

Universidade Católica Portuguesa

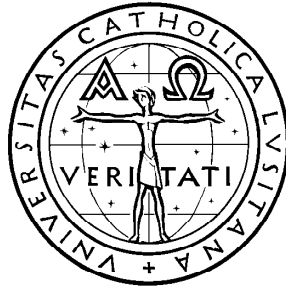
**A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O
CAPITAL INTELECTUAL E A CAPACIDADE
INOVADORA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Gestão de Unidades
de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por João José Soares Faria

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, março de 2018



Universidade Católica Portuguesa

**A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CAPITAL
INTELLECTUAL E A CAPACIDADE INOVADORA DOS SERVIÇOS
DE ENFERMAGEM**

**NURSES' PERCEPTION ON INTELLECTUAL CAPITAL AND
THE INNOVATIVE CAPACITY OF NURSING SERVICES**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por João José Soares Faria

Sob orientação: Prof. Doutora Helena Santos-Rodrigues
Prof. Doutora Beatriz Rodrigues Araújo

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, março de 2018

Agradecimentos

À Prof. Doutora Helena Santos-Rodrigues e à Prof. Doutora Beatriz Araujo, por toda a motivação, pela exigência, por todos os conhecimentos que me transmitiram e pelo apoio desde a primeira hora.

A todos os enfermeiros que tornaram possível a realização do estudo, bem como o apoio da Ordem dos Enfermeiros.

Aos docentes do curso de doutoramento e Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em particular Prof. Doutora Margarida Vieira.

Aos meus colegas, do X Curso Doutoramento ICS do Porto.

Aos meus amigos.

Aos meus pais, à minha irmã e às minhas sobrinhas, pelo apoio incondicional e pelo entusiasmo transmitido.

À J.L.O.

Resumo

A gestão dos serviços de enfermagem é um desafio para as organizações de saúde. Neste sentido, e devido ao caráter estratégico do capital intelectual, este trabalho de investigação analisa o capital intelectual e a capacidade inovadora dos serviços de enfermagem, segundo a percepção dos enfermeiros. Para a sustentação teórica, realizou-se uma revisão da literatura baseada em dois alicerces conceptuais, um retrata a definição capital intelectual, seus componentes e os recursos/ativos do conhecimento nas organizações, o outro, caracteriza a inovação organizacional, especificando a inovação em serviços de saúde e serviços de enfermagem. A revisão da literatura retratou as características do capital intelectual e da inovação o que permitiu aferir o modelo conceptual. Após revisão da literatura e desenhada a estratégia metodológica a aplicar neste estudo, decidimo-nos pela utilização do questionário de Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego e Jardón-Fernández (2008) e realizamos a sua adaptação aos serviços de enfermagem portugueses. O instrumento final passou a designar-se de Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora dos Serviços de Enfermagem (QCICISE) e foi aplicado aos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, entidade, que publicou e enviou o repetivo link aos enfermeiros inscritos na ordem dos enfermeiros, para o respetivo preenchimento. A amostra utilizada foi uma amostra por conveniência, concluindo-se pela reposta valida de 1388 enfermeiros. Os dados obtidos, foram analisados e validados através de estatísticas descritivas e análise fatorial exploratoria, através da análise factorial dos componentes principais. Como resultados evidenciaram-se bons índices de consistência interna (superiores a 0,8), distribuídos por 4 fatores (capital humano, capital relacional, capital estrutural, inovação), com valores de Alpha de Cronbach a avariar entre 0,83 e 0,97, evidenciando um instrumento de colheita de dados fidedigno e robusto no contexto estudado. Utilizamos adicionalmente, uma análise estatística confirmatória através da técnica estatística Parcial Least Square (PLS-SEM). Desta análise, considerando os resultados factoriais recolhidos com a análise dos componentes principais, confirmamos a correlação das variáveis do capital estrutural e do capital relacional dos serviços de enfermagem com uma relação direta com a adopção e criação de inovações de produto/processo/gestão das organizações de saúde. Relativamente ao capital humano, verificamos que este está relacionado com o capital relacional e capital estrutural, no entanto, não verificamos uma relação direta destes dois capitais com adopção e criação de inovações de produto/processo/gestão das organizações de saúde. A relação do capital humano com a adopção e criação de inovações de produto/processo/gestão e a inovação implementada nas organizações de saúde, verifica-se apenas de forma indireta, através dos outros componentes. Os elevados pesos fatoriais obtidos realçam a relação preditiva do capital estrutural e capital relacional dos serviços de enfermagem e a adopção e criação de inovações de produto/processo/gestão das organizações de saúde, sustentando a robustez do modelo proposto. Adicionalmente, concluímos que as inovações adoptadas tem uma relação positiva e mais relevante do que as inovações criadas relativamente às inovações implementadas, pelas instituições de saúde portuguesas. Esta evidência permite reconhecer que os serviços de enfermagem portugueses têm recursos que podem constituir uma vantagem, e dessa forma considerados como ativos estratégicos nas organizações de saúde. Assim, o modelo de estudo do capital intelectual e a capacidade inovadora dos serviços de enfermagem, foi validado e constitui-se como um instrumento de apoio à gestão, em particular no que concerne a gestão do capital intelectual e da capacidade inovadora das unidades de saúde portuguesas.

Palavras-chave: serviços de enfermagem, capital intelectual, capacidade inovadora, gestão.

Abstract

The management of nursing services is a challenge for health organizations. In this sense, and due to the strategic nature of intellectual capital, this research analyses the intellectual capital and innovative capacity of nursing services, according to the nurses' perception. For theoretical support, a review of the literature based on two conceptual foundations was carried out, one portrays the definition of intellectual capital, its components and knowledge resources / assets in organizations, the other characterizes organizational innovation, specifying innovation in services health and nursing services. The review of the literature portrayed the characteristics of intellectual capital and innovation, which allowed us to gauge the conceptual model. After reviewing the literature and designing the methodological strategy to be applied in this study, we decided to use the questionnaire Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego and Jardón-Fernández (2008) and adapted it to the Portuguese nursing services. The final instrument was called the Intellectual Capital Questionnaire and Innovative Capacity of Nursing Services (QCICISE) and was applied to nurses enrolled in the Order of Nurses, which published and sent the repeating link to registered nurses in the order of nurses, for their completion. The sample used was a convenience sample, concluded by the valid response of 1388 nurses. The obtained data were analysed and validated through descriptive statistics and exploratory factor analysis, through the factorial analysis of the main components. As results, good internal consistency indexes (greater than 0.8) were found, distributed by 4 factors (human capital, relational capital, structural capital, innovation), with Cronbach's Alpha values failing between 0.83 and 0, 97, evidencing a reliable and robust data collection instrument in the studied context. We also used a statistical analysis confirmatory using the Least Square Partial Statistical technique (PLS-SEM). From this analysis, considering the factorial results collected with the analysis of the main components, we confirm the correlation of the variables of structural capital and relational capital of the nursing services with a direct relation with the adoption and creation of innovations of product / process / management of health organizations. Regarding human capital, we found that this is related to relational capital and structural capital, however, we do not find a direct relation of these two capitals with adoption and creation of innovations of product / process / management of health organizations. The relation of human capital with the adoption and creation of product / process / management innovations and the innovation implemented in health organizations, is verified only indirectly, through the other components. The high factor weights obtained highlight the predictive relation of structural capital and relational capital of nursing services and the adoption and creation of product / process / management innovations of health organizations, supporting the robustness of the proposed model. In addition, we conclude that the innovations adopted have a positive and more relevant relationship than the innovations created in relation to the innovations implemented by the Portuguese health institutions. This evidence makes it possible to recognize that Portuguese nursing services have resources that can be an advantage, and thus considered as strategic assets in health organizations. Thus, the model for the study of intellectual capital and the innovative capacity of nursing services has been validated and constitutes an instrument to support management, particularly regarding the management of intellectual capital and the innovative capacity of Portuguese health units.

Keywords: nursing services, intellectual capital, innovative capacity, management.

Abreviaturas e siglas utilizadas:

CE – Capital Estrutural

CH – Capital Humano

CI – Capital Intelectual

CR – Capital Relacional

EU – União Europeia

EUROSTAT- Estatísticas Europeias

I&D – Investigação e Desenvolvimento

IAS 38 – Norma Internacional de Contabilidade Nº 38

MERITUM – MEasuRing Intangibles To Understand and Improve Innovation Management.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIB – Produto Interno Bruto

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TIC - Tecnologias da informação e comunicação

INDICE GERAL

INDICE GERAL	13
INDICE DE FIGURAS	16
ÍNDICE DE QUADROS	17
ÍNDICE DE TABELAS	18
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I	23
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
I.1. Introdução	25
I.2 O Capital Intelectual	27
I.2.1 Recursos/ativos Intangíveis e de Conhecimento.....	28
I.2.1.1 Recursos/Ativos Intangíveis.....	28
I.2.1.2 Recursos/Ativos de Conhecimento.....	31
I.2.1.3 Conhecimento Organizacional.....	33
I.2.2 Definição de Capital Intelectual.....	34
I.2.3 Os Componentes do Capital Intelectual	40
I.2.3.1 O Capital Humano	42
I.2.3.2 O Capital Estrutural	50
I.2.3.3 O Capital Relacional.....	55
I.3 A Inovação Organizacional.....	62
I.3.1 Tipologias de Inovação	63
I.3.2 O Capital intelectual e a Inovação nas Organizações de Saúde	70
I.3.2.1 O Capital Intelectual em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem.....	71
I.3.2.1.1 O Capital Humano em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem.....	73
I.3.2.1.2 O Capital Estrutural em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem.....	76

I.3.2.1.3 O Capital Relacional em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem	78
I.4 A Inovação em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem.....	86
I.5 Modelo de Concetual de Investigação	96
CAPÍTULO II	109
PERCURSO METODOLÓGICO.....	109
II.1 Introdução	111
II.2 Problema e Objetivos de Investigação.....	111
II.3 As Hipóteses de Investigação.....	115
II.3.1 O Capital Humano e a Capacidade Inovadora	116
II.3.2 O Capital Estrutural e a Capacidade Inovadora	125
II.3.3 O Capital Relacional e a Capacidade Inovadora	130
II.3.4 A Inovação Criada e a Inovação Adotada.	134
II.3.5 O Capital Humano e o Capital Estrutural.....	138
II.3.6 O Capital Humano e o Capital Relacional.	139
CAPÍTULO III	141
METODOLOGIA	141
III.1 Introdução	143
III.2 População e Amostra	144
III.3 Instrumento e Medidas	144
III.3.1. Adaptação e Validação do Questionário	150
III.3.2 Procedimento de Recolha e Análise de Dados	159
III.4 Considerações Éticas e Formais	161
CAPÍTULO IV.....	163
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	163
IV.1.1 Introdução	165
IV.1.2 Caracterização da Amostra	165
IV.1.3 Tratamento e Análise de Dados	166
IV.1.4 Análise Fatorial	167

IV.1.4.1 Análise de Componentes Principais.....	170
IV.1.4.2 Análise de Fiabilidade.....	174
IV.1.5 Análise <i>SEM- Partial Least Squares</i>	179
IV.1.5.1 Avaliação do Modelo Estrutural	179
IV.1.5.2 Avaliação do Modelo de Medida	181
IV.1.5.2.1 Validade Convergente.....	183
IV.1.5.2.2 Validade Discriminante.....	184
IV.1.5.3 Avaliação do Modelo Estrutural.....	185
IV.6 Discussão dos Resultados e Validação das Hipóteses	193
IV.7 Discussão dos Resultados	200
CAPÍTULO V.....	205
CONCLUSÕES	205
V.1 Introdução.....	207
V.2 Conclusões sobre o Problema de Investigação.....	208
V.3 Contributos para a Teoria.....	209
V.4 Contributos para Gestão dos Serviços de Enfermagem.....	212
V.5 Limitações do Estudo e Futuras Linhas de Investigação.....	217
Referências Bibliográficas.....	221
Anexos	249

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo concetual.....	107
Figura 2: INICIAL Structural Model (PLS analysis).....	186
Figura 3: INICIAL Structural Model (bootstrap analysis).....	187
Figura 4: FINAL-Structural Model (bootstrap analysis).....	188
Figura 5: Modelo de investigação final (PLS ANALYSIS).....	189

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Noção dos ativos intangíveis	30
Quadro 2: Tipologias de inovação	66
Quadro 3: Medição da dimensão Capital Humano	145
Quadro 4: Medição da dimensão Capital Estrutural	146
Quadro 5: Medição da dimensão Capital Relacional	148
Quadro 6: Medição da dimensão Capacidade Inovadora.....	148
Quadro 7: Dimensões e variáveis do Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora.....	150
Quadro 8: Hipóteses de estudo após análise estatística.....	198

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resultados da análise fatorial de componentes principais do QCICISE	152
Tabela 2: Resultados da análise de consistência interna do QCICISE e das dimensões.....	154
Tabela 3: Resultados nos itens por dimensões do QCICISE	157
Tabela 4: Matriz de correlação entre as dimensões do QCICISE e a escala total.....	157
Tabela 5: Matriz de correlação entre as dimensões e os itens do QCICISE.....	158
Tabela 6: Caracterização da amostra.	165
Tabela 7: Resultados da análise fatorial exploratória do CH; CE; CR e da inovação.	168
Tabela 8: Análise dos fatores do CH dos serviços de enfermagem quanto à inovação da organização de saúde.	170
Tabela 9: Análise dos fatores do CE dos serviços de enfermagem quanto à inovação da organização de saúde.	171
Tabela 10: Análise dos fatores do CR dos serviços de enfermagem quanto à inovação da organização de saúde.	172
Tabela 11: Análise dos fatores da inovação.	172
Tabela 12: Resultados da Análise de Consistência Interna do CH; CE; CR e da inovação.	174
Tabela 13: Resultados nos itens dos construtos CH; CE; CR e da inovação.	175
Tabela 14: Matriz de correlações entre as dimensões do QCICISE e a escala global.	177
Tabela 15: Matriz geral de correlação entre as dimensões do capital intelectual e da inovação	178
Tabela 16: Análise de fiabilidade das variáveis através do <i>Alpha de Cronbach</i>	178
Tabela 17: Fiabilidade do Constructo e da Escala.....	181
Tabela 18: Modelo SEM-PLS: Validade discriminante - Raiz Quadrada AVE.	184
Tabela 19: Modelo SEM-PLS: Validade discriminante – <i>Crossloading</i>	184
Tabela 20: INICIAL Efeitos na variável dependente (<i>bootstrap path coefficients</i>)	187
Tabela 21: FINAL-Efeitos Diretos na variável dependente (<i>bootstrap path coefficients</i>)	188
Tabela 22: FINAL-Efeitos indiretos na variável dependente (<i>bootstrap path coefficients</i>)	189
Tabela 23: Modelo SEM-PLS: <i>Outer Weights Bootstrapping</i>	191
Tabela 24: Modelo SEM-PLS: Variância Explicada	192

INTRODUÇÃO

A problemática de investigação deste estudo centra-se em averiguar a importância dos ativos de conhecimento, em particular do capital intelectual (CI), nos serviços de enfermagem das instituições do sistema de saúde português¹. Este tema de investigação fundamenta-se na constatação de que o Capital Intelectual é consistentemente considerado fonte de vantagem competitiva das organizações (McEvily & Chakravarthy, 2002), e que as organizações com maior êxito são aquelas que têm como referência estratégica o capital intelectual, (Brennan & Connel, 2000) sendo sistematicamente reiterado o valor e impacto do capital intelectual no desempenho nas organizações (Cabrita, 2009).

Por outro lado, verifica-se que as novas abordagens de gestão das organizações de saúde centram-se na otimização dos serviços de saúde e da prestação das unidades de saúde. A transferência e implementação de metodologias de gestão para o setor da saúde torna-se cada vez mais efetiva, no entanto, tem sido atribuída pouca atenção à gestão estratégica do capital intelectual como apoio à performance e melhoria destas instituições (Veltri, Bronzetti & Sicoli, 2011).

A inovação também tem sido uma preocupação no setor de saúde português, evidenciado por exemplo, pela criação do polo português de competitividade, “Health Cluster Portugal”, que pretende impulsionar o setor da saúde Português nos mercados internacionais, com ajuda de *stakeholders*² como instituições I&D, universidades, hospitais, empresas farmacêuticas, empresas médicas e de serviços de saúde.

Esta problemática de investigação tem sido suportada por vários estudos, nesta linha, levados a cabo em organizações de saúde, tal como o estudo de Peng, Pike e Roos (2007) que encontram evidência de uma relação positiva entre a gestão do capital intelectual e a performance média dos hospitais de Taiwan; também Yang e Lin (2009) constatarem existir uma relação de mediação entre capital intelectual e o desempenho organizacional (recursos humanos das organizações hospitalares). Tal como outros estudos desenvolvidos por Longo e Mura (2013); Subramaniam e Youndt (2005); Longo, Mariani e Mura (2009).

A evolução destes temas de investigação confere-lhes um carácter oportuno e promissor, especialmente quando nos reportamos a setores como o da saúde. Neste seguimento, idealizamos o nosso estudo com intuito de aprofundar esta área e investigar a relação entre capital intelectual e a capacidade inovadora nos serviços de enfermagem, nas organizações de

¹ Esta investigação obteve parecer positivo pela Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (Anexo III).

² O inglês *stake* significa interesse, participação, risco. Enquanto *holder* significa aquele que possui. Stakeholder também pode significar partes interessadas, sendo pessoas ou organizações que podem ser afetadas pelos projetos e processos de uma empresa.

saúde portuguesas. Desta forma, consideramos importante refletir e investigar sobre esta temática, pelo que, estabelecemos como ponto de partida a seguinte questão: “Qual a perceção dos enfermeiros acerca do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem?”.

Para atingir a almejada resposta a esta questão, propusemo-nos realizar um estudo com o objetivo geral de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem. Para o desenvolvimento deste estudo foi feita uma revisão da literatura de forma a explorar os conceitos de capital intelectual, capacidade inovadora, serviços de enfermagem e organizações de saúde, e realizada a adaptação dum questionário para aplicação em serviços de enfermagem.

