprivada e privada. Assim, o estudo sugere, para as futuras pesquisas, a aplicação do estudo a organizações privada e/ou

semiprivada de saúde, a outros setores públicos e privados, e estudar fatores condicionantes à aplicação de gestão de conhecimento nas organizações de saúde da Guiné-Bissau.

Referências

- Andreeva, T., & Kianto, A. (2012). *Does knowledge management really matter? Linking knowledge management practices, competitiveness and economic performance*", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 16(4 pp. 617–636).
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/13673271211246185>
- Asemahagn, M. A. (2014). Knowledge and experience sharing practices among health professionals in hospitals under the Addis Ababa health bureau, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-431>
- Augusto, M. C. B., & Rodrigues, A. C. (2014). Competências de gestão para a função de Enfermeiro Gestor. *Investigação e Intervenção Em Recursos Humanos*, 4, 1–13.
<https://doi.org/10.26537/iirh.voi4.2079>
- Ayatollahi, H., & Zeraatkar, K. (2020). Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: a literature review. In *Health Information and Libraries Journal* (Vol. 37, Issue 2, pp. 98–117). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/hir.12285>
- Badimo, K. H., & Buckley, S. (2014). *the Organisation in the Form of Organisational Design*. 8(11), 3449–3458.
- Baldasso, C. N. (2013). *Gestão do Conhecimento na saúde pública do Brasil* [Universidade do Vale do Rio dos Sinos]. www.scholar.google.com
- Batista, Fabio Ferreira. (2012). *Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira: Como implementar a Gestão do Conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão* [E-books]. ipea. <http://www.ipea.gov.br>
- Batista, Fábio Ferreira, Xavier, A. C. da R., Mendes, L. C. A., & Rosemberg, G. (2007). *Gestão do conhecimento em organizações públicas de saúde* [E-Books]. ipea. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1579/1/TD_1316.pdf
- Bonfim, V. S. V. C. (2021). *Mapeamento das Competências Organizacionais e Perfil dos Gestores Hospitalares: um estudo de caso no Hospital Central de STP*.
- Carvalho, C. J. da C. (2021). *PAPÉIS DO CONTROLLER NO SETOR HOSPITALAR UM ESTUDO DE CASO* [Dissertação do mestrado]. universidade de Porto.

- Castillo, L. M., & Cazarini, E. W. (2010). Conceitos importantes na gestão do conhecimento e a taxonomia do conhecimento. *Simpósio de Administração Da Produção, Logística e Operações Internacionais SIMPOI 2010*, 1–14.
- CEN. (2004). WORKSHOP AGREEMENT European Guide to good Practice in Knowledge Management - Part 1 : Knowledge Management Framework. In *Knowledge Management*.
- Chanes, M. (2006). Os desafios na formação de gestores líderes em saúde The challenges in the formation of leader managers in health. *O Mundo Da Saúde São Paulo*, 30(2), 326–331.
- Chang, C. L., & Lin, T.-C. (2015). The role of organizational culture in the knowledge management process. *Journal of Knowledge Management*, 19(3), 433–455. <https://doi.org/10.1108/JKM-08-2014-0353>
- Chiavenato, I. (1983). *Introdução à Teoria Geral da Administração* (3rd ed.). McGraw-Hill do Brasil, Ltda.
- Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. F. (2016). *Gestão do conhecimento em instituições de saúde portuguesas*. 69(3), 492–499. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690311i>
- Cunha, M. P. e, Rego, A., & Cardoso, C. C.-. (2019). *Teoria das Organizações e da Gestão - Uma perspetiva histórica* (M. Robalo (ed.); 1st ed.). Silabo, Lda. www.silabo.pt
- Dias, S., & Gomes, A. (2019). *Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública* (E. A. S.A. (ed.); 1st ed.). www.almedina.net
- Donate, M. J., & de Pablo, J. D. S. (2015). The role of knowledge-oriented leadership in knowledge management practices and innovation. *Journal of Business Research*, 68(2), 360–370. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2014.06.022>
- El Morr, C., & Subercaze, J. (2005). Knowledge Management in Healthcare. *Handbook of Research on Developments in E-Health and Telemedicine*, 31(3), 490–510. <https://doi.org/10.4018/978-1-61520-670-4.ch023>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). *Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa 1*.
- Função Pública, G.-B. (1992). *Estatuto do quadro do pessoal dirigente da administração pública*. www.vlex.pt
- Função Pública, G.-B. (1994). *Estatuto do pessoal da administração pública*. www.vlex.pt

- Gholami, M. H., Asli, M. N., Nazari-, S., & Noruzy, A. (2013). *Investigating the Influence of Knowledge Management Practices on Organizational Performance : An Empirical Study*. 10(2), 205–216.
- Giacobbo, E. M. (2005). *Ações implementadas a partir do mapeamento de competências no setor de produção: O caso da Cia. Iguazu de café soluvel* [Dissertação]. Universidade Tecnológica Federal do Paraná/Brasil.
- Girard, J., Georgia, M., & College, S. (2015). *Defining knowledge management : Toward an applied compendium*. 3(1), 1–20.
- Gonzalez, R. V. D., & Martins, M. F. (2017). O Processo de Gestão do Conhecimento: uma pesquisa teórico-conceitual. *Gestão & Produção*, 24(2), 248–265.
<https://doi.org/10.1590/0104-530x0893-15>
- Gonzalez, R. V. D., Martins, M. F., & Melo, T. M. (2018). Gestão do conhecimento: tipologia a partir dos fatores contextuais da organização. *Transinformação*, 30(2), 249–266. <https://doi.org/10.1590/2318-08892018000200009>
- Grohmann, M., Battistella, L., & Baratto, J. (2012). Competências do gestor hospitalar : estudo em um hospital público brasileiro Heays. *Enfermeria Global*, 26, 209–226.
https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_administracion4.pdf
- Inkinen, H. T., Kianto, A., & Vanhala, M. (2015). Knowledge management practices and innovation performance in Finland. *Baltic Journal of Management*, 10(4), 432–455.
<https://doi.org/10.1108/BJM-10-2014-0178>
- Jarrar, Y. F. (2002). Knowledge management: learning for organisational experience. *Managerial Auditing Journal*, 17(6), 322–328.
<https://doi.org/10.1108/02686900210434104>
- Kakietek, J., Henriques, A. C., Mehta, M., Eberwein, J. D., Akuoku, J. K., Moreira, I. M., Baldé, F. H., Araújo, E. C., & Shekar, M. (2017). *Incrementar a Nutrição Na Guiné-Bissau : Quanto Vai Custar ?*
- Kianto, A., Ritala, P., Spender, J.-C., & Vanhala, M. (2014). *The interaction of intellectual capital assets and knowledge management practices in organizational value creation* Copyright of the original publication : © 2014 , Emerald Group Publishing Limited Please cite the publication as follows : This version can . 15(3), 362–375.
<https://doi.org/10.1108/JIC-05-2014-0059>
- Kothary, C. R. (1990). *Research methodology: Methods & techniques* (2nd ed.). New Age