A recolha de informação foi efetuada através da aplicação do Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora dos Serviços de Enfermagem, dirigido a todos os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros a quem foi enviado um link do questionário por endereço eletrónico, utilizamos, assim, uma amostra por conveniência, com a obtenção de 1388 questionários validados, com respostas dos enfermeiros questionados. As respostas providas pelas respostas desta amostra permitiram analisar as perceções dos enfermeiros acerca das diferentes dimensões do capital intelectual (capital humano, capital estrutural, capital relacional) e a capacidade inovadora nos serviços de enfermagem.

A motivação para um estudo nesta área prende-se com fatores de ordem profissional e pessoal, pois a gestão dos serviços de saúde, em particular os serviços de enfermagem, sempre suscitou grande interesse. Neste desígnio das organizações de saúde, racional por natureza, em que a gestão dos serviços é efetuada com instrumentos de trabalho objetivos, teria interesse estudar o conhecimento inerente ao capital intelectual dos serviços de enfermagem, segundo uma perspetiva inovadora. Este estudo poderá constituir um instrumento complementar para a gestão dos serviços de enfermagem, possibilitando às organizações de saúde outras perspetivas competitivas na forma de alcançar os objetivos delineados.

Este tema de investigação é uma nova abordagem, para os serviços de enfermagem evidenciarem o seu potencial dentro das organizações de saúde. Os resultados das perceções dos enfermeiros poderão contribuir para um diagnóstico organizacional, consolidado através dos ativos do conhecimento do capital intelectual dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora das organizações de saúde. Esta mais-valia poderá ser efetivada através da rentabilidade e sustentabilidade das organizações de saúde, sustentando-se nos ativos do conhecimento existentes nas organizações e reajustando estratégias de gestão, caso necessário, é sem dúvida uma forma complementar de gestão dos serviços de enfermagem.

Acreditamos, portanto, que o modelo preconizado para o estudo do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem, baseado nas perceções dos enfermeiros,

configura-se como útil e válido para a gestão de serviços de enfermagem, pois a sua implementação evidencia um diagnóstico organizacional em diferentes perspetivas dos serviços de enfermagem, isto é, ao nível da formação, atitude inovadora, criatividade e incentivos para inovar, que caracterizam a capital humano; ao nível da cultura, estrutura da organização, da confiança e criação, desenvolvimento de conhecimento que traduzem o capital estrutural; e por último ao nível dos clientes/utentes, redes e alianças que constituem o capital relacional em estudo. Estas variáveis de estudo permitem aferir as perspetivas dos serviços e corrigir estratégias que se encontram desajustadas, de forma pontual, em cada dimensão do capital intelectual.

Para levar a cabo esta investigação, estruturamos o nosso trabalho em cinco partes, como a seguir se descreve:

- A primeira parte centra-se na revisão da literatura, com o capítulo I, onde abordamos primeiramente os conceitos de recursos/ativos tangíveis e intangíveis; definição de capital intelectual e seus componentes (capital humano, capital estrutural e capital relacional); seguidamente o conceito de inovação na organização e as diferentes tipologias (inovação de produto, inovação de processo, inovação de gestão, capacidade inovadora); revemos as abordagens existentes relativamente ao tema em estudo no que se refere ao enquadramento desta temática na área da saúde, em particular nos serviços de enfermagem; finalmente apresenta-se o modelo conceptual proposto e descreve-se as questões, objetivos e hipóteses de investigação.

- A segunda parte, representada pelo capítulo II, evidencia a descrição da investigação empírica; apresentamos o problema e objetivos de investigação e as respetivas hipóteses de investigação.

- Na terceira parte expomos a tipologia de estudo adotado, caracterizamos a amostra, expomos as técnicas selecionadas para a recolha e análise dos dados e finalmente, as considerações éticas inerentes a este estudo.

- Na quarta parte, capítulo IV, apresenta-se a análise e discussão dos resultados, descrevendo a caracterização das variáveis em estudo, evidenciam-se os resultados da metodologia estatística utilizada para a análise dos dados e apresentamos os resultados das análises efetuadas, seguindo-se a discussão dos resultados.

- Na quinta parte, capítulo V, foram interpretados os resultados, apresentando as principais conclusões, limitações e implicações desta investigação para a enfermagem.

Em suporte digital, são apresentados os documentos: pedido de autorização para utilização do questionário, parecer da Comissão de Ética, pedido de colaboração à Ordem dos Enfermeiros, o instrumento de recolha de dados, e dados de tratamento estatístico que contribuem para a compreensão da investigação.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I.1. Introdução

O conhecimento passou a ser a principal fonte económica, mais importante do que as matérias-primas e, muitas vezes, até mais importante do que o dinheiro. Sendo que a informação e o conhecimento são considerados mais importantes do que os recursos físicos, tais como os automóveis, edifícios, petróleo ou qualquer outro produto da economia industrial.

Andriessen (2004, p. 2) diz que “o termo economia do conhecimento exemplifica a proeminência da informação como um bem económico crucial para a maioria das operações e atividades realizadas hoje, em negócios e outros contextos organizacionais (...) o conhecimento tornou-se um fator decisivo para a sobrevivência”.

O conhecimento tem aumentado consideravelmente a sua importância para o desempenho das empresas e os desafios impostos pela abertura económica tornam o recurso da gestão do conhecimento ainda mais importante para as organizações. A rápida e crescente mudança, a globalização, e o aparecimento das novas tecnologias de informação são algumas das razões que estão na origem da transição da economia industrial para a economia do conhecimento, onde as fontes de riqueza passaram dos recursos naturais e do trabalho físico essencialmente para o conhecimento. E, ainda, devido à intensidade de informação/conhecimento, bem como, há cada vez mais, intensa conectividade entre as pessoas através da internet. Razões que levaram ao aparecimento da economia do conhecimento.

No que se refere à globalização podemos dizer que os mercados funcionam num paradigma global, onde a conceção e o fabrico dos produtos são afetados não só pelo mercado nacional, mas, também, pelo mercado global. Pois, por um lado a redução de barreiras que condicionavam as transações e o investimento internacional, por outro lado, a revolução tecnológica da informação e das comunicações tornaram a expansão mais fácil e acessível a qualquer cidadão.

Van Caenegem (2002, p. 11) refere que a economia do conhecimento é “a terceira fase de desenvolvimento económico, na sequência das fases agrícola e industrial”. Após o referido e analisando a evolução dos setores de atividade económica percebemos que durante muito tempo dominou a agricultura (recursos naturais e trabalho), posteriormente a economia industrial (recursos naturais, trabalho e capital) e por último a economia do conhecimento que rapidamente destronou a economia industrial quando comparada com esta última em relação à agricultura.

Na era industrial praticamente tudo aquilo que era produzido era vendido o que conduzia a empresa a uma situação favorável marcada pela pouca ou inexistente concorrência. Situação que se alterou profundamente na era do conhecimento, pois o cliente escolhe o quer e exige cada vez mais qualidade e inovação, sendo também esta marcada pela feroz concorrência, o que leva as empresas obrigatoriamente à diferenciação pautada pelo conhecimento.

Apesar desta mudança significativa na fonte de riqueza das organizações, o conhecimento não irá eliminar os outros recursos, mas sim relacionar-se com eles, tendo apenas os recursos da era industrial perdido o papel principal para o conhecimento.

Uma forma útil de pensar sobre a diferença entre uma economia do conhecimento e uma economia industrial consiste em comparar o valor e o peso dos produtos, que ao longo do século XX, passaram de um peso constante a um aumento exponencial. O valor adicional, relativo ao aumento é fruto do conhecimento, segundo Van Caenegem (2002).

A investigação acerca do capital intelectual em enfermagem é necessária para o desenvolvimento das competências da profissão, com base nos ativos do conhecimento existentes, apesar deste tipo de investimento ser considerado como não convidativo e até mesmo proibitivo (Covell & Sidani, 2013a). Talvez este tipo de paradigma de investigação ainda seja considerado como pouco proveitoso, pelo menos a curto prazo, tornando o seu investimento um pouco difícil. Apesar do conhecimento ser considerado como a essência de qualquer organização, quando se fala em ativos que lhe conferem valor, o ceticismo é uma realidade.

Os ativos do conhecimento em enfermagem são uma mais valia para a profissão, pelo menos teoricamente exalta-se o efeito. No entanto, quando se fala em evidências para a prática profissional, e em estudos que o traduzam de forma efetiva, que sejam capazes de avaliar e mensurar os ativos do conhecimento do capital intelectual que constituem uma mais valia, estes representam uma ínfima parte dos estudos de investigação. Quanto se estuda o capital intelectual dos serviços de enfermagem como eventual fonte de inovação das organizações de saúde portuguesas, pode afirmar-se que o estudo é inédito, considerando por isso, um trabalho de investigação relevante para a gestão dos serviços de enfermagem e para a gestão das unidades de saúde.

Relativamente às evidências empíricas nesta área, Covell e Sidani (2013c), consideram que existem poucas que suportem a tomada de decisão, e dessa forma, permitir afirmar que ao investir no conhecimento e desenvolvimento de competências dos enfermeiros, resulta em melhores cuidados de saúde prestados. A teoria do capital intelectual de enfermagem, desenvolvida por estas autoras, fornecem a componente teórica e orientações metodológicas sobre a influência do conhecimento e das competências dos enfermeiros na qualidade de cuidados a prestados e faculta resultados organizacionais inerentes ao recrutamento e à retenção de enfermeiros.

No estudo elaborado por Covell e Sidani (2013c) destaca, que o conhecimento dos enfermeiros (formação académica), as competências e a experiência profissionais foram de forma direta e indiretamente associadas a uma melhor qualidade de cuidados prestados, e também associados ao recrutamento e retenção dos profissionais em serviços de internamento hospitalar. Da mesma forma, também foi apurada a influência da formação dos enfermeiros na prestação de cuidados

aos utentes, explicada parcialmente pelos resultados de infeções hospitalares. Este resultado, ainda que traduzido de forma parcial na sua influência, é um indicador importante que sustenta a repercussão dos ativos do conhecimento do capital intelectual na prática de enfermagem. Prova disso, são os inúmeros estudos que visam as infeções hospitalares como um grave problema de morbidade (causando internamentos prolongados e gastos avultados) e de mortalidade, traduzindo-se em grandes perdas para os utentes e para as organizações de saúde.

Os resultados deste tipo de estudo podem ser precursores de novas políticas de saúde, de forma a sustentar a prestação de cuidados no conhecimento sólido e inovador, para acompanhar as exigências dos utentes dos serviços de saúde portugueses e dos novos imperativos da ciência.

Partindo deste pressuposto torna-se evidente que o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, deve ser considerado como um investimento com retorno garantido, tornando o conhecimento como a base de transação da melhoria das organizações de saúde.

O objeto de estudo obriga a um aprofundamento concetual e empírico percurso que será abordado neste capítulo. Assim serão explicados: a definição de capital intelectual e os elementos que o constituem (capital humano, capital estrutural, capital relacional); recursos/ativos intangíveis do conhecimento; recursos/ativos de conhecimento; conhecimento organizacional no que concerne ao suporte teórico do capital intelectual. Ainda neste capítulo, será aprofundado conceitos como inovação organizacional; tipologias de inovação; o capital intelectual e a inovação em organizações de saúde; o capital intelectual em serviços de saúde e em serviços de enfermagem; a inovação em serviços de saúde e em serviços de enfermagem, que servirão como suporte do modelo conceptual de investigação

1.2 O Capital Intelectual

O capital intelectual assume, nos dias de hoje, um papel central na gestão empresarial e na economia mundial. Este facto deve-se sobretudo, à perceção que os gestores têm acerca dos ativos do conhecimento como fonte de vantagem competitiva para a empresa. Por exemplo, Brennan e Connel (2000) consideram que as empresas de maior êxito são aquelas que utilizam o capital intelectual.

Segundo Cabrita (2009) o que valoriza e centraliza o papel do capital intelectual é o facto de uma possível relação entre o capital intelectual e o desempenho nas organizações, logo é de extrema importância identificá-lo, medi-lo e geri-lo. Refere, ainda, que o capital intelectual é definido como o conhecimento que gera valor o que, só por si, constitui um ponto de interesse para as organizações.

É essencial conhecer este recurso para, posteriormente, poder utilizá-lo de forma a explorar as suas vantagens nas organizações. Todo o tipo de organizações, quer empresas, quer outro tipo de instituições, beneficiam com este tipo de ativos de conhecimento, se os mesmos forem rentabilizados, permite torná-las inovadoras e competitivas.

Se avaliarmos a estrutura de uma organização, seja ela qual for, verificamos que a multidisciplinaridade e a transversalidade de fatores intangíveis estratégicos são de tal ordem que todos os processos ditos rotineiros são dinâmicos e complexos no que concerne ao conhecimento. Esta complexidade de fatores despoleta uma reação de interesse e de pesquisa, de forma a otimizar as interações na organização e melhorar o resultado do processo.

Para melhor entender o que é o capital intelectual, torna-se necessária uma abordagem aos ativos intangíveis.

O conceito de ativo prende-se com um recurso que pode ser controlado como consequência de atos passados e que eventualmente podem gerar benefícios económicos futuros (Bontis, Dragonetti, Jacobsen & Roos 1999).

I.2.1 Recursos/ativos Intangíveis e de Conhecimento

A definição dos conceitos organizacionais dependem da sua função e utilidade dentro de cada organização. Assim é necessário aferir a diferença entre recursos/ativos intangíveis, recursos/ativos do conhecimento e conhecimento organizacional.

I.2.1.1 Recursos/Ativos Intangíveis

Os recursos intangíveis também são denominados de capital intelectual, sendo que é usual considerar os intangíveis numa perspetiva contabilística e o capital intelectual numa perspetiva estratégica, sendo esta última a perspetiva central do nosso estudo e que abordaremos mais à frente.

A este respeito, Cabrita (2009, p. 94) frisa que “a definição de ativo tangível, numa perspetiva contabilística, não inclui alguns ativos gerados internamente tais como, as competências dos colaboradores, a reputação da empresa, a lealdade dos clientes ou outros elementos de natureza similar, gerados internamente. No contexto da gestão estratégica, porém, os ativos intangíveis referem-se a um âmbito mais vasto, porquanto incluem fatores dinâmicos para a geração de valor e para a sustentabilidade da vantagem competitiva”.

A definição fornecida pela maioria dos investigadores é bastante semelhante na medida em que consideram que os ativos intangíveis não têm substância física, nem monetária, são imateriais e invisíveis sendo provável que fluam benefícios económicos futuros para a entidade em resultado de transações passadas.

Há, portanto, ativos tangíveis e intangíveis. Intangível quer dizer um recurso não físico. O nome intangível vem do latim *tangere* que significa tocar. Logo os bens que não têm corpo e que não se podem tocar são ativos intangíveis (Priberam, 2018).

Constata-se que a definição destes ativos pode ser feita, mas que estes não podem ser determinados com precisão. O que melhor caracteriza um ativo intangível é a sua relevância e invisibilidade, para além disso, a dificuldade em identificá-lo e dar-lhe um valor económico constituem também características relevantes.

Torna-se evidente que nem todos os recursos intangíveis são tratados como ativos, para isso, é necessário passar por critérios de reconhecimento, isto é, que responda à definição de ativo, que seja relevante, mensurável e que o seu valor seja preciso.

Para ser considerado um ativo, este deverá ser um recurso suscetível de controlo com vista a benefícios futuros, acrescentando ainda a importância da sua mensuração, isto é, é necessário que este seja passível de ser medido e quantificado. No entanto, para além destas características é necessário que o valor do recurso seja preciso/útil (Edvinsson & Malone, 1997).

Os ativos intangíveis são aqueles que podem proporcionar vantagens competitivas sustentáveis às organizações. Na economia atual, as empresas estão a evoluir, mas não com base nos seus recursos tangíveis, mas nos recursos intangíveis. Bontis (1999, p. 435) diz que “recursos tangíveis são tipicamente aqueles encontrados no balanço de uma empresa (documento que proporciona informação sobre a posição financeira da empresa, nomeadamente o seu património numa determinada data), tal como o dinheiro, edifícios e máquinas.

Os estudos efetuados sobretudo em gestão de empresas definem as características gerais dos intangíveis como fontes de prováveis lucros económicos, considerados como a falta de substância física, que são influenciados por resultados de acontecimentos e transações anteriores e eventualmente poderá ser vendido separadamente de outros ativos corporativos (Cañibano, García-Ayuso & Sánchez, 2000).

Por outro lado, temos os recursos intangíveis, como as pessoas e os seus conhecimentos, a fidelidade do cliente, entre outros.

Na ótica contabilística, segundo Martins (2000) o ativo intangível deve ser identificável, de forma a distinguir-se da “goodwill”. Para que tal aconteça este recurso deve ser suscetível de separação, isto é, poder-se-á vender, alugar, trocar e distribuir os benefícios financeiros do

mesmo. A mesma autora refere ainda que, apesar do critério de identificação, também é necessário existir um controlo sobre o recurso, para que isso aconteça, a empresa deve retirar proveito dos benefícios económico-financeiros que são resultantes dos recursos inerentes aos recursos intangíveis.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 1998) define ativos intangíveis como o conjunto de conhecimentos e habilidades individuais, competências da organização baseadas na cultura e rotinas, relacionais (reputação, lealdade), não reconhecidos como ativos sobre a forma contabilística, mas com valor atribuído pelos clientes e fornecedores. No entanto, reconhece que apesar de o seu valor ser reconhecido é de difícil quantificação.

Os ativos intangíveis para além das características relatadas apresentam outros aspetos únicos. Não podem ser utilizados em fins alternativos, os ativos intangíveis não podem ser separados da empresa ou entidade em questão e também possuem um elevado grau de incerteza no que respeita aos eventuais benefícios futuros que poderão ser recebidos pela empresa (Edvinsson & Malone, 1997). Há quem defenda que o ativo intangível poder-se-á vender, alugar, trocar e distribuir os benefícios financeiros do mesmo (Pompa Antunes & Martins; 2007).

Os ativos intangíveis são também considerados como ativos de conhecimento. Torna-se clara a diferenciação entre os diferentes tipos de ativos do conhecimento: ativos tangíveis e intangíveis. Assim, considera-se ativo intangível o recurso não físico, imaterial, invisível. Intangível vem do latim *Tângere* que significa tocar. O conceito de ativo significa um “recurso” que pode ser controlado e eventualmente gerar benefícios económicos futuros (Bontis et al., 1999). Portanto os bens que não tem corpo e que não se podem tocar são ativos intangíveis.

Segundo o estudo de Cañibano, Sanchez, Garcia-Ayuso e Chaminade (2002) os ativos intangíveis tem duas derivações, podem ser de origem estática ou dinâmica. Para melhor entender, sintetizamos na tabela seguinte:

Quadro 1: Noção dos ativos intangíveis

Noção Estática Stock ou valor atual do intangível, num determinado tempo e momento.	Recursos Intangíveis		
	Ativos		Competências
Noção Dinâmica Implicam uma dotação de recursos (novos) para avaliar o existente.	Ativos Intangíveis		
	Desenvolver ou adquirir novos recursos intangíveis	Para aumentar o valor existente dos Recursos intangíveis	Para avaliar e monitorizar as atividades intangíveis

Fonte: adaptado de Cañibano, Sanchez, Garcia-Ayuso e Chaminade (2002).

I.2.1.2 Recursos/Ativos de Conhecimento

O conhecimento é uma noção ampla e abstrata que tem ocupado a mente dos filósofos desde a era clássica grega e levou a muitos debates epistemológicos. É algo que despertou o interesse dos investigadores já há bastante tempo pelo que são vários os que apresentam uma definição de conhecimento.

A importância do conhecimento remonta aos tempos antigos, e.g. aos antigos gregos (Bontis & Nikitopoulos, 2001), no entanto o importante no contexto da gestão, é a sua codificação, já que não se pode separar do seu contexto, em que o conhecimento pode ser descrito, em termos gerais, como o fruto que se retira da análise e interpretação da informação (e.g. como a que está disponível em documentos e relatórios, rotinas organizacionais, entre outros), da informação relevante, utilizável e baseada, parcialmente, na experiência, a que certos autores acrescentam que o conhecimento e a informação coincidem sobre o mesmo tema embora defira na medida que o conhecimento está, paralelamente, ligado com crenças, compromissos e ações (Bontis, 1998; Nonaka & Takeuchi, 1995).

A noção do “conhecimento” (em gestão) tem evoluído da noção simplista de “recurso” (Bontis, 1998), para simbolizar ou justificar a noção de “recurso para produzir” (Cabrita & Vaz, 2006). O conhecimento é muito valioso, senão vejamos, a criação do conhecimento através da organização empresarial tem sido, segundo Bontis (1998), negligenciado nos estudos sobre gestão, e indica que os autores Nonaka e Takeuchi (1995) estão convictos que este processo tem sido a fonte mais importante de competitividade internacional.

Bontis (1998) refere que certos autores alegam que na nossa sociedade atual, o conhecimento não se trata apenas de um recurso como os ditos tradicionais (trabalho, capital financeiro e terra), pois o conhecimento é partilhado entre os membros da organização.

Posto isto é comum que o conhecimento mais valioso numa organização não seja fácil de transmitir (Bontis, 1998). Bontis (1998) menciona que Nonaka e Takeuchi (1995) afirmam que o conhecimento organizacional é precursor de uma nova economia, dirigindo-se a este como sociedade do conhecimento (*knowledge society*), considerando-o como um recurso, no mesmo patamar dos fatores de produção tradicionais, tais como: trabalho, capital e terra (Bontis, 1998).

Este tipo de conhecimento tende a aumentar com a abundância de recursos (e não com a escassez), uma vez que a replicação de conhecimentos aumenta o seu valor (Stewart, 1998).

Alguns autores abordam a questão da definição de conhecimento através da distinção entre conhecimento, informação e dados. Nomeadamente, Fahey e Prusak (1998, p. 1) que referem que “se o conhecimento não é algo que é diferente de dados ou informações, então não há nada de novo ou interessante sobre gestão do conhecimento”. Pelo que sugerem que os dados são

números e factos, a informação é o processamento de dados, e o conhecimento é a informação acionável.

O conhecimento não existe independentemente do conhecedor, e que é moldado pelas nossas necessidades, sendo uma das ações iniciais do conhecimento. O conhecimento é o resultado do processamento cognitivo provocado pela entrada de novos estímulos.

Segundo Crawford (1994), o conhecimento consiste na capacidade de aplicar informações acerca de uma matéria num trabalho específico. Apresenta, também, quatro características que transformam o conhecimento num recurso único: difusão e autorreprodução, porque não se perde conhecimento, nem ele perde valor quando é difundido e partilhado; substitui outros recursos por otimização de processos; pode-se transportar, não tendo barreiras físicas na sua difusão e mundialização; pode-se partilhar porque, quando se dá, também, se recebe algo em troca (Crawford, 1994, p. 15).

Davenport e Prusak (1998) consideram que o desenvolvimento do conhecimento é atribuído à experiência arrecadada ao longo do tempo, reforçando a ideia de fenómeno dinâmico. Contempla o que apreendemos nos livros, cursos e imperativos emanados por professores, até mesmo o que é intercetado de forma informal durante o nosso percurso de vida. Os termos usados nas várias áreas associadas ao conhecimento são, entre outros, conhecimento, capital intelectual, organizações do conhecimento, “Era” ou economia da informação, “Era” ou economia do conhecimento e ativos intangíveis (Bontis & Nikitopoulos, 2001).

Há vários tipos de conhecimentos, e.g. há literatura que considera o conhecimento como sendo contínuo e que, de um lado, estará o conhecimento tácito (conhecimento, imbuído no corpo e cabeça do ser humano, inconsciente ou semiconsciente) e no lado oposto está o conhecimento explícito (conhecimento estruturado, codificado, formalizado ou verbalizado e acessível a outros, não apenas, aos que o criaram e detém).

O conhecimento explícito encontra-se enraizado nas rotinas diárias dos indivíduos, assente no conhecimento de procedimentos da empresa, comunicado por esta de forma formal (Wilcox King & Zeithaml, 2003). Ora o conhecimento explícito é na realidade apenas uma pequena parte do conhecimento existente numa organização, porque como o ser humano sabe mais do que transmite, ou seja, o conhecimento verbalizado e formalizado é menor do que o conhecimento existente explicitamente, comunicado por símbolos ou pela linguagem e comunicado pela educação formal, formação profissional e extraprofissional ou adquirido pela experiência laboral. A linguagem revela-se insuficiente para transformar todo o conhecimento implícito do indivíduo em conhecimento explícito (Nonaka & Takeuchi, 1995; Spender & Grant, 1996; Sveiby, 1997).

O conhecimento tácito surge da experiência individual, da prática, torna-se profundo e inconsciente ou semiconsciente, sendo, normalmente, extremamente difícil de expressar e

verbalizar/ comunicar sendo revelado consoante a sua aplicação, sendo este conhecimento intangível é difícilimo de copiar e imitar, estando por conseguinte, na base da vantagens competitivas das organizações (Barney, 1991; Spender & Grant, 1996) no entanto se o conhecimento tácito for complexo e específico em demasia, então pode não ser completamente benéfico e retardar a aprendizagem, dificultar a sua transferência e organização no interior das empresas (McEvily & Chakravarthy, 2002).

Stewart e Ceitil (1999, p. 33) consideram que “o conhecimento sempre foi muito importante – não é sem fundamento que somos homo sapiens, homens pensantes”. Ao longo dos tempos a vitória sempre foi dos que utilizavam o conhecimento. Mas o conhecimento é atualmente mais importante do que nunca.

I.2.1.3 Conhecimento Organizacional

Segundo Alavi e Leidner (2001) o elevado interesse no conhecimento organizacional e na gestão do conhecimento deriva da transição para a economia do conhecimento, onde o conhecimento é visto como a principal fonte de criação de valor e vantagem competitiva sustentável.

O conhecimento organizacional é considerado, por vários autores, como o fator estratégico mais importante para a produção, porque, “quanto mais uma empresa sabe, mais pode aprender” (Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego & Jardón-Fernández, 2008, p. 7), a literatura acrescenta que as capacidades organizacionais estão baseadas no conhecimento (Marr, Schiuma & Neely, 2004), e a correta administração deste conhecimento poderá permitir a gestão e o surgimento de vantagens competitivas, pois o êxito empresarial passa pela gestão estratégica do conhecimento (Wilcox King & Zeithaml, 2003). Santos-Rodrigues et al. (2008) apontam que o conhecimento organizacional está repartido entre os elementos da organização, de forma semelhante à sua história e cultura, podendo-lhe ser atribuída, inclusive, uma linguagem própria.

Em suma, o Conhecimento Organizacional é uma capacidade intangível, da organização (Marr, et al., 2004; Santos-Rodrigues et al., 2008), então o Conhecimento Organizacional surge de uma combinação de experiências, valores, perspectivas e informação que permitem à empresa avaliar e incorporar novas experiências e informação nas suas rotinas e procedimentos.

O conhecimento organizacional surge dos indivíduos, do seu conhecimento tácito (Santos-Rodrigues et al., 2008) e é aplicado através deles surgindo em documentos, relatórios, rotinas organizacionais, processos, procedimentos práticas e normas formais ou não formalizadas (Davenport & Prusak, 1998; Sveiby, 1997), tornando-se assim posse efetiva da organização. O conhecimento organizacional está repartido pelos membros da organização, permite e utiliza uma “linguagem própria” e está conectado à história e experiência da organização (Saint-Onge, 1996; Santos-Rodrigues et al., 2008), está, assim, enquadrado na cultura da empresa.

Uma vez exposta a importância e enquadramento do que se entende por conhecimento organizacional, cabe realçar que o conhecimento organizacional é normalmente estudado considerando duas vertentes, a Gestão do Conhecimento e o Capital Intelectual. Em ambas as linhas de investigação, o conhecimento é considerado como um output resultante da análise da informação disponível nas organizações e disponibilizada pelos/aos membros das organizações, e como tal é intangível e dependente dos indivíduos, não é facilmente contabilizado, mas no entanto é utilizado como um ativo ou como recurso, ou seja como um input que as organizações utilizam a fim de melhorar a sua competitividade, assumindo, desta forma, um formato que pode ser transformado em algo comercializado.

Almeida (2007, p. 59) considera que a gestão do conhecimento consiste em reconhecer, desenvolver e explorar os recursos tangíveis e intangíveis presentes nas mentes das pessoas, e convertê-los num ativo empresarial, a que todos podem aceder e ser, assim, utilizado por um maior número de pessoas dentro da organização, desde os decisores aos operacionais. A gestão do conhecimento consiste também no conjunto de processos que permitem utilizar o conhecimento como fator-chave para acrescentar e gerar valor e, também, o armazenamento e manipulação do conhecimento. Consiste assim, numa série de processos que servem para identificar, criar, armazenar, distribuir, partilhar e proteger o conhecimento, experiências e melhores práticas que contribuem para o crescimento das empresas.

Não deixa de ser a confluência da estratégia, organização e tecnologia. Pois permite a socialização do conhecimento. A este respeito Alavi e Leidner (2001, p. 6) consideram que “o recente interesse na gestão do conhecimento e nos sistemas de gestão de conhecimento (...) tem sido alimentado devido à transição para a era da informação”. Qualquer empresa gere os seus recursos físicos, mas será que podemos gerir e medir o conhecimento? Jay e Suen (2000, p. 54) dizem que “se não se consegue medir, também não se consegue gerir”. Joia (2001, p. 2) realça “o conhecimento pode ser intangível, mas isso não significa que não pode ser medido”. Pelo que a gestão do conhecimento permite a gestão dos ativos de conhecimento de uma forma operacional, identificando-o, armazenando-o, disponibilizando-o e utilizando-o/reutilizando-o.

Para Nonaka (1991) o processo de gestão de conhecimentos está associado a produtos e procedimentos, tornando-se a essência da inovação das novas organizações que se alicerçam no conhecimento. Numa outra perspetiva de gestão estratégica dos ativos do conhecimento surge o capital intelectual.

1.2.2 Definição de Capital Intelectual.

O capital intelectual é entendido como o conhecimento, a informação, a capacidade intelectual e a experiência (García-Meca & Martínez, 2005), isto é, os conhecimentos que podem transformar-

se em benefícios (Sullivan, 2000). Para Subramaniam e Youndt (2005) o capital intelectual é definido como a soma do conhecimento que as organizações utilizam para atingir metas e desta forma alcançar a vantagem competitiva, como essência da inovação. Baron e Armstrong (2007) definem o capital intelectual como “fluxos de conhecimento”, estes podem ser avaliados como intangíveis e quando associados a outros recursos mais físicos (materiais e palpáveis-tangíveis), podem formar o valor de mercado.

Segundo alguns registos, parece que foi Frei Luca Paccioli quem criou o conceito de capital intelectual no séc. XV e que perdura até aos dias de hoje. O termo Capital Intelectual foi inicialmente introduzido por Kenneth Galbraith em 1969 (Bontis, 1998), que achava que este se referia a mais que o intelecto puro (Swart, 2006), não se tratando de um capital intangível estático per se, mas sim um meio para atingir um determinado fim (Bontis, 1998). Este foi o passo que alterou o “ter” conhecimentos e aptidões para o “usar” estes conhecimentos e aptidões de forma a “transformar” o conhecimento em produtos e serviços de valor para as empresas e para os accionistas/ *stakeholders* (Swart, 2006). No entanto, foi Machlup que em 1962 ficou conhecido como o autor que deu origem ao termo (Cabrita, 2009), fazendo com que este seja encarado como um novo contributo para o crescimento económico (Machlup, 1980).

Mais tarde o termo “capital intelectual” é revestido de um carácter de gestão, Drucker (2000), reforça a importância da capacidade intelectual para arrecadar maior competitividade nos processos. Para Drucker (1993) as influências vieram de vários pontos do globo, considera que foi Hiroyuki Itami, japonês, que em 1980 se preocupou com a influência dos ativos invisíveis na gestão das empresas. Dos Estados Unidos da América, autores como Barney (1991) tentam procurar uma nova perspectiva de negócio e novas influências nas teorias empresariais. Sveiby (1997) foi o sueco que veio reforçar, através da publicação da sua obra, a importância das competências e dos conhecimentos dos colaboradores numa organização.

Em 1990, surge Edvinsson, reconhecido como o pai do capital intelectual, este é o primeiro, a nível mundial a ocupar o posto de diretor de capital intelectual numa empresa. Como consequência, várias companhias criam esta mesma função nas suas organizações. Este marco foi um ponto de viragem para as empresas, em 1995 a empresa Skandia AFS apresentou o primeiro relatório sobre capital intelectual, como um complemento ao relatório financeiro. Até que este método passou a ser semestral e muitas empresas passaram a segui-lo. Desde então foi criado o Skandia Navigator, como o modelo para a gestão do capital intelectual (Edvinsson & Malone 1997).

Em 1991, Stewart, na revista “Fortune” evidencia o capital intelectual como um sinónimo dos ativos considerados intangíveis, invisíveis ou ocultos. A referida revista deu-lhe grande destaque, servindo este facto como propulsor da importância do capital intelectual na gestão. Mais tarde, e dando continuidade ao processo despoletado na década de noventa, a mesma revista publicou o artigo “Your company`s most valuable asset: Intellectual Capital”, em que Stewart constata que

o conhecimento pode ser intangível, o que não significa que não é suscetível de medição (Cabrita, 2009).

A constatável diferença entre o valor de mercado e o valor contabilístico, deu origem a inúmeras investigações nesta área por vários autores e ao longo dos anos, numa tentativa de criar uma forma de mensurar o capital intelectual. Para Edvinsson (1997) e Brooking (1997), a diferença entre o valor de mercado da empresa e o seu valor contabilístico traduzem-se no capital intelectual. O segundo autor vai mais longe, refere mesmo que o capital intelectual é a diferença entre o valor que pode ser atribuído a uma empresa e o seu valor contabilístico. Contudo Edvinsson (1997) reforça a ideia de que o capital intelectual contempla vários ativos intangíveis que não são conhecidos nem contemplados nos resultados de uma empresa.

É essencial conhecer este recurso para, posteriormente, poder utilizá-lo de forma a explorar as suas vantagens nas organizações. Todo o tipo de organizações, quer empresas, quer outro tipo de instituições, beneficiam com este tipo de ativos de conhecimento, se os mesmos forem rentabilizados, permite torná-las inovadoras e competitivas. Se avaliarmos a estrutura de uma organização, seja ela qual for, verificamos que a multidisciplinaridade e a transversalidade de fatores intangíveis estratégicos são de tal ordem que todos os processos ditos rotineiros são dinâmicos e complexos no que concerne ao conhecimento, pelo que a definição deste conceito não é sempre consensual, visto que tem sido alvo de estudo por diferentes áreas científicas e inúmeras vezes com uma perspetiva muito eclética e multidisciplinar, pois várias disciplinas se interessam pelo estudo de capital intelectual, ainda que as perspetivas de estudo possam ser diferentes. Também, Bontis (1999, p. 433) diz que “o capital intelectual é conceituado por inúmeras disciplinas”.

Na perspetiva dos gestores de recursos humanos o capital intelectual refere-se às competências e conhecimentos dos seus trabalhadores. Já para a perspetiva dos gestores de marketing associam-no, por exemplo, à reputação de uma marca e à satisfação e lealdade dos clientes. E, os contabilistas estão interessados em saber como medi-lo e considerá-lo no balanço patrimonial.

Para Roos e Roos (1997) conceitos como ativos ocultos, recursos intangíveis, ou mais recentemente capital intelectual muitas vezes dizem mais sobre a capacidade de ganhos futuros da empresa do que qualquer das convencionais medidas de desempenho. Bontis, Chua Chong Keow e Richardson (2000) referem que os teóricos têm descrito capital intelectual como um importante componente entre o valor de uma empresa de mercado e o custo da substituição dos seus ativos. Roos e Roos (1997, p. 8) mencionam que “capital intelectual é a soma dos ativos escondidos não totalmente contemplados no balanço”. Van Caenegem (2002, p. 22) diz que “o capital intelectual (...) de facto contribui grandemente para o valor da empresa”. “Capital intelectual é o stock de conhecimento na empresa” (Bontis, 1999, p. 444).