International. www.newagepublishers.com

- Krogh, G. von, Nonaka, I., & Rechsteiner, L. (2012). Leadership in organizational knowledge creation: A review and framework. *Journal of Management Studies*, 49(1), 240–277. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2010.00978.x>
- Lindner, F., & Wald, A. (2011). Success factors of knowledge management in temporary organizations. *International Journal of Project Management*, 29(7), 877–888. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2010.09.003>
- Lopes, É. E. O. (2019). *A prática de gestão do conhecimento nas empresas em cabo verde*. INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA.
- Lopes, S. T. C. (2011). *PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA GUINÉ-BISSAU EM PORTUGAL POR DETRÁS DO IR E NÃO VOLTAR* [Universidade Nova de Lisboa]. www.scholar.google.com
- Mahmoudsalehi, M., Moradkhannejad, R., & Safari, K. (2012). How knowledge management is affected by organizational structure. *Learning Organization*, 19(6), 518–528. <https://doi.org/10.1108/09696471211266974>
- Mateus, D., Lopes, S., & Santana, R. (2021). *Gestão, Liderança e Cultura Organizacional para Gestores Hospitalares* (E. Almedina S.A. (ed.); 1st ed.). www.almedina.net
- Mendonça, R. (2020). *Recrutamento e Seleção dos Funcionários e Dirigentes para a Administração Pública Guineense-Critério Político e Partidário ou Critério de Competência?*
- Minayo, M. C. de S., & Deslandes, S. F. (2002). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método* (E. FIOCRUZ (ed.); 1st ed.). SciELO. <http://books.scielo.org>
- MINSAP-PNDS III. (2017). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III*. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau - PNDS III 2018-2022.
- Nair, B. V., & Munusami, C. (2020). Knowledge management practices. *Journal of Research in Innovative Teaching & Learning*, 13(2), 174–190. <https://doi.org/10.1108/jrit-01-2019-0008>
- Nassar, M. R. F. (2005). O Papel da Comunicação nas Organizações de Saúde: oportunidades e desafios. *Publicidade Interativa e Marketing de Relacionamento Na Internet*, 1–13.

- Nelson, B., & Economy, P. (2005). *Gestão Para Totós* (P. Editora (ed.); 1st ed.). Porto Editora/Portugal. www.portoeditora.pt
- Nelson, B., & Economy, P. (2020). *Gestao para Totós* (S. M. Ferreira (ed.); 2nd ed.). Porto Editora/Portugal. www.portoeditora.pt
- Poleza, M. (2017). *Gestão Do Conhecimento Na Área Da Saúde : Plataforma Colaborativa como meio de preservação da memória organizacional* [Dissertação do Mestrado, Universidade do Estado de Santa Catarina].
<https://www.labtegcg.udesc.br/kbspessatto/index.php/Especial:Versão>
- Popa, I., Stefan, S. C., Morarescu, C., & Cicea, C. (2018). Research regarding the Influence of Knowledge Management Practices on Employee Satisfaction in the Romanian Healthcare System. *Www.Amfiteatru economic.Ro*, 20(49), 553.
<https://doi.org/10.24818/EA/2018/49/553>
- Popadiuk, S., & Choo, C. W. (2006). Innovation and knowledge creation: How are these concepts related? *International Journal of Information Management*, 26(4), 302–312. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2006.03.011>
- Popescu, D. I., Alexandru, A., Ceptureanu, S. I., & Ceptureanu, E. G. (2018). Analysis of MSEs in ICT domain from bucharest - ilfov county by using Nonaka - Takeuchi model. *Studies in Informatics and Control*, 27(1), 107–116.
<https://doi.org/10.24846/v27i1y201811>
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. de. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2ª edição). Editora Feevale. www.feevale.br/editora
- Ramachandran, D. S., Chong, S. C., & Wong, K. Y. (2013). Knowledge management practices and enablers in public universities: A gap analysis. *Campus-Wide Information Systems*, 30(2), 76–94. <https://doi.org/10.1108/10650741311306273>
- Rego, A., Cunha, M. P. E., Gomes, J. F. S., Cunha, R. C. E., Cardoso, C. C., & Marques, C. A. (2018). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. (M. Robalo (ed.); 3rd ed.). Silabo, Lda. www.silabo.pt
- Resende, R. (2016). Técnica de Investigação Qualitativa : ETCL. *Journal of Sport Pedagogy & Research*, 2(1), 50–57.
- Rodrigues, C. M. L., Chagas, P. C., & Corrêa, C. R. (2015). *Pesquisa Mediada pela Internet: Possibilidades de aplicação de Entrevista online nas ciências da gestão*.

6(2), 68–77.

Sampaio, A. F. D. (2014). *Perfil de um gestor de uma unidade de saúde : Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde* [Dissertação do mestrado]. Instituto Politécnico de Tomar/ Portugal.

Saraiva, D. M. R. F., & Almeida, A. A. de. (2017). Distinguir cultura organizacional e clima organizacional. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* • n.º 22, 24–31.

Scarborough, H. (2003). Knowledge management, HRM and the innovation process. *International Journal of Manpower*, 24(5), 501-516+615.
<https://doi.org/10.1108/01437720310491053>

Seixas, M., & Melo, H. (2004). Desafios Do Administrador Hospitalar. *Gestão & Planejamento - G&P*, 9(10), 16–20.

Sucuma, A. (2022). *O ENSINO SUPERIOR NA GUINÉ-BISSAU: elementos estruturais, conjunturais e suas implicações no desenvolvimento das universidades guineenses*.
www.scholar.google.com

Taquette, S. R. (2016). *Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2(2010), 524–533.

UNIOGBIS-ACNUDH. (2017). Relatório sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau. *UNIOGBIS-Secção de Direitos Humanos/ACNUDH*, 41. www.scholar.google.com

Vilelas, J. (2017). *Investigação, o Processo de Construção do Conhecimento* (Robalo Manuel (ed.); 2nd ed.). Silabo, Lda. www.silabo.pt

Apêndices

Apêndice 1 - Guião de entrevistas

Guião de Entrevistas			
Grupos e nº. de questões	Nº. Qs	Questões	Objetivos
Grupo 1: identificação das práticas de GC existentes – 5 questões	1	Q1. Em que áreas de conhecimento que a instituição apresenta maiores dificuldades para alcançar os seus objetivos?	Identificar práticas de gestão do conhecimento existentes na saúde pública
	2	Q2. Onde se localiza o conhecimento que ainda se precisa para desenvolver ou melhorar processos e serviços da sua instituição?	
	3	Q3. Com que facilidade os funcionários acedem as boas práticas individual e coletiva e conhecimentos existentes da instituição?	
	4	Q4. Quais são indicadores de que os funcionários têm acesso a informações relevantes e conhecimentos-chave dentro da instituição?	
	5	Q5. Como é que se consegue resolver os problemas que requerem conhecimentos especializados que a instituição ainda não tem?	
Grupo 2: verificação da prática G do gestor – 3 questões	6	Q1. Pela sua experiência enquanto gestor, lidou uma vez com quais práticas de GC? Onde?	Verificar a prática de gestão do conhecimento dos gestores da saúde pública
	7	Q2. Pode nos falar da sua perceção das práticas de GC?	
	8	Q3. Qual a sua opinião sobre os benefícios da utilização do conhecimento por um profissional de saúde?	
Grupo 3: compreensão da competência do gestor – 7 questões	9	Q1. Qual foi seu percurso académico?	Compreender competência do gestor na aplicação da gestão do conhecimento
	10	Q2. Quais são as outras formações adicionais ao curso profissional?	
	11	Q3. Há quanto tempo trabalhou como gestor/Administrador?	
	12	Q4. Há quanto tempo trabalhou em saúde como gestor/administrador?	
	13	Q5. Qual tem sido a sua reação perante os erros dos seus funcionários? E porquê?	
	14	Q6. De que forma a liderança incentiva as práticas de GC a nível da organização?	
	15	Q7. Qual tem sido compensações dos funcionários que compartilham e aplicam o conhecimento?	