Cabrita (2009) refere o termo “capital intelectual” na perspetiva económica, onde o nome “capital” representa o dinheiro ou os ativos (edifícios, equipamentos) que são usados na criação de valor. Só os ativos implicados na criação de valor podem ser considerados capital, pelo que os restantes, que não conduzam à criação de valor não o são. Cabrita (2009, p. 87) define o capital intelectual como “o conhecimento que cria valor, (...), o condutor do valor e da sua sustentabilidade, quer ao nível das empresas quer do futuro das nações”. Considera, ainda, que o capital intelectual é um fenómeno complexo, dinâmico e multidisciplinar, resultante de uma prática coletiva, cujo elemento dominante é a criação de valor. Segundo Sullivan (2000), o capital intelectual é uma arma competitiva sustentável.

Numa perspetiva mais global, Bontis (2004) diz que o capital intelectual de uma nação inclui os valores ocultos de indivíduos, empresas, instituições, comunidades e regiões que são as atuais e potenciais fontes para criação de riqueza. Estes valores ocultos são as raízes de nutrição e o cultivo do bem-estar futuro. O capital intelectual está a tornar-se o recurso preeminente para a criação da riqueza económica. Mas nem sempre foi visto da mesma forma tal como já fomos referindo e segundo Chen, Zhu e Yuan Xie (2004) o conceito de capital intelectual não era popular até recentemente.

Stewart e Ceitil (1999, p. 14) consideram que “capital intelectual é material intelectual, como conhecimento, informação, propriedade intelectual e experiência, que podem ser usados para criar riqueza”. Já Mouritsen, Bukh, Larsen e Johansen (2002, p. 10) referem que “o capital intelectual não é um objeto, mas sim um efeito”.

Apesar de não existir uma definição universal de capital intelectual, Cabrita (2009, p. 96) diz que “é possível destacar pelo menos três elementos comuns às várias definições de capital intelectual, a sua natureza intangível, o facto de se tratar do efeito de uma prática coletiva, e referir-se a conhecimento que cria valor ou potencial para criar valor”. Roos e Roos (1997) frisam que “o capital intelectual (...) pode ser medido”. Andriessen (2004) conclui: “o capital intelectual tem valor e, como tal, pode ser medido e gerido”. Stewart e Ceitil (1999) referem que qualquer organização abriga materiais intelectuais valiosos sob a forma de bens e recursos, perspetivas e capacidades tácitas e explícitas, dados, informação, conhecimento e, possivelmente, mesmo sabedoria.

Considerando as várias definições de capital intelectual é consensual, que os benefícios futuros são contínuos e duradouros (Abeysekera, 2006). Pew Tan, Plowman e Hancock (2008) reiteram o consenso da definição, no entanto, alegam que não existe uma definição universalmente aceite, que seria de extremo interesse para as organizações.

No setor empresarial há evidência que as organizações de maior sucesso são as que utilizam os ativos do conhecimento (Bontis, 1999). Da crescente importância da potencialidade dos ativos intangíveis, face aos tradicionais ativos tangíveis, nasceu a Teoria dos Recursos e Capacidades

que se centrou na perspectiva das empresas centradas no conhecimento, sustentada pelos relatórios da OCDE e pelo Tratado de Lisboa, centrado na Economia do Conhecimento. Assim surgiram as duas linhas de investigação: a Gestão do conhecimento, numa perspectiva mais prática e funcional, e o Gestão do Capital Intelectual, numa perspectiva estratégica.

As organizações começaram a dirigir as suas atenções para outro tipo de recursos, que até então não eram considerados como importantes para a melhoria do seu desempenho. O destaque dos ativos do conhecimento característicos do ser humano foi visto como uma nova fonte de competitividade. Nos anos noventa a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 1998) referia-se aos ativos intangíveis como os conhecimentos e as competências individuais, como as competências da organização sustentadas nas rotinas e na grelha cultural da própria organização.

Os elementos estudados no capital intelectual fundamentam as organizações no carácter estratégico do conhecimento. Seguindo esses pressupostos Bontis et al. (1999), consideram que as organizações de maior êxito são as que se sustentam nos ativos do conhecimento (proporcionando mais valor aos seus clientes do que aos seus concorrentes) (Teece, Pisano & Shuen, 1997), surgiram nas últimas décadas estudos baseados na melhoria da performance das organizações de saúde, reforçando o seu carácter complexo do conhecimento e na possibilidade em melhorar a sua performance (Habersam & Piper, 2003; Radaelli, Mura, Spiller & Lettieri, 2011; Lettieri & Masella (2009).

Para Johanson (2000) algumas partes do CI são factos objetivos e interpretações cognitivas conscientes, enquanto outras são interpretações e processos inconscientes que não podem ser explicadas. Este autor, considerada que CI não consiste apenas em "objetos" utilizados numa soma de fatores da organização. Ulrich (1998) descreve CI como um produto resultante da competência multiplicada pelo empenho e Roberts (2000) dá destaque à ligação entre os recursos intangíveis. Isto significa que, no caso de um fator mais um fator de CI é mais do que dois. Portanto, a representação do CI torna-se uma tarefa complexa e dinâmica porque todo o sistema de valores e seu contexto cultural (Jacob & Ebrahimpur, 2001).

Collier (2001) afirma que as ações de gestão se referem à utilização da capacidade intelectual, e torna-se muito difícil encontrar uma taxonomia exaustiva, de forma a permitir uma ligação dinâmica entre CI e o contexto da organização. Para Aino Kianto, Paavo Ritala, John-Christopher Spender e Mika Vanhala (2014) o pensamento básico sobre os ativos do CI, consideram que estes têm um efeito potencialmente positivo no desempenho organizacional. São necessários métodos de compreensão, monitorização e impulsão dos elementos do capital intelectual, quer o objetivo seja transferir as melhores práticas entre organizações e regiões, que seja coordenar os conhecimentos e capacidades para determinar onde investir para obter máximo proveito (Evans, Brown & Baker, 2015).

Alguns estudos descrevem as diferentes fases na pesquisa do “capital intelectual” nas organizações (Rodríguez, 2005; Fernández, 2007; Pew Tan et al., 2008). Nestes estudos é sublinhado o carácter estratégico do capital intelectual, que advém de cada individuo da organização, mas que traduz num efeito final coletivo. Todos os estudos concluem a necessidade de definir conceitos dentro dos componentes do capital intelectual, por forma a rentabilizar o paradigma organizacional. É neste alinhamento que pretendemos desenvolver o nosso estudo, tendo como principal pressuposto o capital intelectual dos serviços de enfermagem.

Para Vickery (2000) as dimensões intelectuais de uma organização, tendo como essência os ativos intangíveis, que são vistos como uma contrapartida, um complemento para os recursos tangíveis (contabilidade e relatórios). Da mesma forma, e surgindo como complemento aos instrumentos de gestão, surge a norma IAS 38 que prevê e considera os ativos intangíveis que não são contemplados noutras normas, segundo os critérios estipulados. A classificação da Comissão Europeia, em 2001, divide intangíveis em bens e competências, enquanto a OCDE tenta aproximar-se dos valores intangíveis, descrevendo o capital intelectual como o valor económico do intangível humano e estrutural ativo Petty e Guthrie (2000).

Atualmente, o debate sobre o CI pode ser caracterizado principalmente por cinco aspetos principais: (i) diversas abordagens para a concetualização de CI; (ii) um foco dominante em métricas; (iii) algumas outras vezes discutindo formas alternativas, não métricas de representar CI; (iv) heurísticas que dividem CI em humano, estrutural e dimensões relacionais; e (v) uma gama limitada de evidências empíricas em alguns ramos, principalmente analisando empresas de serviços.

Para Habersam e Piber (2003) a taxonomia Meritum é a mais conhecida e aceite, no entanto, vários estudos estão a contribuir para uma forma mais prática e simples de aplicar o defendido e preconizado.

No estudo realizado por Evans et al. (2015), considera-se que de uma forma geral, a maioria dos investigadores inclui uma ampla gama de elementos na concetualização do CI, incluindo aqueles que são explicitamente baseados no conhecimento e aqueles que não são (Peng et al., 2007; Habersam & Piber, 2003; Zigan, Macfarlane & Desombre, 2010; Zigan, Macfarlane & Desombre, 2009; Yang & Lin, 2009). O exemplo deste fenómeno é explicado pelas diversas maneiras em que o termo tem sido utilizado quer por teóricos, quer por profissionais em contabilidade, gestão estratégica e ciências da informação. Sendo que na área da contabilidade, o foco está na avaliação, portanto, o IC é frequentemente usado com "ativos intangíveis". Por outro lado, em gestão estratégica e ciências da informação, o CI centra-se para informar planear e tomar decisões, o que implica descodificar o conteúdo do CI e identificar conhecimento subjacente. É necessário aprofundar conhecimentos sobre se o CI é um subconjunto de ativos intangíveis ou sinónimo de ativos intangíveis.

Para Evans et al. (2015) é necessário ter cuidado com a definição de "capital". Para se designar por capital intelectual o conhecimento em questão deve ser suficientemente específico para permitir o seu desenvolvimento, e uso como parte da estratégia de uma organização.

Winter e Teece (1998) consideram que, para se qualificar como capital, o conhecimento em questão, deve ser transferível. Assim, propõe várias dimensões taxonómicas com as quais a possibilidade de transferência pode ser examinada, incluindo a extensão em que o conhecimento é articulável, transferível e observável. Outra questão conceitual identificada na literatura é que algumas aplicações da CI estão estreitamente focadas em questões de recursos humanos (Zigan, Macfarlane & Desombre, 2007; Covell & Sidani, 2013b; Hall, 2003; Moody, 2004; Price, 2013). Isto porque, em parte, é mais fácil conceituar o conhecimento como um recurso possuído e armazenado por indivíduos, do que como um recurso que pode ser incorporado em estruturas organizacionais e redes de relações.

O capital intelectual é um conceito com múltiplas facetas, é eclético e a linha investigadora mais aceite, na atualidade, considera que o CI compreende três componentes diferentes: capital humano, capital estrutural e capital relacional. A diferenciação entre elementos advém essencialmente da origem do conhecimento em causa. Assim, o capital humano compreende todos os ativos de conhecimento relacionados com as pessoas (*know-how*, formação, atitude, etc.). O capital estrutural refere-se ao conhecimento que reside na organização (processos, procedimentos, cultura, etc.). Por último o capital relacional refere-se aos ativos de conhecimento que surgem da relação da organização com a sua envolvente (clientes, fornecedores, redes, alianças, entre outros) (Santos-Rodrigues et al., 2008).

Quando tratamos o capital intelectual é de interesse evocar os seus três componentes que conferem um caráter próprio a cada organização. A tríade do capital intelectual (capital humano, capital estrutural, capital relacional) é cada vez mais consensual, o que já era sustentado na década de noventa (Edvinsson & Malone, 1997; Stewart, 1998; Sveiby, 1997).

1.2.3 Os Componentes do Capital Intelectual

Atualmente os estudos sobre o conhecimento nas organizações apresentam-se numa lógica de avaliação do desempenho. Os estudos académicos que retratam o conhecimento nas organizações visam as literaturas de capital intelectual e a gestão do conhecimento. Relativamente ao capital intelectual, os trabalhos realçam os recursos intangíveis que contribuem para a criação de valor (Edvinsson & Malone, 1997; Sullivan, 1998; Spender, Bednarz-Luczewska, Bordianu & Rohaert, 2013), no que concerne à gestão do conhecimento, as pesquisas estão mais concentradas em processos relacionados com as atividades de gestão nas empresas (Heisig, Caldwell, Grebici & Clarkson, 2010). Isto é, o capital intelectual avalia os

recursos imateriais presentes nas organizações, e a gestão do conhecimento estudo os meios pelos quais os recursos vão ser geridos e controlados.

Para Kianto, Ritala, Spender e Vanhala (2014) a compreensão do conhecimento sustentada no valor criado deveria ser feita com base na interação do capital intelectual e na gestão do conhecimento. Com base nesta afirmação, futuramente será oportuno que estes paradigmas estejam estabelecidos em estudos, para que a sua interação seja efetiva, resultando em mais-valias para as organizações baseadas no conhecimento.

Para Kianto et al. (2014) os métodos de gestão adequados conseguem multiplicar o efeito de alavanca dos recursos intangíveis. Desta forma depreende-se a importância dos mecanismos de gestão utilizados. Estes devem ser analisados de forma a compreender os fatores que, com base no conhecimento são suscetíveis de inculcir valor à organização.

Sveiby (1997) e Edvinsson e Malone (1997) defendem que a noção de capital intelectual deve ser analisada considerando o capital humano, organizacional e do cliente como principais componentes. A taxonomia Meritum, de Cañibano, Sanchez, Garcia-Ayuso e Chaminade (2002), apontam numa direção similar, distingue a componente humana, estrutural e o capital relacional. Numa aproximação mais detalhada ao capital intelectual, Habersam e Piber (2003) destacam o capital humano como aos conhecimentos individuais, as atitudes e competências (criatividade, know-how, experiências, lealdade), o capital estrutural evidencia-se pelas rotinas, pelos procedimentos e tecnologias de informação e o capital relacional respeitante às relações externas com *stakeholders*, incluindo a perceção sobre a própria organização (imagem, satisfação do cliente).

Se verificarmos de forma detalhada os estudos sobre o capital intelectual, constatamos que tendem a argumentar que existem vários tipos de CI, tais como humano, capital estrutural e relacional, influenciam-se mutuamente e produzem valor na sinergia de combinações. O capital humano refere-se aos conhecimentos, aptidões e experiências de que são proprietários e utilizados pelos indivíduos. O capital estrutural ou capital organizacional refere-se ao conhecimento institucionalizado e experiência codificada armazenada em bases de dados, procedimentos, rotinas e outras estruturas organizacionais. O capital relacional refere-se ao conhecimento embutido dentro, disponível através, e derivado de redes de relações internas e externas ao Organização (Subramaniam & Youndt, 2005; Bontis, 1999; Youndt, Subramaniam, & Snell, 2004). Por outras palavras, o CI é acumulado e distribuído de três formas diferentes: através dos indivíduos, de estruturas organizacionais, processos e sistemas, e de relações e redes (Subramaniam & Youndt, 2005).

I.2.3.1 O Capital Humano

O conceito de capital humano evoluiu ao longo dos tempos. Surge pela primeira vez num artigo do Prémio Nobel da Economia Theodore W. Schultz publicado em 1961 na *American Economic Review* (Davenport, 2007) e emana do pressuposto de que o ser humano possui habilidades e capacidades; estando incluído nestas as capacidades, o seu conhecimento e a sua experiência; que permite mudanças nas ações e no crescimento económico (Dakhli & Clercq, 2004), tanto como o seu compromisso (pessoal e profissional) e empenho (Hsu, Yeh-Yun Lin, Lawler & Wu, 2007) que podem ser moldadas e melhoradas, bem como a forma como as pessoas reagem e interagem.

Atualmente é dada uma importância crescente ao capital humano, ao que ele representa e ao que proporciona quando bem gerido e com a devida importância (Dakhli & Clercq, 2004).

Teixeira (2002) refere que muitos investigadores que estudam a organização do Capital Humano, a sua educação, habilidade e o próprio capital humano consideram-no como um conceito passível intercâmbio.

Davenport (2007) concebe, metaforicamente, os colaboradores/funcionários como investidores, defendendo que esta metáfora auxilia a que as respetivas chefias entendam que os colaboradores são, em primeiro lugar, agentes livres, que podem transitar entre empresas, e que só obterão a sua adesão aos objetivos da empresa e rendimento, pagando valor com valor.

A empresa deverá ter a preocupação de aumentar e quantificar, adequadamente, os benefícios, pois os colaboradores/funcionários são os reais proprietários do capital humano, que quando devidamente motivados contribuem para a prosperidade da empresa, concluindo-se que os colaboradores/funcionários geram maior valor para as empresas quanto maior for o valor que estas retornam para os trabalhadores (Davenport, 2007).

O capital humano considera-se conectado à organização através de contratos de emprego (formais e explícitos) e por contratos verbais, informais e implícitos, representando o valor do conhecimento, dos intangíveis (i.e., comportamentos, capacidades) e aptidões que está presente nas pessoas que constituem a organização (I.A.D.E., 2003).

Nos anos 60 surgiu um elevado interesse pelo conceito de capital humano. Becker (1962) (entre outros) foram os pioneiros na formalização de modelos centrados no capital humano. Para estes autores o conceito é identificado como um conjunto ativo de capacidades e de competências individuais, logo o capital humano não pode ser considerado como propriedade da organização. Mesmo assim, o capital humano é de extrema importância para organização, pois as capacidades individuais serão refletidas o desempenho da organização de uma forma conjunta.

Bontis et al. (1999) referem-se ao capital humano como a parte humana da organização, ou seja, a conjugação entre as capacidades, qualificações e perícia que atribuem à própria organização um carácter singular. O mesmo destaca a importância da singularidade humana em iniciar, alterar e inovar dentro da organização, que poderão ser a chave para sustentar uma organização a longo prazo.

São as pessoas que constituem o capital humano de cada organização, e este desenvolve-se nomeadamente através da experiência e formação. Davenport (1999) acrescenta que a troca de valores em dois sentidos é uma característica do trabalho, obtendo uma exploração de ativos. Pode-se concluir que, tanto colaboradores/funcionários, como empregadores contribuem para o investimento em capital humano, apesar de este ser propriedade de cada um.

Ehrenberg e Smith (1997) afirmam que os trabalhadores têm um conjunto de atributos e mais-valias que podem ser “alugados” ao empregador, pelo que, os trabalhadores esperam sempre uma “recompensa” (o salário). Por outro lado, surge a forma como o trabalhador vê os retornos deste contributo para a organização. Hoje em dia, os investimentos no desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores podem ser indicadores de motivação.

Este fenómeno de investimento nos trabalhadores é explicado por Elliot (1991), para este autor este tipo de investimento assume custos psicológicos, que estarão afetos aos indivíduos, possivelmente com menor capacidade na apreensão de conhecimentos.

Os custos sociais traduzem-se no custo de oportunidade que o empregado tem, isto é, enquanto se dedica ao investimento na componente humana, poderia estar a investir noutra área. Por último, incluem-se os custos financeiros que traduzem os custos diretos com a formação ou outros. Para isso, espera-se que este adquira capacidades, flexibilidade, competências e conhecimentos que o movam para um aumento substancial do seu desempenho.

Para Hudson (1993) o capital humano, à luz de uma perspetiva individual, espelha-se numa conjugação entre a parte genética, a educação a experiência e o tipo de atitudes. Numa perspetiva organizacional, o capital humano é visto como recurso ímpar na estratégia de inovação da organização, único também porque só os seres humanos têm a capacidade de assimilar, acomodar e transformar a informação em conhecimento, e eventualmente, mais tarde voltar a usá-lo. No entanto, estas capacidades devem ser cultivadas e incrementadas, Schuller (2000) afirma que os países e suas organizações irão evoluir através das competências e características de cada indivíduo.

O capital humano é influenciado pelas características de cada indivíduo. Se cada organização é constituída por vários indivíduos e cada indivíduo contribui de forma singular para a organização, esta vai espelhar a particularidade dos seus colaboradores. No âmbito dos possíveis fatores que

contribuem para o capital humano, poder-se-á juntar outro, a saúde dos colaboradores (Cabrita, 2009).

Gupta e Roos (2001) explicam que os colaboradores de uma organização geram capital através das suas competências, atitudes e agilidade intelectual:

- A competência prende-se com os conhecimentos, experiência e Know-how dos indivíduos;
- A atitude traduz o padrão comportamental: motivações, comportamento, conduta e valores, desejo de aprender;
- A agilidade intelectual prende-se com a capacidade de inovar, a criatividade, adaptabilidade e versatilidade.

Estes elementos criam sinergias com os restantes recursos, por isso, é que vários autores lhe chamam capital intelectual crítico (Cabrita, 2009).

Regra geral a maior parte dos imperativos da gestão de recursos humanos incidem na formação, no desenvolvimento dos seus colaboradores, posteriormente por uma avaliação da sua prestação na organização, e eventualmente, uma recompensa ou incentivo (Schuller & Jackson, 2005).

Estes referem que a gestão fornece muitas ferramentas para desenvolver os recursos existentes em capital humano, de forma a assegurar um elevado grau de compatibilidade, com vista ao objetivo final da organização.

Para incrementar o desenvolvimento do capital humano, Stewart (1998) sugere duas vias, a primeira é incentivar a fazer o que melhor fazem, para isso é necessário que o conhecimento se torne público para que os outros colaboradores o possam aprender.

A outra via espelha a necessidade de que um maior número pessoas deverá saber mais sobre aspetos fundamentais da organização. Pois quanto maior for o número de pessoas capazes de entender a organização, maior será o contributo singular e coletivo.

Becker (1975) refere que a teoria do capital humano reforça o valor da pessoa numa organização. Vê as pessoas como ativos e realça que o investimento que uma organização faz nas pessoas, espelhar-se-á em proveitos.

Para Storey (1995) o capital humano é um recurso essencial, que através das suas características complementares incute forma ao ativo intangível. Esta componente confere a importância económica do trabalhador na organização. O capital humano pode ser reforçado, nomeadamente através da formação dos seus colaboradores (Wiig, 1997).

A base, do capital humano, inserida nos quadros superiores de uma organização, podem ser determinantes para o sucesso da mesma. O sucesso será uma realidade quando o capital humano for raro, ímpar e quase impossível de imitar (Wright, McMahan & McWilliams, 1994).

Para Denisi, Jackson e Hitt (2003), as organizações que oferecem serviços devem permitir/estimular que os elementos mais antigos na chefia transmitam aos recém-chegados todo o seu conhecimento estratégico.

Scarborough e Elias (2002) reforçam a ideia de que as pessoas e as suas características contribuem para um bom desempenho na organização, esta teoria tem pontos em comum com a teoria de gestão de recursos humanos, em que os colaboradores são encarados como ativos e não como custos. No entanto, Davenport (1999) reforça que esta visão é redutora. O autor defende que os colaboradores não devem ser considerados como “ativos inanimados” que podem ser vendidos, comprados e substituídos, de acordo com a vontade do “proprietário”.

O mesmo refere, que os “proprietários” consideram que o sentido de posse em relação às pessoas da organização é similar ao sentido de propriedade das máquinas da empresa, é completamente inaceitável, por si só é uma forma de desvalorizar os recursos humanos.

Poder-se-á pensar que o capital humano é dos principais componentes do capital intelectual, no entanto, os restantes componentes não devem ser destituídos de importância dentro do capital intelectual de uma organização. Apesar de que, Santos-Rodrigues et al. (2008) concluem, na sua investigação, que o Capital Humano não é central para a capacidade inovadora de gestão.

Schuller (2000) afirma mesmo que a focalização no capital humano pode levar a um desequilíbrio, pois, não se pode simplesmente ignorar o modo como o conhecimento é inserido na rede social que envolve os processos nas organizações.

O capital humano considerado como ativo humano, destaca os benefícios que os indivíduos podem oferecer à organização, chegando mesmo a existir um esforço notório por parte das organizações, em procurar pessoas com grande capacidade de interação e numa otimização da relação causa/efeito (Schmidt & Santos, 2002).

Mayo e Torres (2003) referem que o capital humano é um fenómeno em que as pessoas emprestam o seu conhecimento, capacidades individuais e sua experiência à organização.

Duffy (2000) indica o capital humano como sendo o resultado do valor acumulado das várias capacidades específicas de cada indivíduo, relatando-o também, como a competência do funcionário, e sua capacidade de relacionamento.

O facto de uma organização ter colaboradores formados não garante, de forma automática, a rentabilização do seu conhecimento, esta necessita criar condições para que este conhecimento

seja colocado ao dispor da organização, i.e., atividades e condições para estimular a partilha do conhecimento (Santos-Rodrigues et al., 2008).

Pelo que a idoneidade de uma organização para melhorar e inovar está diretamente intercalada com as aptidões e conhecimentos dos seus colaboradores (Santos-Rodrigues et al., 2008). Apesar disto são vários os autores que defendem que o capital humano é abonado por fatores como a educação formal, formação extraprofissional (para o capital humano em geral) e formação profissional para capital humano especializado (Teixeira, 2002), assim como a formação “on the top” são a força de impulso por detrás do aumento de produtividade e competitividade, ao nível organizacional (Dakhli & Clercq, 2004).

A literatura salienta outro fator, e a gestão deste, como sendo de primordial importância para este capital, a motivação, quer seja motivação intrínseca (contentamento direto com o trabalho) ou motivação extrínseca (contentamento indireto, obtido e.g. por recompensas económicas), como uma vantagem competitiva relevante (Bontis & Fitz-enz, 2002; Mouritsen, Bukh & Larsen, 2001a; Osterloh & Frey, 2000).

Algumas teorias apontam a motivação dos colaboradores como uma ferramenta muito poderosa que ajuda a evitar a perda ou deterioração do capital que é o conhecimento (Gupta, 2009).

A motivação pode ser aumentada com a distribuição e atribuição, aos colaboradores, de tarefas criativas e evitando a rotina laboral, com desafios (profissionais e pessoais) e a atribuição de prémios e benefícios ou demonstração do sucesso obtido (Santos-Rodrigues et al., 2008).

O conceito de Capital Humano refere-se aos elementos e indivíduos dentro das empresas (independentemente de ser ou não “*Firm-specific human capital*” (Dakhli & Clercq, 2004, p. 109)), ao seu valor, e considera o fator humano como gerador de riqueza tangível e intangível.

Refere-se, também, ao ativo do conhecimento presente nos colaboradores (Bontis, 1998; Bontis & Nikitopoulos, 2001; Dakhli & Clercq, 2004) e que pode variar mediante o seu grau de singularidade (Swart, 2006).

Este é importante pois é uma fonte de inovação e renovação estratégica, seja pelo “brainstorming”, seja pelo repensar de procedimentos, seja pelo desenvolvimento pessoal que pode levar a vantagens para as organizações (Bontis, 1998).

Uma definição interessante do capital humano é a que indica que o capital humano “é aquele que é capaz de aprender, interagir, inovar e (...) pode assegurar a sobrevivência a longo prazo do funcionamento da organização.” (Bontis, 2001, p. 281).

Os membros de uma organização possuem conhecimentos tácitos/ específicos individuais, que fornecem mais-valias à organização, i.e., enquanto processo produtivo que recebe input tangível

e informação do redor e que produz, e escoar, o mesmo tipo de informação que recebe, e que além disso, se caracteriza internamente como uma rede de fluxos de informação (Bontis, 1998).

Estes “*nous*” de informação representam o trabalho executado baseado em decisões, criatividade inovadora, ou um conjunto dos três, executados individualmente ou em grupo numa organização (Bontis, 1998).

Bontis (1998) define, ao nível individual, o capital humano como a combinação dos seguintes quatro fatores: (1) herança genética; (2) a sua educação; (3) experiência e (4) as atitudes perante a vida e perante o trabalho.

Swart (2006) refere que certos autores defendem o capital humano como um bem imaterial incorporado numa equipa, e assinalam este conceito como sendo demasiado individualista, deixando, no entanto, entrever que certos tipos de conhecimentos e capacidades só se formam num contexto organizacional e apenas algumas capacidades estão embebidas numa equipa de colaboradores.

O capital humano pode ser genérico o que significa que pode ser desenvolvido fora dos limites de uma empresa, sendo este o género de capital que pode, facilmente, transitar entre empresas (Swart, 2006).

Um dos problemas que a literatura indica, relativamente ao capital humano, é a forma de motivar os colaboradores a partilharem e contribuírem com o seu conhecimento para com a organização, pelo receio de perder a autoria das suas ideias, a sua posição privilegiada ou superioridade (Hsu et al., 2007). Assim, é saudável para as organizações que gestores e administradores procurem a melhor capacidade dos seus colaboradores, bem como a sua dedicação (Hsu et al., 2007).

Alguns autores, como Dakhli e Clercq (2004), estratificam o conceito de capital humano como possuindo alguns subtipos, como sendo capitais específicos para determinadas empresas, e.g. o capital humano específico em geral, capital específico para indústrias entre outros.

O know-how industrial é um poderoso impulsionador na criação de inovações, quando novos produtos e ideias surgem de intercâmbio entre parceiros e conhecimentos que advém de novas tecnologias. Este tipo de conhecimento oferece, globalmente, um mecanismo de proteção que pode fazer decrescer a necessidade de patentes (Dakhli & Clercq, 2004).

Wößmann (2000) diz que no capital humano um dos fatores de distinção entre países é a educação e o sistema educativo instaurado. Além disso, estudos anteriores demonstram que o nível geral do capital humano tem um impacto (a todos os níveis) no sucesso económico da empresa. São várias as características que auxiliam neste objetivo, como o nível de formação, nível académico, experiência profissional.

Outras conclusões prévias apontam, também, a necessidade de criar e manter um balanço correto/equilibrado relativamente à educação, conhecimentos académicos com a vida profissional, bem como a importância de estimular as vocações de cada colaborador com vista, no futuro, a criar profissionais com técnicas específicas.

Bontis e Nikitopoulos (2001) indicam que Edvinsson faz o contraste entre colaborador a part-time e full-time, com base na sua produtividade e distribuição do seu “capital humano”. Também refere que o mercado laboral atual não permite o enquadramento oferecido pelos trabalhadores a tempo parcial (que conseguem interagir com vários empregadores e assim não prender o seu “capital humano” num único local e distribuir o seu conhecimento/ experiência). Aponta este contraste pois salienta que o pico de rendimento para um trabalhador é de duas (2) horas em contraste com a corrente política de oito (8) horas laborais, defendendo que, teoricamente, existe um desperdício de seis (6) horas e perda de muito capital intelectual.

O valor deste tipo de capital poderá ser medido consoante a formação dos membros de uma organização e mediante o conhecimento transmitido internamente (interagindo com o capital estrutural), medido enquanto parte do conceito geral de que o futuro será guiado pelo conhecimento (Bontis, 1998).

Teixeira (2002) indica a existência de contraste entre os autores que defendem a educação como a única maneira de criar aptidões (capacidades e competências necessárias ao desempenho de funções) e entre os autores que destacam que o “learning-by-doing” e a experiência no local de trabalho se encontram dentre outras formas de desenvolver aptidões. Este mesmo autor, simplifica o conceito de aptidão, distinguindo: “aptidões profissionais” como as qualidades requeridas por uma determinada ocupação; e o conceito de “aptidões do colaborador”, como o conhecimento profissional do colaborador, que vêm da educação (interna ou externa ao sistema escolar) e da aprendizagem no local de trabalho; e ainda as “aptidões convencionais” como a classificação dos colaboradores em categorias de profissionais, de forma convencional.

“Capital humano são as pessoas” para Van Caenegem (2002, p. 11). E para Westnes (2005, p. 10) “capital humano inclui os recursos humanos”. Bontis e Fitz-Enz (2002, p. 225) referem que “o capital humano encarna o conhecimento, o talento e a experiências dos funcionários”. Refere-se “às qualidades que compõem as pessoas” diz Brooking (1996, p. 15).

“A essência do capital humano é a inteligência pura do membro organizacional” (Bontis, 1998, p. 65; 1999). Chen et al. (2004) dizem que o capital humano pode ser descrito como a competência dos colaboradores/funcionários, inter-relacionamento e valor. E, ainda, que o capital humano se refere a fatores como conhecimento dos funcionários, habilidade, capacidade e atitude em relação aos clientes, desempenho que os clientes estão dispostos a pagar.

O capital humano representa o fator humano na organização que combina inteligência, habilidades e conhecimentos que proporcionam à empresa o seu caráter distintivo. Os elementos humanos da organização são aqueles que são capazes de aprender, mudar, inovar e oferecer o impulso criativo que, se devidamente motivado pode assegurar a sobrevivência da organização a longo prazo (Bontis, 1999; Bontis et al., 1999). Também Westnes (2005) diz que o capital humano inclui a combinação de conhecimento e habilidades dos trabalhadores.

Malhotra (2003) frisa que o capital humano inclui competências coletivas, capacidades, habilidades e experiência dos colaboradores/funcionários e dos gestores bem como a sua criatividade. Quando as pessoas trabalham em conjunto, criam qualquer coisa que vale mais do que a soma dos seus esforços individuais. A diferença constitui o lucro, o rendimento do capital de acordo com Stewart e Ceitil (1999).

A respeito Cabrita (2009) refere que o capital humano, é genericamente, identificado como um *stock* ativo de capacidades e competências individuais daí que o capital humano não possa ser considerado propriedade da organização.

Pois, “tais conhecimentos e habilidades estão contidos na cabeça do colaborador/funcionário, ou seja, a cabeça/mente do colaborador/funcionário é o portador de conhecimentos e habilidades como dizem Chen et al. (2004). Opinião partilhada por Bontis (1999, p. 444) que diz que “o capital humano é o conhecimento tácito embutido na mente dos funcionários”.

O capital humano é por vários autores considerado como o componente primário do capital intelectual (Bontis, 1998, 1999; Bontis et al., 1999; Edvinsson & Malone, 1997; Stewart, 1999; Sveiby, 1997). “O capital humano é a base do capital intelectual” de acordo com Chen et al. (2004, p. 201). “(...) é o ponto crucial do capital intelectual” (Malhotra, 2000, p. 5).

Alguns investigadores argumentam que o capital humano, por si só, não possui grande valor, necessitando do suporte dos recursos das organizações, defendendo que o capital humano não consegue trazer benefícios à organização, a menos que esta possuía mecanismos que permita aos colaboradores intercambiar conhecimento (Hsu et al., 2007).

Choo Huang, Luther, Tayles e Haniffa (2013, p. 3) apontam que “o capital humano tem sido reconhecido como um bem vital e criador de valor para as empresas”. Cabrita (2009, p. 108) frisa que “o capital humano é identificado como o motor da atividade económica, da competitividade e prosperidade económica”.

Não há, ainda, no entanto uma fórmula definitiva ou normativa sobre a influência ou significância do capital humano ou quais os elementos mais importantes, por exemplo, Hsu et al. (2007) apuraram que o capital humano, por si só, não tem impacto significativo na inovação organizacional, no entanto Santos-Rodrigues et al. (2008) verificaram no seu estudo que o capital humano tem impacto significativo na capacidade inovadora de produto e processo. Pelo que “o

capital humano tem importantes implicações em termos da estratégia do capital intelectual na empresa” diz Van Caenegem (2002, p. 11). “É a alavanca do lucro da economia do conhecimento”, “capital humano é importante, porque é uma fonte de inovação e de renovação estratégica” (Bontis, 1999, p. 447; Bontis & Fitz-Enz, 2002, pp. 224-225).

É considerado, por muitos, como uma das principais fontes de vantagem competitiva (Choo Huang et al., 2013).” As empresas perceberam que a experiência interna e a experiência humana, exclusivamente seus, podem de facto criar marcos no desempenho do negócio” (Andriessen, 2004, p. 2). Também, Malhotra (2000) enfatiza que o capital humano incorpora fatores-chave de sucesso que proporcionam vantagem competitiva quer no passado, no presente e no futuro. Considera que é o componente mais importante na criação de valor.

O capital humano é essencial para o sucesso da organização porque influencia o seu desempenho e confere à organização inteligência coletiva de acordo com Cabrita (2009, p. 107).

Para terminar o estudo do capital humano, com a consciência de que ainda muito havia por dizer, assinalamos Stewart e Ceitil (1999, p. 126) que referem que “o capital humano precisa dos seus parentes: capital estrutural e capital de cliente, para fazer a diferença”. “O capital humano dissipa-se se não for devidamente combinado com o capital estrutural e o capital relacional” (Cabrita, 2009, p. 112).

Em traços gerais, pode-se dizer que o capital humano é fundamental para as economias modernas, sendo um motor de inovação (Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego & Fernández-Jardon, 2011), conferindo-lhe maior competitividade.

1.2.3.2 O Capital Estrutural

O capital estrutural é o elemento do capital intelectual considerado como conhecimento convertido em informação que mais tarde pode ser aproveitada pela organização (Covell, 2008).

O capital estrutural corresponde ao valor produzido pela estrutura da organização, à qual diz respeito: normas formalizadas; normas informais (Bontis, 2001; I.A.D.E., 2003). Segundo Swart (2006), as relações sociais dos colaboradores, bem como as funções que preenchem são influenciadas por estruturas, processos, normas e rotinas presentes nas organizações. Este tipo de capital é considerado como capital estrutural.