Idade _____

Sexo _____

Instituição anterior a que pertencia o gestor _____

Apêndice 2 – Entrevistas

Q1. Onde se localiza o conhecimento que ainda se precisa para desenvolver ou melhorar processos e serviços da sua instituição?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Respondendo a sua pergunta, a primeira coisa que tenho para dizer, onde se pode localizar o conhecimento para minha instituição é na formação, que acho importante que a maioria tenha a formação no domínio da gestão hospitalar, que pode permitir qualquer administrador aplicar o seu conhecimento em prol do desenvolvimento do sistema de saúde, que muitas das vezes não se verifica. Muitas vezes os técnicos que exercem funções nem sempre são administradores, nem sempre são gestores e nem tão pouco têm conhecimentos adequados ou ligados a campo em que exercem. Queria dizer com isso que preciso, precisamos de formação no domínio de gestão hospitalar para permitir-nos dar contribuição e aplicar conhecimento no campo em que exercemos.
E.2	AR2 _ Respondendo a sua pergunta, para localizar conhecimentos ligados à minha instituição para melhorar os processos, é através de estudos que fazemos, a nossa carreira de formação ao longo do tempo, depois, a experiência que estamos a adquirir no exercício das funções. Temos intercâmbios de ideias com os colegas porque nos faltam oportunidades de reciclagem e formações durante o exercício profissional como se acontece em outros países do mundo, e principalmente a saúde que não para, sempre em evolução constante em novos conhecimentos. Se adquire conhecimentos para melhorar e através de estudos e pesquisas de internet que se faz em outros países.
E.3	<p>AH1 _ O sistema de saúde na Guiné-Bissau ou a nível mundial tem suas orientações, neste caso, o ministério de saúde tem o seu guião, e tudo que se faz é na base do estabelecido pelo ministério de saúde, porque tu não podes chegar e adotar a sua forma de trabalhar, não. A forma de trabalhar é do ministério de saúde. Senão vejamos, o acordo entre Guiné-Bissau e a União Europeia no caso das crianças de 0 a 59 meses e mulheres grávidas. Crianças com isenções de consulta, análise, evacuação, e mulheres grávidas com isenções de consulta, evacuação, cesariana, ecografia. Tudo isso é o que tem de ser implementado a nível nacional, portanto, tu, responsável de uma instituição como um hospital, não podes dizer que estas pessoas têm de pagar essas taxas.</p> <p>Falando de onde se localiza o conhecimento preciso para melhorar processos e serviços de instituição, tudo tem de ser através de formação, quando o ministério entende que algo precisa de melhorar, pode juntar o pessoal num atelier de 3 dias ou uma semana para poderem receber a ferramenta para o efeito. Quando este entendimento é particular da instituição, tens de reunir a direção, informando que se precisa de mandar técnicos a x sítio para receber formação. Mas, antes, se solicita a instituição de formação para um aval de que tem condições de receber e dar formação a estes técnicos. E tudo isso, fazemos com conhecimento da direção regional como representante do ministério da saúde na região.</p>
E.4	<p>AH2 _ Praticamente tens de fazer esta simbiose sempre, há o que se pode trazer de fora para cá ou da aqui dentro, o que te permite entender o ambiente interno, por exemplo, existe alguns comportamentos vindos de casa para aqui com reflexos na nossa produtividade. Há fatores compreensíveis no trabalho e há fatores compreensíveis fora do trabalho que te permitem fazer uma simbiose para poder obter resultados porque, focando só aqui dentro, não se consegue, e é possível conseguir este sucesso aqui dentro e fora do grupo. Aqui dentro, é através da interação com equipas, fazemos briefing semanal com pessoal administrativo que nos permite, independentemente das visitas e olhar que faço, avaliar, saber e fazer medição de avaliação do desempenho. Fora, um exemplo prático, as vezes criamos um espaço de lazer, confraternização através do qual, independentemente de pesquisas, estudos que fazes, consegues recolher muita coisa.</p> <p>Existe um plano estratégico do Ministério de Saúde, em que sigo as suas linhas mestras pegando relatórios anteriores, situações que ocorreram para, posteriormente, fazer comparação entre períodos. Visito particularmente outros centros hospitalares como centro hospitalar de Cumura, hospital de Canchungo, o que permite as vezes fazer comparações e depois tirar ilações. Tudo isso, eu faço. Alias, já estou a pedir intercâmbio com o diretor e administrador do hospital de Cumura e estamos a preparar um plano de ação conjunta para poder conhecer real situação de hospitais e para ver a sua solução.</p>

Q2. Com que facilidade os funcionários acedem as boas práticas individual e coletiva e conhecimentos existentes da instituição?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Na verdade, os técnicos usufruem de todos os tipos de meios e oportunidades que a instituição que dirijo oferece, começando desde o domínio de formação, faz-se restituição e formação contínuas. Posso garantir que no sistema de saúde não faltam formações em diferentes áreas, e serviços em que estamos. Terminámos no dia anterior uma formação de três dias com pessoais de CTA sobre VIH e sempre recomendações que damos é de multiplicar informações. Sempre

	<p>programas como de paludismo, nutrição e muitos outros e parceiros como OMS trazem módulos e quando dão formações, no ato de encerramento selecionamos dois ou três participantes e recomendamos organização das formações de restituição para partilhar as mesmas informações com os colegas. Isso é a forma de partilha de informação mesmo não estando na sala de formação, os colegas que estiveram, os conhecimentos que adquirirem e partilharem com vocês, servem como formar-vos também. Qualquer instrumento que foi abordado, qualquer política que foi implementado, eles fazem chegar até junto de vocês para poderem ter o mesmo nível de informação/formação sobre certas orientações políticas dos diferentes programas.</p>
E.2	<p>AR2 _ Os meus funcionários acedem as boas informações através da direção regional de saúde e direção, por exemplo, do hospital regional composta por diretor geral, diretor clínico, enfermeira chefe e administrador. Boas práticas são adquiridas pela transmissão de conhecimentos contínua, dando formações através dos projetos gerenciados pelos parceiros, por exemplo, EMI e INASA como intervenientes no setor de saúde, que apoiavam na transmissão de certos conhecimentos de como os nossos técnicos podem aplicar a boa prática no serviço. A formação contínua, como dissemos, facilita àqueles que estão interessados em superar os seus conhecimentos por meio de pesquisa na internet ou por um consultor nesse domínio, se houver, ajuda na aprendizagem de boas práticas no serviço.</p>
E.3	<p>AH1 _ Posso dizer que, boas práticas, é uma coisa que impera na Guiné, porque este hospital foi construído no quadro de cooperação francesa, na altura tinha duas administrações, uma francesa e outra guineense. A francesa pagava o salário, fornecia os medicamentos dava incentivos e formação de capacitação de como administrar o hospital e assegurava a administração do hospital. A administração guineense, colocação dos técnicos, daí que nos trouxe Dr. Raul, eles fizeram bom trabalho, deixaram bom nome; é o que digo às pessoas, o governo da Guiné-Bissau não produz, por exemplo o hospital está neste momento a suportar a sua administração, em termos de salários, produto de higiene, combustível com a receita interna, que era suportada pela administração francesa antes da entrega do hospital em 2003 ou 2004, com pessoal formado e preparado em como administrar o hospital.</p> <p>As boas práticas que se faziam eram de manter higiene para que os técnicos trabalhem em um bom ambiente e eu, como escuteiro, devo manter ou melhorar a administração e não a piorar, e todos devem a obediência a dirigente. Eu sempre lhes digo que Raul ainda não tem substituto, poderá haver, porque cada qual marca o seu tempo, mas ainda não houve, pelo que fez.</p>
E.4	<p>AH2 _ Nós, como tu sabes, temos um departamento de ensino que é responsável pelo enquadramento, reciclagem, formação e de guardar todas as informações que posteriormente uma pessoa pode ter interesse. Com isto não estou a falar de um departamento estatístico que guarda todos os tipos de informações concernente ao funcionamento do próprio hospital, se quiseres, atualmente, qualquer informação de boas práticas podes nos solicitar, nós solicitaremos estatística num espaço de duas, três horas de tempo terás informação disponível, e precisamente para os funcionários.</p>

Q3. Quais são indicadores de que os funcionários têm acesso a informações relevantes e conhecimentos-chave dentro da instituição?

Entrevistados	Respostas
E.1	<p>AR1 _ Nós mensuramos isso através de relatórios. Normalmente fazemos balanço mensal com os responsáveis de todas as áreas sanitárias envolvendo todos os técnicos na produção de um relatório de todos os tipos de atividades, desde atendimento dos pacientes, consultas pré-natal, incluindo relatório financeiro, apesar de ser uma organização sem fins lucrativos, mas sim, através de cobranças existem isenções que se fazem e nos reportam o que acontece, isenções, o que foi pago, o que deixou de ser pago e tanto parte clínica, através do relatório mensal que te digo, que se trouxe todos os tipos de informação, quer isto dizer que cumprem com todos os tipos de instrumentos que lhes foram disponibilizados para trabalhar e os executam, o que lhes permitem ter relatório final de cada área sanitária que discutimos mensalmente, validamos e guardamos. Também observamos o desempenho de cada técnico.</p>
E.2	<p>AR2 _ Indicadores de que os nossos funcionários têm informações relevantes são através dos dados de consultas, atendimento diário dos pacientes, que nos mostram que os nossos técnicos têm bom conhecimento e aplicam boas práticas aprendidas ao longo das suas formações. Existe indicadores que discutimos nos encontros regionais mensais para analisar os níveis de performance dos dados que vêm das estruturas, a partir dos quais temos uma base sólida que nos permite avaliar a capacidade técnicas dos nossos técnicos em termos de trabalho.</p>
E.3	<p>AH1 _ Indicadores de saúde que estão aqui, se houvesse um programa, o hospital aproveitaria de bons indicadores, nesses bons indicadores foi escolhido o hospital de Mansoa para uma apresentação a nível central e foi, como nunca houve concurso nesta área, estou a referir caso de PIMI 1, dava bons indicadores. Estes bons indicadores vêm do registo, enquanto temos registos em dia e corretos, porque a nível central em que eu participei na reunião com todos os delegados e administradores, se divide os indicadores para demonstrar como estamos, qual a região que está bem, que não está bem. Se</p>

	<p>a tua região não estiver bem, depois de regressar, tu tens de reunir a direção demonstrando que não estão a cumprir com os objetivos.</p> <p>Neste caso, no ano anterior, projeto de saúde de Bandim precisava dos dados de paludismo e veio pedir lista de tratamento de paludismo, mas não era possível encontrar o número que precisava, por não haver arquivo de dados num único sítio, o que não é correto, todos os dados deviam ser arquivados num sítio para facilitar o seu acesso. Nós estamos aqui hoje como facilitadores de trabalho para quem vier, e amanhã podemos estar em outro lugar. Reunião e formação são outros indicadores. Atualmente, os condutores de ambulâncias vão formação que antes iam só técnicos de laboratório e médicos. E sabes o que se acontece então, é que, nós quando saímos de formação não fazemos restituição a nível dos serviços. Porque não podemos ir todos, mas os que foram devem restituir aos colegas o que foi dado na formação, e se não o fizeres os colegas continuam a trabalhar de suas maneiras e tu de outra. Como no meu caso, participei numa formação de 6 a 10 de junho, quando voltei, chamei a equipa administrativa mostrei tudo o que foi dado e o que agora podemos aplicar no trabalho. É isto a restituição.</p>
E.4	<p>AH2 _ Ok. O método que nos permite isso, temos um sistema de avaliação do desempenho, e estes indicadores de avaliação do desempenho que nos permite saber se os funcionários estão a cumprir, se estão dentro de linhas de prossecução dos nossos objetivos. Através deste critério de avaliação do desempenho que temos, que se faz a nível das ocorrências e eu pessoalmente e com a minha equipa, em cada departamento temos pessoal administrativo que acompanha políticas e decisões tomadas para ver se são realmente seguidas, e dentro de rotinas que fazemos, através de apresentação de relatório mensal, cruzámos os dados, fazendo mais a avaliação de equipas porque trabalham em equipa. Não obstante existir situações que individualmente podem ser avaliadas, dependendo do ato de cada pessoa, porque a ética e deontologia profissional é a responsabilidade de cada um e é o que transportamos para o grupo. Mas, basicamente, o que eu sempre lhes digo, não é apenas a competência de uma pessoa que pode melhor o serviço ou próprio sistema, sendo um sistema temos de trabalhar em equipa.</p>

Q4. Como é que se consegue resolver os problemas que requerem conhecimentos especializados que a instituição ainda não tem?