A literatura refere-se, usualmente, ao capital estrutural como a capacidade de uma organização armazenar e transmitir material intelectual, sendo que este valor intelectual pertence aos acionistas. Assim, o capital estrutural é a representação dos conhecimentos existentes numa organização e são considerados sua propriedade, ou seja, têm um carácter permanente, pois

permanecem na organização, mesmo quando esta fica sem colaboradores (Bontis & Nikitopoulos, 2001; I.A.D.E., 2003; Santos-Rodrigues et al., 2008).

O capital estrutural costuma ser definido, ou referido, como a capacidade de uma empresa armazenar e saber transmitir aos seus colaboradores “material intelectual” (Santos-Rodrigues et al., 2008). A capacidade de transmitir ordens, rotinas, normas e conhecimentos (escritos e verbais, obtidos, por exemplo, através da experiência).

São os conhecimentos presentes nas rotinas e processos da empresa, procedimentos (através de normas ou de costumes e condutas não oficiais e não escritas), patentes, a experiência e estruturas. Outra definição deste capital sugere que este também inclui as estratégias organizacionais, redes internas, base de dados, *copyrights*, patentes sobre processos tecnológicos e marcas (Swart, 2006).

Malhotra (2003, p. 7) diz que “o capital estrutural é a estrutura que suporta o capital humano e inclui processos organizacionais, procedimentos, tecnologias, recursos de informação e direitos de propriedade intelectual”.

O capital estrutural “é conhecimento que à noite não vai para casa” (Mouritsen, et al, 2001a, p. 3; Seemann, DeLong, Stucky & Guthrie, 2000, p. 3; Stewart & Ceitil, 1999, p. 148).

Van Caenegem (2002, p. 11), na mesma linha, frisa que “capital estrutural é o que resta quando os funcionários vão para casa. (...) inclui bancos de dados, estruturas, manuais, materiais de formação”. Inclui edifícios, hardware, software, processos, patentes e marcas. Além disso, o capital estrutural inclui coisas como a imagem organizacional, organização, sistemas de informação e propriedade de base dados. Bontis e Fitz-Enz (2002, p. 225) referem que o “capital estrutural representa as bases de conhecimento codificado que não existem nas mentes dos colaboradores/funcionários (por exemplo, base de dados, arquivos, rotinas organizacionais)”.

E Bontis et al. (2000, p. 5) frisam que o “capital estrutural inclui todos os depósitos não-humanos do conhecimento nas organizações que incluem bases de dados, organogramas, manuais de processos, estratégias, rotinas e qualquer coisa cujo valor para a empresa é superior ao seu valor material”.

“Capital estrutural é o conhecimento incorporado dentro das rotinas de uma organização” (Bontis et al., 1999, p. 12). Estes autores consideram, também, que o capital estrutural pode ser dividido em: relacionamentos (com qualquer tipo de atores externos: fornecedores, clientes, aliados, comunidade local, governo, acionistas, entre outros); organização (incluindo a estrutura, cultura, rotinas e processos); e renovação e desenvolvimento (todos os projetos para o futuro: I&D (investigação e desenvolvimento), novas fábricas, novos produtos, etc.).

Westnes (2005, p. 10) diz que “capital estrutural” refere-se a coisas como propriedade de sistemas de software, redes de distribuição e cadeias de abastecimento”. “Capital estrutural significa os ativos de conhecimento que permanecem na empresa quando não se considera o capital humano que é propriedade dos indivíduos” de acordo com Malhotra (2000, p. 3).

Van Caenegem (2002, p. 11) diz que o “capital estrutural é, geralmente, propriedade da empresa, e é transferido pela empresa”. Também Stewart e Ceitil (1999, p. 148) referem que “o capital estrutural pertence à organização como um todo. Pode ser reproduzido e partilhado”. Situação distinta do capital humano como apresentamos acima.

A respeito da cultura organizacional e do capital estrutural Bontis (1999) refere que uma organização com capital estrutural forte terá uma cultura de apoio que permite aos indivíduos tentar fazer as coisas, falhar, aprender e tentar novamente. Se a cultura penaliza indevidamente a falha, o seu sucesso será mínimo.

Para finalizar o capital estrutural organiza aquilo que o individuo sabe e entrega-o aos meus clientes. Ordena os recursos da empresa de maneira a aumentar e suportar as ideias e o trabalho. Mas, também pode reunir os burocratas da empresa para os esmagar. Pode fornecer a informação que ajudará a fazer um melhor trabalho. Mas, também pode sobrecarregar o individuo com informação sem interesse (Stewart, 1999).

O capital estrutural lida/ reúne estruturas e mecanismos que suportam a busca dos colaboradores numa otimização da performance intelectual e como tal melhor desempenho profissional (Bontis, 1998).

Swart (2006) divide o capital estrutural em interno, sendo os processos e procedimentos centrais/ nucleares da organização, e em externo, que se tratam dos processos e procedimentos internos para interagir com activos externos.

A literatura também considera que o *know-how* coletivo reside no interior das rotinas e regras organizacionais (Swart, 2006). No fundo trata-se de tentar estruturar o Capital Intelectual, através de sistemas de informação, para transformar o *know-how* individual em propriedade de grupo (Bontis, 1998). Mas caso a organização careça de sistemas e procedimentos de acompanhamento dos indivíduos não verá o seu Capital Intelectual atingir o seu máximo potencial (Bontis, 1998).

O capital estrutural, sendo a ligação fulcral que permite a medição do Capital Intelectual a um nível organizacional, contém elementos de eficiência organizacional, tempos de transacção, procedimentos inovadores, o acesso à informação (para codificação, à posteriori, em conhecimento), e cálculos com aumento ou redução de colaboradores.

Assim a essência do capital estrutural reside no conhecimento enraizado nos procedimentos e rotinas de uma organização, sendo o âmbito deste interno à empresa, mas externo ao capital humano (Bontis, 1998).

Swart (2006) refere os temas chave (identificados por ele) referentes ao Capital Estrutural:

- rotinas informais e tácitas;
- procedimentos e regras formais e explícitas;
- processos direcionados para a organização internamente;
- processos direcionados para a organização externamente.

À partida quando falamos em capital estrutural leva-nos a pensar que se trata do capital atribuído à parte da estrutura da organização. Putnam (1996) define o conceito como sendo os fatores da vida social, em que se pode incluir as redes e normas internas, bem como a confiança que reforça o instinto de atingir a meta pretendida. Isto é, uma inclusão de todos os processos e rotinas, bem como, cultura da organização, sistemas, estruturas, marcas e a propriedade intelectual, entre outros. Considera-se também outros intangíveis que não são mensuráveis, mas que conferem o valor à empresa, mesmo depois de as pessoas saírem da empresa.

Como o próprio nome sugere, o capital estrutural cuida da infra-estrutura imaterial da organização. Para Edvinsson e Malone (1997) o capital estrutural poderá ser considerado um esboço, *empowerment*, a infra-estrutura de apoio ao capital humano.

O principal objetivo do capital estrutural é a retenção do capital humano, através do conhecimento imanado, com intuito de se tornar propriedade da organização (Stewart, 1998). Visto isto, o capital estrutural pode ser considerado a transformação do conhecimento dos indivíduos num ativo da organização, através da partilha de informação.

Para Schmidt e Santos (2002) esta é uma realidade de melhoria contínua das organizações, que pode ser incrementada com tecnologias de informação, de forma a reiterar e absorver o capital humano como um ativo pertencente à organização, também defendido por Edvinsson e Malone (1997).

Segundo Cabrita (2009) um aspeto importante a retratar é que, se um indivíduo for detentor de um elevado nível intelectual, mas a sua empresa for capacitada de uma deficiente estrutura organizacional, não vai haver possibilidade de usufruir do capital humano encontrado nas pessoas. Este facto é o espelho da importância do capital estrutural.

Outra definição deste capital sugere que este também inclui as estratégias organizacionais, redes internas, base de dados, *copyrights*, patentes sobre processos tecnológicos e marcas (Kinnie, Swart, Morris, Kang & Snell, 2006).

Kinnie et al. (2006) expõe que pode acontecer, no entanto, que algumas organizações (ou secções destas) podem tirar maior proveito ao não inovar, mas sim especializar-se ou aperfeiçoar determinados processos dentro da organização.

Schmidt e Santos (2002); Edvinsson e Malone (1997) defendem a importância das tecnologias de informação, de forma a reiterar e absorver o capital humano como um ativo pertencente à organização. Os sistemas de gestão informática de apoio à enfermagem, foram sem dúvida uma mais-valia para a melhoria contínua dos cuidados, no entanto, estes sistemas de informação deverão ser mais permeáveis a mudanças quando reiteradas, e sobretudo, deverá haver compatibilidade de software com outros sistemas de informação de outros grupos profissionais e outros serviços dentro da mesma organização ou de organizações de saúde diferentes. Não faz sentido existirem sistemas de apoio informatizados incompatíveis, em nada promovem a melhoria, chegam mesmo a causar constrangimentos que são resolvidos com perda de tempo.

Kinnie et al. (2006) afirmaram que o capital estrutural tem um papel mais importante do que inicialmente pensado. Já na década de noventa esta afirmação era sustentada por Edvinsson e Malone (1997), ressaltando que quanto maior for a qualidade do capital estrutural melhor será o resultado do capital humano. Trata-se de um sistema dinâmico de aperfeiçoamento mútuo.

Da mesma forma López e Criado (2002) referem, que o capital estrutural trata-se de uma conjugação de conhecimentos pertencentes à organização, é independente dos trabalhadores, é um tipo de *know-how* fica na organização, mesmo sabendo, que os trabalhadores estão ausentes.

O capital estrutural funciona como a “coluna vertebral”, que suporta a relação entre o capital humano e o capital relacional (outra das componentes do capital intelectual). Talvez devido à importância atribuída a este elemento, o capital estrutural, Edvinsson e Malone (1997) propõem a divisão do capital estrutural em capital organizacional que reporta o investimento em sistemas e instrumentos de partilhada de informação; em capital de inovação, que retrata a capacidade de inovação como processo dinâmico; e por último o capital de processo, em que as técnicas e processos visam a qualidade dos serviços, sustentados em sistemas de certificação de qualidade (Ex: ISO 9000³).

Mais recentemente, o elemento estrutural do capital intelectual é tratado como o conhecimento convertido em informação, que pode ser aproveitado em métodos de apoio à decisão e no planeamento de intervenções (Covell, 2008).

³ Constitui uma extensa serie de normas, requisitos, orientações e outros documentos de suporte que permitem gerir e melhorar o desempenho das organizações.

Para terminar e citando Santos-Rodrigues et al. (2008) referimos que o objetivo do capital estrutural é capturar o conhecimento tácito e explícito das pessoas da empresa e a informação chave sobre clientes, concorrentes e ambiente externo.

I.2.3.3 O Capital Relacional

O capital relacional trata a ligação do mundo exterior e da organização. Alguns dos relatos encontrados, referem-se ao capital relacional como o capital do cliente. No entanto, cabe destacar que a denominação de apenas cliente é redutor, pois, na esfera do capital intelectual, todas as entidades que se relacionam com a organização são dotadas de conhecimento e capacidades, que aprimoram toda a sua atividade (Cabrita, 2009).

O capital relacional é gerado quanto a organização estabelece relações com agentes no exterior, deduz-se então que o capital relacional tem uma vertente individual e outra coletiva, ainda que, através do processo de socialização a componente individual se transforme em coletiva (Léon & Navarro, 2003).

Para Roos, Roos, Góran, Dragonetti e Edvinsson (1997) e Brooking (1996), o capital relacional apresenta outras características que afetam o capital de clientes e de relações, entendem que o capital relacional não é apenas resultado de ligações com os clientes, mas também com acionistas fornecedores e outros que interajam com a organização. Por sua vez, Pomedá, Moreno, Rivera e Mártil (2003) defende que existe uma componente social do capital relacional, alegando que, a diversidade das relações da sociedade é espelhada por uma variante do capital relacional - capital social.

Com este seguimento de ideias, denota-se a importância da rede de relações, uma vez que, a rede será de maior importância do que a própria componente física da organização.

Bontis e Fitz-enz (2002) transformam o conceito de capital do cliente para capital relacional, definindo-o como o conhecimento que resulta do contacto entre a organização e relações externas da mesma.

Os clientes e os fornecedores não são os únicos pontos de abordagem na esfera de relações e feedback entre organização e entidades, este processo fica eventualmente influenciado com alianças estratégicas, quer na parte comercial, quer na parte de gestão.

Segundo Cabrita (2009), introduzir o valor dos clientes na organização traduz-se em vantagens de validação da informação que passa na organização e o aumento quase que exponencial das oportunidades de inovação.

O capital relacional é o produto resultante de uma rede de relacionamentos de todos os intervenientes de uma organização com o exterior. Para Stewart (1998) este é mesmo o capital mais valioso de todos os ativos intangíveis. Bontis (1996) também se refere ao capital relacional como o valor que se extrai das relações da empresa. Assim, relativamente ao que é o capital relacional, Cabrita (2009, p. 115) diz que “o capital relacional representa as ligações da empresa com a sua envolvente externa”.

Quanto à questão de o capital relacional também ser apelidado de capital cliente ou capital de cliente, a autora referida explica dizendo que “os primeiros trabalhos que surgiram sobre capital intelectual referiam apenas as relações com os clientes e, por isso, encontramos o termo “capital cliente”.

Após o mencionado parece bastante redutor apenas considerar como relações externas as relações da empresa com os clientes, pois a empresa relaciona-se com toda a sua envolvente, com os *stakeholders* que não se resumem aos clientes.

Pelo que se constata que é frequente o uso de qualquer um dos termos mencionados reportando-se os mesmos essencialmente a todas as relações da empresa com o exterior e não só com os clientes.

Segundo Bontis et al. (2000) o capital cliente é um subconjunto do capital relacional. Para Malhotra (2003) o capital relacional, capital de cliente inclui o valor das relações da empresa com os seus clientes, fornecedores.

Bontis e Fitz-Enz (2002) mencionam que o capital relacional representa o conhecimento embutido na cadeia de valor organizacional. Ou seja, o conhecimento embutido nas relações que a empresa tem com fornecedores, clientes e qualquer entidade exterior às fronteiras da empresa.

Bontis et al. (2000, p. 5) apontam que “o tema principal do capital de cliente é o conhecimento incorporado nos canais de *marketing* e no relacionamento com os clientes que uma organização desenvolve”.

O capital de cliente é a força e a lealdade das relações com o cliente. A satisfação do cliente, a repetição dos negócios, o bem-estar financeiro e a sensibilidade ao preço podem ser utilizados como indicadores do capital de cliente o relacionamento com clientes é distinto de outros relacionamentos quer dentro ou fora da organização.

Relativamente à importância do capital relacional é dito que “das três categorias gerais de bens intelectuais – capital humano, estrutural e de cliente – os clientes constituem o valor mais óbvio. São eles que pagam as faturas. E porque o fazem, as pegadas que deixam nas declarações financeiras são mais fáceis de seguir do que as que são feitas pelo pessoal, sistemas ou capacidades” Stewart e Ceitil (1999, p.186).

Chen et al. (2004, p. 203) dizem que o “capital de cliente atua como uma ponte e um catalisador nas operações do capital intelectual, é o requisito principal e determinante na conversão de capital intelectual em valor de mercado e, também, para o desempenho organizacional. Sem capital cliente, o valor de mercado ou o desempenho organizacional não podem ser alcançados”.

O capital de cliente é mais diretamente relacionado com o desempenho dos negócios da empresa. O cultivo do capital de cliente depende do apoio do capital humano, do capital estrutural e do capital de inovação como consideram Chen et al. (2004).

Já Brooking (1996) denomina-o de ativos de mercado, e define-o como os recursos que trazem para a empresa vantagens competitivas devido ao potencial que deriva da relação com o mercado.

Mas, Santos-Rodrigues et al. (2008) referem, relativamente ao capital relacional, que muitas vezes este elemento do capital intelectual é esquecido visto que é o mais difícil de desenvolver por ser externo à organização e por fazer referência ao capital baseado nas relações externas da empresa. Ao que Stewart e Ceitil (1999, p. 187) dizem que “muitas companhias sabem, de facto, quem são os seus clientes, mas tratam-nos mais como adversários do que como bens, usando com arrogância a conhecida atitude de “pegar ou largar””.

Os clientes têm cada vez mais poder, pelo que as empresas não podem desprezá-los. Um aumento de poder para os clientes aumenta, de forma incrível, o volume de informação que uma empresa tem a respeito do seu mercado (e que os clientes têm sobre ele), mas para transformar esse conhecimento em capital de cliente torna-se necessário ter a capacidade de responder, de um modo flexível, àquilo que os clientes individuais pretendem dizem Stewart e Ceitil (1999).

Quanto mais souber sobre o negócio do seu cliente, melhor o poderá servir. Os homens de negócios sempre souberam que é assim, mas ainda se torna mais importante no caso de trabalho baseado no conhecimento (Stewart & Ceitil, 1999, p. 203).

A satisfação, a longevidade das relações, a fidelização e a confiança, por exemplo, são atributos das relações com clientes. Estes mesmos atributos classificam também as relações com fornecedores (Cabrita, 2009). Stewart e Ceitil (1999) aconselham a que se utilize a informação que se tem para fornecer um serviço essencial ao cliente, fazendo com que seja mais difícil para ele mudar para outro fornecedor. A noção de que o capital de cliente é separado do capital humano e estrutural indica a sua central importância para o valor de uma organização.

Quanto à propriedade do capital relacional, Stewart e Ceitil (1999, p. 199) dizem que “o capital de cliente é muito análogo ao capital humano: não é possível ser dono dos clientes, assim como não é possível ser dono do pessoal”. Situação que já havíamos referido aquando do estudo dos outros elementos do capital intelectual, nomeadamente do capital humano e do capital estrutural.

Pois, é difícil para a empresa controlar os seus clientes, pode apenas fomentar a boa relação com os mesmos.

Para terminar a revisão da literatura sobre o capital intelectual e os seus componentes, citamos Stewart e Ceitil (1999, p. 199) que sintetizam a importância dos três capitais “devem investir nos seus clientes, do mesmo modo que o fazem no pessoal e nas estruturas”.