Entrevistados	Respostas
E.1	<p>AR1 _ Na verdade existe ambições por parte dos técnicos, alguns com formações em algumas áreas que não temos disponível na Guiné, o que constitui uma grande preocupação. Estamos a ter fuga dos quadros a busca do conhecimento. Recebemos técnicos, menos de seis meses já vêm com documentos de estudo no exterior, e nós, já que não temos para oferecer, não criamos obstáculos. Na verdade, no nosso plano anual de trabalho prevemos formações de alguns técnicos para exterior, mas até então os nossos parceiros não nos criaram condições para que isso aconteça, de maneira que, os jovens viajam de forma individual e cada qual procura como encontrar a formação por si.</p> <p>Outra coisa, é que já temos um parceiro que é médicos de uma Universidade de Cuba que está a formar alguns médicos em MDG, na qual alguns delegados regionais já estão na formação em saúde pública administrada pela uma universidade de Lisboa, a qual não me lembrei do nome, estando estes ausentes das suas regiões sanitárias quase há uma semana. Quanto a nós gestores e administradores precisamos da mesma coisa, temos necessidade de reforço de capacidade nesse domínio para podermos dar mais contribuição.</p>
E.2	<p>AR2 _ Bem, resolver os problemas de conhecimento que a nossa instituição não tem, se resolve através do ministério, se tem a necessidade de formar os técnicos num domínio ou numa especialidade que achamos importante; então é necessário dar o tempo que permita que esses técnicos sejam formados na área da necessidade da instituição, através de bolsas de estudo, formação contínua, reciclagem. Como estive a dizer, de acordo com a evolução, há necessidade de atualizar cada vez mais o conhecimento. Baseia-se, também, na cooperação do ministério da saúde com os seus parceiros a nível internacional.</p>
E.3	<p>AH1 _ Bem, neste caso, quando é da parte clínica, temos de reunir a direção, sobretudo diretor clínico, diretor do hospital (médico clínico) e Enfermeiro diretor. O diretor do hospital que entra em contacto com a direção regional, daí ao nível central. Se fomos ver, PIMI II na sua 1ª fase tinha política de especialistas para os hospitais regionais de referência, por exemplo eu, em Gabú, tinha um especialista cubano em pediatria, e na Guiné-Bissau tem mais formação de capacitação para atuar na especialidade, que as vezes se confunde com especialista, que muitas das vezes gera confusão na função pública. Então, falando sério, quando se precisa de um caso especializado, isso tem a ver com a componente clínica da direção, porque o hospital tem duas componentes, componente clínica e componente administrativa. Nós fazemos parte da componente administrativa que controla toda receita, recursos humanos e património do hospital.</p>
E.4	<p>AH2 _ Ok. Nós estamos a entabular parcerias com outras instituições que têm ajudado bastante em fortificação da instituição, por exemplo Ianda Guiné, que através de formação e reciclagem conseguimos apresentar os problemas em que temos barreiras e dificuldades. Imagine numa formação ou um atelier, as vezes conseguimos junto dos nossos parceiros</p>

	internamente propor os problemas, se houver obstáculos e encontramos soluções. Dou-te um exemplo, temos missões médica que sempre vêm com a vertente não só clínica, mas também de formação, reciclagem, apoio técnico no sentido de resolver estes problemas. Isto, graças a acordos e parcerias, hoje, mandámos pessoas para formação e reciclagem no exterior. Temos parceiros disponíveis para quando identificamos onde temos a vulnerabilidade, reforçamos a capacidade.
--	--

Q5. Pela sua experiência enquanto gestor, lidou uma vez com quais práticas de Gestão do Conhecimento? Onde?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Como técnico tenho uma experiência numa formação chamada de gestão baseada em resultados (GAR), quer dizer, praticamente o que fazemos hoje, a permanência dos técnicos num serviço, não é obrigatório reter uma pessoa por oito horas sentado num gabinete assistindo filmes, mas o importante é que ele saiba gerir o seu tempo para dar resultado mesmo ausentando lá, no momento que for preciso, que traga informações e resultados. O que não se acontece na saúde, em que não se pode ficar distante e teleguiando, mas tens que permanecer. Esta técnica baseada em resultados não se aplica à saúde. Pela experiência que tenha na saúde, a gestão baseada em resultados se baseia pela permanência dos técnicos nos serviços. Onde? R: Na formação.
E.2	AR2 _ Como administrador/gestor, prática de gestão de conhecimentos com que lidei é a gestão dos recursos humanos. Gerir recursos humanos é ... um recurso mais difícil de gerir em tudo, tanto na empresa como no hospital e próprio na função pública, é um recurso difícil de lidar por mais que tem conhecimento, cada pessoa tem a sua educação de base, a sua cultura, convivência social diferente, experiência de vida também diferente. O que não é fácil pôr todo um conjunto de diferentes personalidades na mesma linha de orientação. Contudo, conhecimento que adquirimos ao longo da nossa formação, teorias que aprendemos, para pô-los em prática, temos de ter a paciência porque é mais complexo lidar com o ser humano. Onde? R: Bem, se lida com práticas de gestão nas organizações, na instituição de estado, na empresa e também, durante a carreira de formação na Universidade; é o conhecimento que se adquire na Universidade, e depois de terminado curso, com o enquadramento na função pública, se continua a lidar com elas.
E.3	AH1 _ Bem, nesta parte, é uma coisa muito ampla, tens de identificar e analisar o conhecimento, tens inteligência competitiva, educação corporativa, gestão de competência, tens gestão do capital intelectual, gestão de informação, tudo isso não deve faltar a um administrador. Onde? R: Dia a dia no serviço.
E.4	AH2 _ Bem, posso te dizer que as práticas com que já tenho lidado é sobretudo manual de procedimentos interno, que é um dos instrumentos de gestão qual lidei muito e o mais complexo a aplicar na prática. Nisto está tudo uma memória descritiva do que é termo de referência de cada posto, em particular, de cada responsável em termos de competências, por onde começa e termina a sua responsabilidade, que é, na prática, um pouco complicado devido a conflitos de interesse sobretudo entre postos de administrador e diretor geral de um hospital. Um diretor clínico ocupa da parte clínica, depois um administrador, parte administrativa e, no meio disso, um diretor do hospital que normalmente é médico com pendor clínico. Estes conflitos de interesses, as vezes geram o mal-estar. Onde? R: Aqui dentro da instituição.

Q6. Pode nos falar da sua perceção das práticas de Gestão do Conhecimento?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Entendo as práticas de gestão de conhecimento como um esforço de desenvolvimento em que todos se juntam para ter uma boa produção nos serviços, até de capacidade de próprios funcionários que temos e que são os nossos técnicos. Também passa por uma gestão de informação, atendimento de qualidade e ter uma estrutura de recursos humanos bem preparado, o que nos permite ter uma boa gestão de conhecimento. A socialização faz parte, como uma etapa importante, se passa a informação para a sociedade. Então, se tem uma formação de socialização, informação sobre o conhecimento ou informação de que tratamos, isso permite-nos passar uma boa informação da gestão. Não deve haver o bloqueio de todo o tipo de informação, por exemplo na restituição, com uma linguagem comum que facilita a perceção de todo mundo.
E.2	AR2 _ Práticas de gestão de conhecimento, entendemo-las como a forma de organizar, estruturar, orientar de acordo com as normas administrativas.
E.3	AH1 _ Gestão de conhecimento é uma coisa muito ampla que engloba séries ações, neste caso, posso dizer que são ações de dia a dia. O conhecimento em si, sempre o homem precisa de auto formar, porque nunca é demais e tudo o