Léon e Navarro (2003) tratam o capital relacional como o valor das relações da organização com o exterior. Dentro deste prisma, podemos destacar a notoriedade da organização e sua reputação. O capital relacional é gerado quanto a organização estabelece relações com agentes no exterior, deduz-se então que o capital relacional tem uma vertente individual e outra coletiva, ainda que, através do processo de socialização a componente individual se transforme em coletiva (Léon & Navarro, 2003).

Para Roos et al. (1997) e Brooking (1996), o capital relacional apresenta outras características que afetam o capital de clientes e de relações, entendem que o capital relacional não é apenas resultado de ligações com os clientes, mas também com acionistas fornecedores e outros que interajam com a organização. Por sua vez, Pomedá et al. (2003) defende que existe uma componente social do capital relacional, alegando que, a diversidade das relações da sociedade é espelhada por uma variante do capital relacional - capital social.

A diversidade do significado conceitual do capital social cria desafios na forma como é operacionalizado e como é empiricamente avaliado. O capital social tem sido incorporado na estrutura social. Para Adler e Kwon (2002), a estrutura social reflete em três tipos de relações:

- Relações com o mercado (em que os produtos e serviços são trocados por dinheiro ou são trocados);
- Relações hierárquicas (onde a obediência à autoridade é trocada por segurança psicológica e espiritual);
- Relações sociais.

Para Rondeau e Wagar (2011) as acumulações de capital social produzem benefícios que estão disponíveis para o indivíduo na rede social. Esses benefícios já foram relatados por outros autores, como Putnam (1995) que refere que esta forma de capital social, apresenta-se como redes, normas e confiança social que facilitam a coordenação e a cooperação mútua para alcançar o benefício organizacional. Autor que mais tarde evoca o potencial do capital social em gerar identidades mais amplas em que a reciprocidade é efetiva (Putnam,2001).

Por outro lado, o capital social não é só um fator interno à organização, que poderá trazer benefício, também pode ser definido como o processo pelo qual os atores sociais criam e mobilizam as suas conexões de rede, dentro da sua própria organização, mas também, entre outras organizações, para obter acesso aos recursos de outros atores sociais (Knoke,1999). O

capital social está a efetivar a sua importância como conceito, para explicar o sucesso das pessoas dentro e entre as organizações (Rondeau & Wagar, 2011).

A utilidade prática deste componente do capital intelectual, usualmente chamado por capital relacional, evidencia-se no envolvimento de um grande número de sucessos organizacionais que são compartilhados pelos profissionais. Prova disso são alguns relatos de estudos já realizados: em que o capital relacional/social influencia o sucesso profissional (Gabbay & Zuckerman, 1998), em que o capital relacional/social auxilia os profissionais a localizarem um emprego seguro (Lin & Dumin, 1996) e permanecer mais tempo no local de trabalho Krackhardt e Hanson (1993). O capital social também ajuda organizações a alcançar uma maior eficácia em uma maior diversidade de emprego de recursos humanos, incluindo práticas inovadoras no local de trabalho.

A índole inovadora do capital relacional/social também foi destacada por Chung e Gibbons (1997), que consideram o capital social como um promotor de troca de recursos entre unidades, estimulando a inovação, dentro das organizações. Também corroborado por Evans e Davis (2005) que veem o capital social como elemento facilitador de uma organização flexível, privilegiando o envolvimento na política da organização, bem como a capacitação dos funcionários, promovendo a participação. Assim, os postos de trabalho têm capacidade de acumular capital social, porque eles facilitam a criação e utilização de redes sociais (Cox, Zagelmeyer & Marchington, 2006). Outra das utilidades da capital relacional/social é uma forma de controlar a ação coletiva. Desta forma, se as ações e relações de trabalho forem estáveis pode ser considerado como uma solução eficiente para a incerteza e os riscos de viabilidade organizacional. O capital relacional permite através da confiança dos funcionários, e da reciprocidade, da boa vontade que tenham sido criadas no passado, a estarem disponíveis para a organização no futuro.

Para Edvinsson e Malone (1997) o capital relacional/social pode ser facilitador do capital intelectual e dos seus componentes. Existem várias formas de ligação entre capital relacional/social e o desenvolvimento de capital intelectual dentro da organização, como base desta relação relatam o ambiente propício para a combinação e intercâmbio de informação e conhecimento (Nahapiet & Ghoshal, 1998).

Para Rondeau e Wagar (2011) o capital relacional/social tem como características de afirmação, a confiança mútua e o respeito que estão no cerne das possíveis estas interações. O capital relacional/social é um precursor de mudança e desenvolvimento organizacional. O mesmo autor evidencia que, ultimamente muitas organizações de saúde introduziram mudanças e programas de desenvolvimento como uma forma de melhorar a eficiência operacional e aumentar a qualidade do serviço, que serve de reforço aos profissionais e de satisfação para os utentes.

Rondeau e Wagar (2011) destacam o estudo de uma grande amostra de organizações de saúde canadenses, com intuito de verificar o potencial das iniciativas que levam à mudança na organização, de forma a impactar a acumulação de capital social nos serviços de enfermagem. O objetivo deste estudo foi investigar o impacto combinado de uma variedade de iniciativas de desenvolvimento e mudança organizacional na acumulação de capital relacional/social dos enfermeiros no local de trabalho.

Como resultados do estudo de Rondeau e Wagar (2011) o impacto global dos programas de mudança organizacional sobre o capital relacional/social do trabalhador parece ser muito pequeno. Concluem também que a descentralização da tomada de decisão dos enfermeiros e aumentando da formação tem o potencial de aumentar o capital social acumulado na organização. Níveis reduzidos de capital relacional estão associados a redução do número de trabalhadores, ao trabalho temporário. Esta conclusão leva-nos a deduzir que o capital humano, de forma isolada é importante para a consolidação do capital relacional.

Podemos então deduzir que a descentralização da decisão representa o capital estrutural e a formação, representa o capital humano da organização, ambos (capital humano e capital estrutural) têm o potencial de aumentar o capital relacional da organização.

No geral, os resultados deste estudo sugerem que as organizações interessadas em manter o capital social necessitam de o fazer a longo prazo, para que as relações com os funcionários permitam a implementação de vários programas de mudança e de desenvolvimento. Assim, tratar os funcionários como ativos, que podem ser desenvolvidos, e não como custos a serem minimizados, tem consequências fortes de como o capital relacional/social é mantido, reforçado ou eventualmente esgotado (Pfeffer, 1998).

Outra conclusão do estudo de Rondeau e Wagar (2011) evidenciam uma visão sustentada na gestão dos ativos de recursos humanos que permite que a organização faça investimentos não só nos funcionários, mas também em formação do relacionamento interpessoal.

Merrick, Duffield, Baldwin e Fry (2012) tocam num ponto que achamos estruturante para a melhoria dos cuidados de saúde, consideram que os enfermeiros necessitam de sentir-se capazes de influenciar a conceção dos cuidados, que é avaliada pela forma como eles próprios trabalham. Para isso, os enfermeiros precisam de sentir que suas competências, de combinar competências, de aplicar o conhecimento e sincronizar com a prestação de cuidados, de forma reconhecida e respeitada.

Para Price (2013) devemos pensar em conjunto e envolver os enfermeiros para que o trabalho de melhoria seja contínuo. Dá o exemplo das informações sobre a medicação devem ser dadas em conjunto. Para o autor envolver os enfermeiros no processo implica: estabelecer uma causa e interesse comum na qualidade dos cuidados; a possibilidade de sugestões sobre forma de

reorganização do trabalho (Fagerberg 2004); o interesse dos enfermeiros gestores na experiência profissional e proporciona uma cultura de inovação e uma crença de que os enfermeiros são mais do que simplesmente profissionais de saúde.

Uma maneira de adquirir novos conhecimentos é através da interação com parceiros externos, como clientes, fornecedores, concorrentes e outras instituições, como universidades, laboratórios de pesquisa, governo, comunidade, e muitos outros. Por exemplo, Baldrige e Burnham (1975), concluem que as contribuições da comunidade e outras organizações externas são os principais determinantes do comportamento inovador das empresas. Embora para Dewar e Dutton (1986) não haja nenhuma ligação entre a adoção da inovação (radical e incremental) e exposição a informações externas à organização.

O conhecimento derivado de dentro ou fora da empresa é a essência da inovação. Mas por vezes as características ambientais são um reflexo do setor ou o mercado em que a empresa trabalha (Wejnert, 2002). O conhecimento derivado de relações da empresa com o exterior é o capital relacional.

Para Covell e Sidani (2013c) num artigo sobre as implicações do capital intelectual nos estudos e na prática profissional, houve uma derivação na linha conclusões. Os autores concluíram, ao contrário do que tinham concluído anteriormente em 2008 e 2009, que a inclusão do capital relacional na teoria do capital intelectual em enfermagem era relevante. Neste estudo, os autores admitem que o conhecimento que está contido nas relações da organização (relações internas e externas) é uma realidade, ainda que não permita espelhar uma estratégia para o conhecimento.

O capital relacional é algumas vezes designado por capital social, uma vez que se refere à cooperação recíproca entre os membros da comunidade que "capturam...a probabilidade de mútua colaboração " (Boix & Posner, 1998, p. 686). Os enfermeiros entendem que uma forma de melhorar os resultados dos utentes é através das redes de colaboração.

As redes e alianças são importantes, uma vez que o objetivo é comum é desejado, tornando a ação coletiva mais efetiva, o que permite que a colaboração em rede avance mesmo quando existe um diferencial subjacente Lasiter e McLennon (2015). Sustentam também que nas instituições de saúde, as relações de colaboração entre vários profissionais que contribuem a sobrevivência do sistema.

Para Bontis e Fitz-enz (2002) o capital relacional é influenciado pelo capital humano e estrutural da organização, reiterado também por Soares-Faria, Santos-Rodrigues e Morais C. (2012). Neste estudo, foi evidente que as variáveis que mais se correlacionavam com a inovação criada, foram o capital relacional (confiança; redes e alianças) o que traduz a relevância na capital relacional numa organização de saúde.

I.3 A Inovação Organizacional

O conceito de inovação transparece uma tendência em empreender e apoiar novas ideias, experiências e processos criativos, dos quais podem resultar novos produtos, serviços ou processos tecnológicos (Lumpkin & Dess, 1996).

A inovação tornou-se um fator preponderante para a sobrevivência das organizações, neste seguimento, surgiram inúmeros modelos de gestão com intuito de enfrentar as alterações do ambiente e a necessidade de inovar de forma contínua. Corroborando este entendimento, Nonaka e Von Krogh (2009) sustentam que a inovação pode ser entendida como o fenômeno social, que gera mudanças qualitativas em produtos e processos, resultado da criação de novos valores e conhecimentos.

Segundo Nonaka e Takeuchi (2004) o conhecimento é a base da inovação, pelo que, afirmam que as organizações terão a sua sustentabilidade alicerçada numa cultura e estrutura organizacional que permitam a inovação, funcionando como força organizacional constante. Os mesmos autores sustentam, que o conhecimento é base da inovação, uma vez que o conhecimento é inerente aos colaboradores, logo a inovação alicerça-se nos colaboradores. Esta afirmação faz ainda mais sentido em organizações intensivas em conhecimento, como é o caso das organizações de saúde.

Para Vargas (2006) as organizações intensivas em conhecimento, como as organizações hospitalares, são alicerçadas em conhecimentos especializados dos seus colaboradores, tendo como um constante e dinâmico processo de inovação as tecnologias utilizadas nos hospitais, de forma a superar as exigências da prestação de cuidados. A elevada complexidade destas organizações, obriga a que as mesmas sofram constantes mudanças inerentes à sua gestão, conduzindo a uma tramitação nos processos de gestão (Djellal & Gallouj, 2007).

O desempenho dos serviços de saúde constitui um tema atual para a sociedade em geral, pois os bens e serviços produzidos por essas organizações estão em permanente escrutínio de qualidade e eficiência (Silva, 2011).

O desempenho organizacional é um conceito que se afirma nos novos horizontes da gestão. Os conceitos de desempenho são relevantes para aferir uma definição universal, que ainda não existe, e que todas as empresas tiveram necessidade de elaborar indicadores para o avaliarem.

A avaliação de desempenho é a prestação de cada indivíduo na sua organização, medindo se o seu desempenho está adequado ou não, de forma a obter um panorama geral do contributo dos colaboradores. Assim, não será desajustado pensar que o desempenho dos colaboradores indica a sua capacidade de contribuir e de acrescentar valor aos serviços. A criação de valor nas organizações é uma necessidade que urge naturalmente, como forma de complementar os instrumentos financeiros a que a gestão, tradicionalmente recorre.

Para Cabrita (2009) o desempenho organizacional ao longo do tempo e do espaço a que se contextualiza, depende também de variáveis internas e externas da própria organização. Cada organização tem indicadores de desempenho próprios, desde que o objetivo principal seja alcançado, no entanto, o problema verifica-se quando a forma de avaliar o desempenho são diferentes, impossibilitando comparações e analogias com outras organizações, e sobretudo, impossibilitando resultados generalizáveis que comprovem o fenómeno causa/efeito.

Estes fatores conferem complexidade ao processo de avaliação do desempenho das organizações, devido às várias dimensões, aos vários fatores e variáveis. As organizações assumem características e formas diferentes porque são constituídas por indivíduos diferentes que conferem de forma automática uma entidade singular. Para Cabrita (2009) o dinamismo da organização tem repercussões na efetivação dos indicadores, podendo haver indicadores não ajustados à realidade da organização, e também a que os verdadeiros indicadores sejam ultrapassados por outros mais evidentes. Para a autora o desempenho organizacional é a interação de vários fatores, onde se incluem os ativos tangíveis e intangíveis. O reconhecimento dos ativos intangíveis como importantes para desempenho da organização, é o primeiro passo para o alinhamento em organizações sustentadas pelo conhecimento, pelo capital intelectual e seus ativos. Assim a criação de valor torna-se mais provável, uma vez que são utilizados fatores que complementam os instrumentos de gestão financeira e que podem ser úteis na descoberta de novos paradigmas na gestão das organizações.

O desempenho e a sua avaliação são feitos à luz das capacidades e das competências traçadas pela organização para os seus colaboradores. Trata-se de uma política da organização, por forma a não desalinhar do objetivo principal.

As capacidades e competências que estão na base da estratégia refletem relação de causa/efeito que levam à criação de valor (Sink, 1985). O primeiro dos pressupostos da inovação é a criação de valor. A inovação de uma organização depende de vários fatores, entre os quais a flexibilidade das lideranças e a criatividade dos colaboradores.

Para Shelton, Davila e Brown (2005) o mais importante para acontecer a inovação, é considerá-la como um processo de gestão, em que os vários aspetos funcionam de forma integrada, proporcionam uma fonte de valor constante. Desta forma, os autores demonstram que os fatores devem estar interligados de forma integrada.

1.3.1 Tipologias de Inovação

A capacidade inovadora traduz o resultado competitivo da organização, evidenciando se atingiu a inovação pretendida. A inovação perspectivada por vários autores demonstra a importância deste paradigma como objeto de estudo nas organizações. McElroy (2002, p.34) evidencia o

caráter dos fatores sociais (coletivos, intrínsecos) da inovação, que lhe conferem característica próprias.

A inovação é o meio através do qual os empresários, tendem a explorar a mudança como uma eventual oportunidade para um negócio Drucker (1997, p.35). Várias têm sido as expectativas criadas em torno da inovação, vários estudos foram realizados para tentar compreender os fatores que levam a inovação.

Quanto aos objetivos e abordagens, os estudos de inovação podem classificar-se: modelos normativos: baseados no empirismo e levantamentos teóricos; modelos descritivos: descrevem de forma sumária as características estruturais daquilo que se entende por organização inovadora (Ravichandran, 2000).

Quanto à unidade de análise dos estudos sobre inovação, estes podem desenvolver-se ao nível:

- Individual (centrado em relações individuais que promovem a inovação);
- Grupo (baseado nas relações dentro e fora dos grupos que formam a empresa e que estimulam a inovação);
- Organizacional (identificando as características das empresas que mais inovam).

Quanto à origem, a OCDE/UE (2005) considera várias vertentes: invenção; considerando a ideia de outro setor de atividade; procura de outros mercados para inovar; e novo requisito ou elemento.

A génese da inovação tem com essência as novas ideias, que podem surgir de uma investigação básica que decorre de trabalho experimental ou teórico, e não confirmativa. Pode surgir também através de investigação aplicada que implica gerar conhecimento sobre um assunto concreto e com implementação prática. Por último, poderá surgir através de desenvolvimento experimental, baseado em investigação sistemática.

Seguindo as vertentes da OCDE, e consolidando o que a literatura sustenta, considera-se como relevante, que as diferenças entre conceitos devem ser expressivas, isto é, invenção trata-se de uma criação original de uma ideia, criatividade é a criação de novas ideias. De forma clara, a inovação não implica apenas criatividade, tem de se constituir como valor para que haja inovação Santos Rodrigues et al. (2011). No fundo inovar é a exploração económica de ser criativo.

Para Dewar e Dutton (1986), Ettlíe, Bridges e O`Keefe, (1984) existem também a inovação radical, que se trata de uma inovação com mudanças profundas e com implicações nas atividades da empresa. Por outro lado, relatam a inovação incremental como o oposto, isto é, há inovação através de pequenas alterações, sobretudo reforçando as práticas da empresa (Dewar & Dutton, 1986; Ettlíe et al., 1984; Subramaniam & Youndt, 2005).

O processo criativo inicia-se através dos contributos dos colaboradores da organização e conclui-se sob diferentes formas de se tornar útil, isto é, contribuindo com um novo produto, processo e/ou nova forma de gerir os serviços de uma organização, a que se designa inovação.

Já na década de setenta Downs e Mohr (1976) consideram que a inovação apresentava atributos diferentes, o que não significa diferentes tipos de inovação. Mais tarde, Gopalakrishnan e Damanpour (1997); Kimberly e Evanisko (1981) especificam que a inovação de produto, como um serviço ou produto, foram idealizados para novos clientes ou mercados. Esta necessidade de evidenciar o tipo de inovação, sustenta a especificidade que os autores tentavam delinear para contribuir em diferentes fases do processo de inovação da organização.