	que não percebes tens de pedir ajuda dos outros, por isso o campo não pode fechar. Ontem, tive dificuldade de utilizar o google meet, me ajudaste e hoje já estou a utilizá-lo.
E.4	AH2 _ Para mim, práticas de GC é pôr a serviço, não só de utentes, mas da própria instituição todos os conhecimentos que ao longo do tempo das nossas vivências adquirimos, não só académico, assim como social. É isso que entendo como prática de GC. E quando pegamos e traduzimos tudo isso em ferramentas de gestão, põmo-las na prática ao serviço de utentes e de todos os beneficiários do nosso trabalho, o qual requer uma sabedoria porque se deve ter um atendimento mais personalizado em que entram os aspetos pedagógicos e outros fatores que são os conhecimentos adquiridos ao longo da carreira, por exemplo, quando se fala da ética e deontologia profissional, que é algo que, se tu o assimilares bem, significa que o porás na prática como um instrumento de gestão que tu tens para pôr à prática, o que é fundamental.

Q7. Qual a sua opinião sobre os benefícios da utilização do conhecimento por um profissional de saúde?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Utilizando conhecimento, utilizando conhecimento te permite fazer o teu trabalho, porque em gestão de conhecimento é transmitir e partilhar aquilo que sabes e outras formas. Utilizando o conhecimento no serviço traz-se uma maximização na prestação de serviço e qualidade de prestação de serviço. Tendo bom conhecimento implica que estás em condições de dar resposta a trabalhos que tens para fazer. A utilização do conhecimento permite os responsáveis das instituições ou os técnicos utilizar as ferramentas que têm, facilitando-lhes na partilha de informações e trocas de ideias com os colegas.
E.2	AR2 _ Benefício que o conhecimento trouxe para saúde (...) acho que é um benefício muito grande porque quando tem melhoria de um sistema, é um benefício; um benefício para o sistema que foi criado e criou um conhecimento que foi posto na prática posteriormente, passando a saber o que não sabiam e fazendo certo o que faziam errado. E isto, é mais-valia que achamos que o conhecimento que adquiriram é um benefício para saúde.
E.3	AH1 _ Benefício é vasto, se fomos ver, a população que ganha com isso, de aproveitar do nosso conhecimento porque juramos salvar as vidas, e ninguém deve possuir um conhecimento para si só sem que o ponha em funcionamento, o que é maior e único benefício. Por isso, a formação é a parte teórica, e se auto forma no exercício profissional com as práticas, seminários de capacitação, formações que cada vez que tu participas tens mais experiência, o que beneficia mais a tua instituição. Isso vem enriquecer o funcionamento do hospital, porque depois de formação, tu vais trabalhar para o hospital e o povo por onde estejas colocado, que, em vez deste deslocar a outras zonas, por exemplo, no hospital de Mansoa, depois de abertura do serviço bucal, reduziu a deslocação à Bissau e a procura de cura tradicional para o mesmo serviço.
E.4	AH2 _ Os benefícios são imensos, não só por elevar o nível de qualidade de prestações de serviços como um dos fatores, há um aspeto muito fundamental para mim, que é a forma como interagimos como profissionais, se consegue uma correlação positiva de energia, porque quando cada um traz aquilo do seu melhor, isso fortifica o sistema com a vantagem de que o sistema fica mais forte e mais consolidado com esses benefícios.

Q8. Em que áreas de conhecimento que a instituição apresenta maiores dificuldades para alcançar os seus objetivos?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Bem, as áreas com que deparamos dificuldades para alcançar os objetivos, temos deficiência ou poucos técnicos com especialidade em certas áreas como cirurgia pediátrica, cirurgia obstétrica, técnicos de laboratórios e parteiras. Estas são as áreas com poucos técnicos na região, o que dificulta muito o nosso trabalho.
E.2	AR2 _ Bem, dificuldades são essas, a nossa instituição principalmente o ministério de saúde que nós representamos aqui, a direção regional é a nossa instituição; dificuldades que temos aqui para alcançar os nossos objetivos é mais a questão financeira porque atualmente tudo está voltado ao capitalismo, e se precisamos de ter bons quadros temos de investir nos técnicos para podermos alcançar os nossos objetivos. Quando os quadros têm conhecimento limitado pela falta de investimento da nossa parte praticamente os nossos objetivos que queremos não vamos alcançá-los. Também, como sabemos que tudo está ligado a questões financeiras e hoje estamos no mundo da tecnologia muito avançada, a forma como se faz diagnóstico nas consultas já não se usa em outras partes do mundo onde existe todos tipos de aparelhos que podem dar respostas aos problemas, doenças que os pacientes têm, enquanto na Guiné-Bissau como na nossa instituição até então temos dificuldades em dar respostas a certos diagnósticos que achamos relevantes e preocupantes para a nossa população. E, é este conjunto de problemas que não nos permite alcançar os nossos

	<p>objetivos. Então, referi meios financeiros porque permitem comprar equipamentos e formar os quadros com capacidades de gerir os recursos postos à sua disposição.</p> <p>Em termos de quadros, temos médicos clínicos geral, enfermeiros de curso superior e de curso geral, parteiras e técnicos de laboratório, mas sabemos que, de acordo com o número da população, não são suficientes e têm conhecimentos que ainda precisam ser melhorados para ter alguns especialistas. Temos problemas de cardiologia, renais, hepáticos, de maternidade sem especialistas suficiente para atender as nossas grávidas, e recentemente recebemos aparelho de ecografia, mas não temos técnico formado na área para o seu uso, somos obrigados a recorrer contratação da pessoa com o domínio nessa área para podermos atender a nossa população.</p>
E.3	<p>AH1 _ Neste caso, existe várias áreas e vou citar algumas: área de formação e capacitação dos técnicos, por exemplo aqui em Mansoa temos o nosso técnico electro médico que há um bom tempo não tem formação de capacitação e reciclagem e, sabemos que a saúde é complexa, cada dia mais novos aparelhos e os técnicos não são formados para tal, as vezes os aparelhos não funcionam por não ter um técnico capacitado para o seu manejo e a sua manutenção. Aqui em Mansoa, o único aparelho de RX que funcionava a nível da região, avariado há uma semana, mandaram um técnico que vem filmar e enviar para coordenação de INS e desta para Portugal para uma deslocação de um técnico para manutenção desse aparelho. Se houvesse um técnico mesmo a nível nacional que se deslocava de região a região daria jeito.</p>
E.4	<p>AH2 _ É na área científica. O que constatei é que não existe publicações científicas na área médica por exemplo, desenvolves-te uma patologia em que consegues fazer algumas intervenções, às vezes, que é uma inovação e não é publicada. Existem vários feitos pelos nossos médicos que não são publicados e nem escritos. Isto para mim é fundamental, porque temos de deixar memórias para pesquisas e estudos. Estão a parecer novos fenómenos em saúde o que requer a contribuição da descoberta de cada um, deixada por escrito e como um legado.</p> <p>Também na área clínica, dou-te um exemplo concreto, estamos num período muito difícil, nós não somos um país produtivo, temos toda dependência do exterior, e existe tipos de reagentes que não há no mercado, tu és obrigado ir ao Senegal, Portugal, e hoje o transito está estrangido. A estomatologia, sobretudo, tem havido muita dificuldade devido a característica do próprio mercado. E existe mais, nós temos carências em todos os aspetos praticamente, e um dos aspetos mais fundamental é própria imagiologia, imagine até hoje não temos o serviço de mamografia, de TAC que não existe, em que és obrigado a transportar a Ziguinchor pela ambulância que às vezes voltam piorados devido a condições de estradas.</p>

Q9 e Q10. Qual foi seu percurso académico e formações adicionais ao curso profissional?

Entrevistados	Respostas	
	Percurso académico	Formações adicionais
E.1	- Licenciatura em economia - Pós-graduação no banco central	- Bacharel em Inglês
E.2	- Licenciatura em administração das pequenas e médias empresas - Mestrado em contabilidade e auditoria das pequenas e medias empresas	- Nenhuma
E.3	- Licenciatura em gestão e administração	- Administração e secretariado - Informática
E.4	- Licenciatura em gestão e administração - Mestrado master em contabilidade e finanças	- Política aduaneira - Direito de negócios - Liderança e gestão de conflitos

Q11 e Q12. Há quanto tempo trabalhou como gestor e há quanto tempo como gestor em saúde

Entrevistados	Respostas	
	Tempo como gestor/administrador	Tempo como gestor em saúde
E.1	Tinha trabalhado num hotel como administrador por três (3) anos e na saúde há um (1) ano e oito (8) meses	Em saúde já trabalhei há um (1) ano e oito (8) meses
E.2	O meu tempo de serviço já são seis (6) anos como administrador	Este tempo todo é em saúde
E.3	O tempo que já trabalhei como gestor são seis (6) anos	Todos os seis (6) são em saúde
E.4	Iniciei administrar empresa muito cedo, aliás, foi muito antes da minha formação, fui diretor secretário de Associação Industrial da Guiné-Bissau, uma das maiores instituições privadas da Guiné-Bissau, por sete anos, depois fui administrador de uma escola superior de engenharia e informática por três anos, é uma das escolas hoje com mais referências a nível nacional, que na minha entrada tinha trinta e oito alunos que ao dos três anos atingiu mais de quatrocentos alunos, e daí fui para Portugal, estive por um tempo de formação, quando voltei não continuei como administrador, de seguida passei por uma cooperativa de valorização dos produtos agrícolas nacionais como vice-presidente. Hoje, já estou a exercer como administrador há quase quinze (15) anos	A minha ligação com a saúde deu com o início da pandemia de Covid-19 através de ONG que teve origem em Portugal, através da qual realizamos campanha de sensibilização e oferta de alguns medicamentos a nível da região de Cacheu. Estou em saúde já há um (1) ano

Q13. Qual tem sido a sua reação perante os erros dos seus funcionários? E porquê?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Na verdade, todos nós temos um documento, que nos baliza quanto ao nosso exercício por onde estamos, chamado de EPAP (Estatuto Pessoal de Administração Pública). Então, tudo que nos rege como um técnico, balizamos-lo nesse documento. Também, temos um outro documento que nos auxilia, o Código Penal, que nos mostra partes de teus deveres e direitos. No EPAP, temos diferentes artigos com suas alíneas, e quando houver algo de errado com um funcionário, tomamos decisão bem fundamentada, se no caso deve passar por um processo disciplinar ou advertência, cingindo nos documentos em concordância com os artigos em causa. As vezes acontece omissão por parte do técnico na prestação de serviço, omissão a qual não podemos chegar e dizer, primeiro o que nós fazemos, se houver a situação pela primeira vez que exige a nossa interferência, a advertência verbal, segunda vez com mesmo erro, advertência por escrito e na terceira, aí é que vem sanções utilizando ferramentas de que o país dispõe dos quais falei. Porquê? R: Isso é para repreensão. Repreender não é para o mal, mas para mostrar-te que o que fizeste não é correto e talvez para que os outros colegas corrijam e não passem pelos mesmos erros.
E.2	AR2 _ A minha reação diante de erros dos meus funcionários é seguinte: é que, em saúde, um erro cometido como uma perda sofrida é irreversível, de modo que não fico satisfeito quando um técnico comete erro no trabalho, mas temos limitações em exigir os técnicos pela falta de condições para que possam atender ou cumprir cabalmente com suas obrigações, que é, muitas das vezes, a causa de erros. Sempre lamentamos que não deve acontecer, mas se acontecer não tem como porque se fomos ver onde começam os erros, isso acaba por recair sobre ti o responsável. Também, é o que não depende de nós, estamos aqui, mas temos os nossos superiores. Se no que dependesse de nós, talvez podíamos reagir de forma que queremos porque já temos criado condições para que o pessoal possa dar resposta e não está a conseguir fazer como queremos, mas isso não depende de nós. Se os nossos superiores nos derem condições vamos dar a eles. Porquê? R: Reajo-me assim porque, como eu estava a dizer, as condições não foram criadas; segundo, também nós exigimos o pessoal e como não funciona a justiça, tu podes reagir e no final a decisão não é tomada como deve ser, e tu ficas nas mentes das pessoas como quem cria mais problemas acabando por sofrer pelas suas exigências, tudo porque a pessoa tem quem a protege, envés de aquele que pratica os erros ser castigado para que os outros não pratiquem, o que leva a limitações nas tomadas de decisões.
E.3	AH1 _ Quando houve um erro de um funcionário, tens de chamá-lo na direção para vocês conversarem, para ele dizer o que aconteceu, porque não se deve tomar decisão antes de ouvir a pessoa, primeiro, tens de ouvir para saber o que lhe motivou. E porquê? R: Para não tomares decisão pelas informações de terceiros que podem induzir-te a outros erros e para formular nota de culpa se pela primeira vez ou segunda vez e se terceira vez, terá uma outra decisão.

E.4	<p>AH2 _ Reajo a erros com medidas pedagógicas, ninguém é perfeito. Existe tipos de erros, pode ser por negligência ou pela causalidade e é preciso distinguir como ocorreu o erro e em que circunstâncias. Se é pela falta de competência, pela distração ou pela negligência, em função disso, mas, eu uso mais aspetos pedagógicos. Porque ninguém é perfeito, às vezes entram uns fatores que nos distraem e cometemos erros sem dar conta. Se assim for, conversamos, conversamos antes de entrarmos em período de advertência por escrito, faço uma ação pedagógica e só quando a situação persiste é que tu avanças para outras medidas. Porquê? Primeiro, procuramos entender a causa do teu erro, se tens a consciência do erro, e daí, a nossa intervenção. Chamamos-te aqui na direção num ambiente calmo e de diálogo aberto, não para culpabilizar, mas, para compreender e para nos servir de experiência em lidar com os casos do mesmo género.</p>
-----	---

Q14. De que forma a liderança incentiva as práticas de GC a nível da organização?

Entrevistados	Respostas
E.1	<p>AR1 _ O que nós fazemos primeiramente, uma vez que estão munidos de conhecimento, tentamos criar uma cultura, um ambiente por onde incorporamos todos através da comunicação, passando sempre informações do que devemos fazer para que o saibam e esperarmos pelos resultados. Reunimos sempre, usamos a melhor forma de melhorar o ambiente organizacional da instituição em que estamos. Melhorando como? Quando houver uma situação, sentamos, discutimos e mostramos como deve ser feito. Também aceitamos e valorizamos conhecimento de cada um. Estratégias que usamos dependem-se de cada um. Alguns usam as suas próprias estratégias, começando com a melhoria da gestão, da produção, inovação nos trabalhos que temos. O acesso a informação, treinamento constante, são as forma com que incentivamos a efetivação da prática de gestão de conhecimento sobre os nossos técnicos.</p>
E.2	<p>AR2 _ A forma como incentivamos a aplicação das práticas de gestão de conhecimento não é nada mais do que a ciência nos ensina. As boas práticas de gestão de conhecimentos que aprendemos na formação, obrigatoriamente temos de aplicá-los, de acordo com ambiente em que estamos inseridos, adaptando conforme a realidade em que se vive.</p> <p>Outra forma de incentivar os técnicos é através de seminários, conferencias, djumbai no local de trabalho, apoiado na sua organização pelo pessoal de segurança social formado na área, e é nessa troca de experiência que a gente acaba por ser motivada a seguir o melhor caminho que permita estruturas de saúde atingir os seus objetivos preconizados; também, para que possam deixar as práticas que não são certas e são prejudiciais para os pacientes e coitada população sem condição. Porque a nossa maneira de comportar como técnicos de saúde afeta aqueles que procuram os nossos serviços. Por isso achamos que tem necessidade de incentivar, discutir em seminários, formações, café de conhecimento, para demonstrar que conhecimento nunca é demais e temos de continuar a aprender de acordo com a evolução.</p>
E.3	<p>AH1 _ Nisto, são as reuniões com diretores de serviços. Temos duas reuniões: a reunião clínica e a reunião administrativa. Na reunião clínica, os diretores de serviços tomam parte, em que informam sobre falhas nos serviços e nós também colocamos as questões de como as coisas devem ser resolvidas. Na reunião administrativa, nós chamamos todos estes responsáveis para apresentação de requisições dos serviços. É através dos responsáveis dos serviços que a liderança se consegue incentivar as práticas de GC? R: Não. É a nível de reuniões, ocorrências de todos os dias em que se faz apresentação e discussão de pontos de situação de cada serviço durante 24 horas e correções de falhas que existem. A ocorrência é de segunda a sexta, e os pontos de situação de finais de semanas são apresentados na segunda-feira.</p>
E.4	<p>AH2 _ É uma liderança democrática, não é? Estamos num mundo em que, a partida, todas opiniões são válidas. Não obstante sou daqueles líderes que às vezes, dependendo de quem está a tua frente, é necessária uma dose de tomada de decisão, não devendo dizer rigidamente que tem de ter uma liderança democrática. Contudo, é uma liderança democrática, participativa, na qual ideias são trabalhadas.</p>

Q15. Qual tem sido a forma de compensação dos funcionários que compartilham e aplicam o conhecimento?

Entrevistados	Respostas
E.1	AR1 _ Como estou a dizer-te, sempre pedimos partilha de informações, e forma de valorizar é através de prémio incentivo de serviço, que faz com que haja dinamismo. As pessoas se esforçam mais para melhorar o serviço. São incentivos morais, parte monetária calculada por ganho mensal, multiplicando por 30% de acréscimo sobre ano homólogo, se atingires este valor, o que demonstra a existência de um esforço, incentivamos por isso, como a forma de cativá-los e permitir que façam os seus trabalhos. Também organizamos a gala de reconhecimento com entrega de certificados de reconhecimento de serviço aos técnicos pelos trabalhos que fazem.
E.2	AR2 _ Bem, como sabemos que, atualmente, a formação é muito cara, é preciso ter dinheiro para obter uma formação académica, e nós não temos condições de recompensar-lhes, mas, o mais importante é o conhecimento que adquiriram. Porque aquilo que já sabes, é até a morte, e pelo tempo desperdiçado em aprender tu vais querer aplicar conhecimento que adquiriu na prática para demonstrar o que aprendeste com outras pessoas mais experientes. No quadro de formação e troca de experiências, existe um apoio monetário de custo de transporte e água dado aos participantes, num valor de as vezes oito mil, cinco mil para deslocação de centros de saúde à direção regional. Estas formações e reciclagens não dependem de nós, são organizadas com o orçamento já definido através dos parceiros no nível central. Nós, na nossa instituição, mesmo querendo organizar formações de reciclagem dos técnicos não temos como porque dantes havia fundo de maneo que suportava os trabalhos de direção regional a nível das suas instituições que, atualmente, não há. O outro gesto que podemos fazer, pela experiência, é o reconhecimento, que ainda não aconteceu aqui porque estou nesta direção há menos de sete meses. Na minha instituição anterior fizemos o reconhecimento através do certificado de mérito a um técnico pelo tempo que fez de serviço, por aceitar aprender e pôr na prática o que sabe ao serviço da nossa população para que possa ter mais vontade de trabalhar, aprender novos conhecimentos precisos para o sistema.
E.3	AH1 _ Bem, neste caso, temos responsáveis de serviços, conforme o pessoal vem, ou conforme vêm os que chegaram da formação, ou mesmo ou os que não foram a formação, mas com experiências e ajudam no serviço, a forma de te gratificar é seguinte: nós damos incentivos equiparados, por exemplo eu, não posso receber igual incentivo com o meu diretor, o responsável de laboratório não pode receber igual incentivo com os seus técnicos, isso para preservar a obediência e respeito aos superiores. Nós comunicamos diretamente com os responsáveis dos serviços, não com os técnicos quando precisamos de informações acerca do serviço.
E.4	AH2 _ É através de reconhecimento. Realizamos gala há pouco menos de um ano, onde entregamos os certificados de mérito àqueles que, de uma ou de outra maneira, têm contribuído positivamente no desenvolvimento do setor sensível e vital para a vida humana. Independentemente de gala, quando houve pessoas que de um motivo merecem um reconhecimento, criámos um espaço em um ambiente de diversão para reconhecê-las através de certificados de mérito. Também compensamos, por exemplo, quando há estágios de formação, bolsas, reciclagem, usámos basicamente este critério. O método de reconhecimento é o que mais aplicamos, raras vezes valores monetários, damos oportunidades àqueles com fatores diferenciais como a forma de incentivar a prática e o espírito de profissionalismo nos técnicos.

Idade, sexo e posto anterior de trabalho do gestor

Entrevistados		Idade/ anos	Sexo	Posto anterior
E.1		39	M	Ministério da Economia
E.2		42	M	Saúde
E.3		45	M	Saúde
E.4		44	M	Escola superior de Engenharia e Informática