As inovações nas organizações podem obter vantagem competitiva por meio de um produto inovador, designando-se produto como um bem ou um serviço (OCDE, 2005). Desta forma, a inovação em produto surge quando a organização inova (Bessant, Tidd & Pavitt, 2008). Assim, descrevemos a inovação do produto no final do processo, em que se constata que é novo ou modificado pela organização e/ou para o mercado (OECD, 2005). Para Sundbo e Gallouj (1998) a inovação de produto pode ser uma nova especialidade médica.

Relativamente à inovação de processo, trata-se de instrumentos, conhecimentos e ferramentas utilizados na interação da organização, consideram-se novos e melhorados métodos de produção para novos produtos e serviços (Capon, Farley, Lehmann & Hulbert, 1992; Ettlie & Reza, 1992; Gopalakrishnan & Damanpour, 1997; Kimberly & Evanisko, 1981; Utterback & Abernathy, 1975). Reportando-nos aos serviços de enfermagem, poder-se-á enquadrar em instrumentos de recolha de dados, planeamento e avaliação do processo de enfermagem, podendo constituir-se em *software*, escalas e outros instrumentos de apoio à atividade de enfermagem consolidadas pelo desempenho de cada enfermeiro.

Nas inovações de processo, considera-se que as organizações possuem vantagem de custo em relação à concorrência e que podem ter por objetivos de produzir, de entregar produtos novos ou aprimorados (que não possam ser produzidos com os métodos convencionais de produção) e/ou aumentar a produção ou eficiência na entrega (OECD, 2005). Segundo Bessant et al. (2008) a organização inova na forma como se faz. Aplicando aos serviços de enfermagem, a inovação de processo, poder-se-á considerar aplicar a técnicas e intervenções de enfermagem, quer na prestação de cuidados, quer na forma de reter e passar a informação.

A inovação pode ser técnica e administração/gestão. A inovação técnica é “uma ideia para um novo produto, processo ou serviço” (Daft, 1978, pp:197-198), a inovação administração/gestão são imperativos que se prendem com recrutamento de recursos humanos, organização de tarefas e sistemas de motivação e incentivo ao desempenho. Este tipo de organização, também designada por inovações organizacionais, permitem analisar de forma detalhada, aspetos internos organizacionais. Desta forma, conferem a importância da implementação de mudanças

de administração de forma a obter proveito de outros tipos de inovações (OECD, 2005). Estas inovações relacionam-se com novas técnicas de planeamento e gestão de processos dentro de uma organização (Gallouj & Savona, 2009; Sundbo & Gallouj, 1998).

Quadro 2: Tipologias de inovação

OCDE (2005)	Tidd, Bessant e Pavitt (2008)	Sundbo e Gallouj (1998)
Inovação de produto está envolvida com mudanças significativas em produtos e serviços.	A inovação de produto ocorre quando há alguma mudança nos produtos ou serviços que a empresa oferece.	Inovação de produto (bens ou serviços) são inovações relacionadas com o fornecimento de um produto novo.
Inovações de processo obtêm-se mudanças significativas nos métodos de produção e de distribuição.	Inovação em processo refere-se a mudanças na forma em que os produtos ou serviços são criados e entregues	Já as inovações de processos estão relacionadas com as alterações executadas em procedimentos prescritos para a realização de um serviço ou até mesmo nos procedimentos ao atendimento ao cliente
As inovações organizacionais referem-se à implementação de novos métodos organizacionais, seja através de mudanças em práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas da organização.	A inovação de paradigma ocorre quando há mudanças nos modelos mentais subjacentes que orientam o que a empresa faz.	As inovações organizacionais relacionadas com novas técnicas de planeamento e gerenciamento de processos.

Fonte: Reis, Gonçalo, Teza, Souza e Abreu (2012), Adaptado.

O que fica evidente é o facto de a inovação implicar algum impacto na organização, alguma mudança, desde que útil. Para Freire (2000), quando a inovação influencia a performance organizacional adquire-se como estratégica para a competitividade da organização, e o tipo de inovação estará de acordo com as características da empresa ou organização.

Os relatos da inovação empresarial ficam bem patentes, no entanto, resta refletir se os hospitais como empresas da área da saúde, de índole pública, são propensos aos mesmos fatores que impulsionam a inovação. Para Pita Barros (2011), a inovação hospitalar oscila entre a inovação drástica e incremental, pode ser interna e externa, de origem na gestão e na prática clínica. O autor realça que a inovação externa é dificultada pela estrutura da organização e métodos de financiamento.

Depreende-se que a estrutura dificulta a mudança em grande escala e por isso poderá limitar a inovação, para Pita Barros (2011) uma grande mudança no hospital acontece com um conjunto

de inovações incrementais, consideradas mais pequenas, que acumuladas poderão traduzir-se numa grande inovação. O autor acrescenta, que no plano de financiamento dos hospitais, deverá incluir-se a inovação. O que é entendido como um incentivo para as organizações de saúde inovarem. Um exemplo de inovação de processo é a implementação de um contrato programa.

Segundo Sakellarides (2010, p.18) a inovação em saúde é um processo de transformação de recursos intangíveis em tangíveis, que pode levar à criação de valor em diferentes esferas da sociedade: saúde, economia e na relação entre os atores sociais, imperativos partilhados na Conferência Europeia de Saúde Pública, realizada em 2008, em Lisboa, com o tema “Health Innovation”.

O mesmo autor reiterou, à semelhança de outros setores, a inovação em saúde suporta-se na investigação, conceção, desenvolvimento, fabrico e comercialização de produtos e serviços (Sakellarides, 2010). Sustentando de forma efetiva os critérios inovadores enunciados no manual de Oslo (O.C.D.E, 2005), apesar da criatividade estar diretamente dependente da gestação de uma nova ideia ou abordagem, e de ter um carácter individual, a inovação tem um carácter coletivo e depende da ação direta da organização em questão. Neste sentido, e reiterando a importância do comportamento individual Subramaniam e Youndt (2005), várias investigações têm apontado que a organização deve apoiar o comportamento inovador individual através de uma gestão adequada do capital intelectual.

Para Kianto et al. (2014) os mecanismos de aprendizagem propulsionam a renovação da organização, e conseqüentemente, quando bem utilizados podem levar a um melhor desempenho e a uma mais-valia. Se estes autores consideram que a aprendizagem impulsiona a renovação, que poderá ser o início da inovação, outros autores, consideram a cultura organizacional potenciador de inovação de produtos através do capital humano das organizações (Martin-de Castro, Delgado-Verde, Navas-Lopez & Cruz-Gonzalez, 2013). Por outro lado, há quem considere, que as práticas de gestão de recursos humanos (capacitação dos funcionários, em particular) têm efeito positivo sobre o desempenho da inovação através da mediação efeito do capital humano (Cabello-Medina, Lopez-Cabrales & Valle-Cabrera, 2011).

Para Kianto et al. (2014) estes tipos de transformações, quanto à criação de valor, poderiam ser considerados como fontes de desempenho organizacional a longo prazo. Neste seguimento, acreditamos que a promoção de ambientes geradores de novas ideias, dinâmicos e sobretudo de partilha de informação, poderão ser o primeiro passo para a criação de valor dentro de uma organização de saúde. Os relatos sobre organizações sustentadas no conhecimento, como potenciais fontes de vantagens e de criação de valor são efetivas, estes também se repercutem no desempenho e na inovação.

Nas organizações de saúde a atividade imaterial como reter, armazenar, transmitir as informações sobre indivíduos, bem como as instruções gerais e conhecimentos são devidamente

relatadas, resta estabelecer mecanismos que a retratem de forma prática de forma a serem uteis nas dinâmicas organizacionais.

No estudo de Morais e Graça (2013) descrevem de que forma a estratégia influencia a liderança e como esta, por sua vez, interage nos processos de inovação e mudança em organizações de saúde. Foi um estudo exploratório e descritivo que envolveu cinco organizações de saúde, quatro portuguesas e uma espanhola, tentando entender de que forma se articulam a estratégia, a liderança e a inovação nessas cinco organizações de saúde.

Como umas das conclusões do estudo, constatou que a cultura, as percepções e as emoções são três pontos-chave para haver inovação e liderança na implementação de estratégias nas organizações de saúde. Se reportarmos à teoria do capital intelectual em enfermagem e ao estudo de Santos-Rodrigues et al. (2008), enquadrámos a cultura no capital estrutural do capital intelectual e as percepções e emoções enquadram-se no capital humano. O mesmo estudo destaca que existem três fatores piloto para a inovação: a cultura organizacional, a liderança e as pessoas. Para Morais e Graça (2013) se existir cultura organizacional (considerada pró-inovação), juntamente com incentivos (monetários e simbólicos), será a melhor estratégia para estas organizações apostarem na inovação e para obterem vantagens competitivas e maior sustentabilidade.

Para Morais e Graça (2013) a competitividade das organizações deve ser integrada com a inovação (I&D), incluindo novos modelos de negócios e sua avaliação, inovações em diagnóstico e terapia, facto reiterado no estudo de Santos-Rodrigues et al. (2008) e contemplado no capital relacional.

A inovação e criatividade foram consideradas como chave, e de acordo os resultados do estudo de Morais e Graça (2013) deve considerar-se uma abordagem diferente para organização, tendo em conta que a inovação passa por três requisitos: (i) a inovação deve ser integrada na estratégia da gestão dos líderes; (ii) deve haver critérios para aplicar as inovações em saúde (gestores devem criar condições promover a inovação e utilizar o talento da melhor forma); e (iii) reforçar e desenvolver a confiança (transmitir que as ideias dos funcionários são valorizadas, e que podem expressar ideias sem risco de constrangimento ou represália).

Para além dos requisitos que promovem a inovação, Morais e Graça (2013) consideram que uma boa liderança é a melhor forma de promover a inovação, mas para isso é necessário definir o tipo de inovação de forma a ajudar a alcançar os objetivos estratégicos, e estabelecer indicadores de desempenho (financeiros comportamentais) e as metas para a qualidade inovação.

O descrito anteriormente evidencia perentoriamente que as características dos líderes são de extrema importância para que haja inovação. Este fator é utilizado para o nosso estudo como forma de avaliar o capital humano.

A cultura organizacional e a liderança podem traduzir-se num mapa da organização (Morais & Graça, 2013). Para estes autores os líderes podem modelar e reforçar os valores laborais dos funcionários.

O projeto "litis" que explica "Os níveis de inovação tecnológica no sector da saúde" tem como objetivo a avaliação e a introdução das TIC nas estratégias das organizações de saúde (Tamburris, Bonacci & Mori, 2010). O modelo litis analisou o cenário e-Saúde a partir de duas perspetivas complementares e consequentes, distribuindo-se em dois pontos importantes:

- Funções - destinado a serviços / informações diferentes tipos de atores podem tirar proveito (cidadãos, profissionais de saúde, entidades sociais de saúde, gestores);
- Os fatores indiretos - embora não prestem serviços diretamente, estão incluídos para implementar funções e lidar com as mudanças. Nesse modelo, reitera-se que as organizações necessitam de uma melhoria coerente e integrada das duas perspetivas.

Segundo a classificação de Berwick (2003) sobre a espontânea propagação da inovação no sector da saúde, o comportamento das organizações de saúde traduz-se como reativo. No entanto, os caminhos da inovação devem ser feitos de forma ativa através de uma variação de graus de dados, de diferentes informações e conhecimentos, estabelecendo conexões com a ambiente exterior para cumprir metas objetivas (Corti, 2002).

Por outro lado, há quem defenda que, o consequente crescimento desequilibrado das TIC pode paralisar a organização, e comprometer a sua capacidade de lidar com qualquer situação futura num processo de mudança futura (Giustiniano, 2002).

Como conclusões do estudo de Tamburris et al. (2010), no sector da saúde, em que o progresso da medicina despoleta a necessidade de gerir eficazmente uma quantidade elevada de dados, informações e de conhecimentos, que devem ser partilhadas. Por outro lado, a prestação de cuidados de saúde é cada vez mais especializada e fragmentada, e por isso as soluções de TIC permitem armazenar dados do conhecimento, e comunicar de forma mais eficiente entre os profissionais e com os doentes.

Para Tamburris et al. (2010) o processamento adequado de informação exige uma sistematização e formalização dos conteúdos de forma explícita, que podem ser armazenados em formato eletrónico. A implementação de TIC adequadas, permitem lidar de forma eficaz e uniforme com todos os componentes do capital intelectual de uma organização de saúde. Como conclusão geral do estudo, os autores alegam que existem diferentes prioridades e contextos que podem influenciar a formalização do capital intelectual através das TIC. Contudo, defendem que a assistência das autoridades de saúde o resultado será equilibrado, permitindo o desenvolvimento do capital intelectual de forma partilhada.

I.3.2 O Capital intelectual e a Inovação nas Organizações de Saúde

O trabalho dos enfermeiros é realizado através de intervenções específicas em diferentes áreas dos serviços de saúde. Os enfermeiros tornam-se peritos através de um corpo de conhecimentos obtido através dum rigoroso estudo de princípios, da teoria e da ciência (Schinkel & Noordegraaf, 2011).

O objetivo da análise de Lasiter e McLennon (2015) é descrever e relacionar as perceções dos enfermeiros relativo ao conceito de capital profissional. Nesta análise o termo "capital" foi evidenciado com origem na teoria económica, onde os bens materiais tinham um valor de referência monetária (Casey, 2008). No entanto, a compreensão do capital relaciona-se com as pessoas, o que levou a vários conceitos, nomeadamente, o capital intelectual, resultado do investimento organizacional em profissionais, afetando positivamente o desempenho da organização, concretamente a qualidade e os melhores resultados de saúde do utente (Covell, 2008; Bontis, 1999).

Evans et al. (2015) elaboraram uma revisão sistemática da literatura acerca do capital intelectual no setor da saúde. Neste estudo, foram avaliadas as variações no desempenho das organizações de saúde parcialmente explicadas por diferentes *stocks* de capital intelectual, e diferentes abordagens e capacidades para impulsionar o capital intelectual. Este estudo sintetiza o que é atualmente conhecido sobre os conceitos, a gestão e a medição do capital intelectual em saúde. Foram identificados documentos sobre CI nos cuidados de saúde publicados entre 1990 e 2014, revistos por pares, pesquisados através de bases de dados, utilizando os seguintes termos-chave: capital intelectual / ativos, capital / recursos / recursos de conhecimento e ativos / recursos intangíveis.

Os artigos considerados relevantes foram avaliados pela sua qualidade metodológica, sendo que, foram incluídos na revisão 37 artigos. O principal método de pesquisa utilizado foram questionários transversais focados nas perceções dos gestores hospitalares sobre CI, seguidos de entrevistas semiestruturadas e análise de dados administrativos.

Estudos empíricos indicam que o capital intelectual está relacionado com indicadores subjetivos de processo e de desempenho em organizações de saúde, ainda que a literatura sobre capital intelectual em saúde não esteja numa fase avançada, surgem os primeiros passos.

Reed, Lubatkin e Srinivasan (2006) argumentam que o CI é uma teoria de gama média, que é mais passível de testes de hipóteses, considerando os três tipos de recursos intangíveis, baseados no conhecimento, isto é, capital humano, estrutural e relacional.

I.3.2.1 O Capital Intelectual em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem

Todas as organizações apresentam características que dão forma aos diferentes componentes do capital intelectual, as organizações de saúde não são diferentes, no entanto, como este paradigma organizacional ainda não está devidamente estudado neste setor, urge a imperiosa necessidade de estabelecer práticas para a sua gestão.

Os ativos intelectuais são de extrema importância para melhorar a performance das organizações de saúde. Os ativos das organizações estão identificados, no entanto, a promoção da partilha do conhecimento e das competências no atendimento ao doente, são considerados de extrema relevância para gerir o conhecimento na área da saúde (Burca, 2000; Matheson, 1995).

As organizações de saúde são reconhecidas como sistemas organizacionais de conhecimento intensivo, no qual os ativos intangíveis estão entre as fontes mais importantes no que concerne à criação de valor (Tamburisi et al., 2010). Pelo ISTAT (2006), foi estabelecido, avaliado e devidamente implementado, o conjunto de ativos intangíveis do conhecimento de uma organização e legado de informação é constituído por:

- Pessoas *know-how*, onde se insere o conhecimento dos procedimentos codificado, das bases de dados e dos sistemas de informação; as redes de relações entre as organizações e os seus *stakeholders*; O sistema de gestão do conhecimento está estritamente ligado ao tratamento de informações transmitidas em tempo útil através de um sistema de comunicação.
- A novidade para a evolução dos cuidados de saúde ser concretizável, é necessário que esta acarrete soluções de TIC para apoiar a prestação de cuidados e a gestão clínica. Com o apoio das tecnologias de informação a oportunidade para tornar o capital intelectual explícito e processável. Sem dúvida que as TIC estão a mudar a forma de gerir os cuidados de saúde. Durante a prestação de cuidados a informação é armazenada e tornada explícita conforme necessário. Assim, a informação poderá ser medida. O estudo das estratégias de saúde dentro do contexto e socorrido de um modelo teórico sólido sobre o capital de conhecimento, pode melhorar o atual processo de mudança, estabelecendo um equilíbrio entre a cultura organizacional e os ativos de informação.

As definições de capital intelectual evidenciam fatores (ativos intangíveis) que podem ajudar as organizações, sendo que se considera que o capital intelectual é um ativo autóctone de cada organização, constituindo uma “entidade dinâmica” única. Os serviços de enfermagem, nesta linha, têm, evidentemente, características próprias, dependendo do tipo de cuidados de

enfermagem que a organização de saúde estabelece para os seus utentes. Sabemos, por exemplo, que as intervenções de um enfermeiro variam de uma unidade de cuidados primários de saúde para uma unidade de saúde de cuidados hospitalares. Ambas têm em comum o atendimento ao utente e sua família de uma forma eficiente e ajustada.

Se estas organizações de saúde têm características diferentes, uma vez que os objetivos da organização assim o exigem, certamente que os ativos intangíveis existentes devem ser identificados e contextualizados para que estes recursos possam trazer maior valor à organização e desta forma eficiência para os utentes. Como refere Kianto et al. (2014) quando destacam como os diferentes tipos de ativos intangíveis podem ser melhor geridos na criação de valor e desempenho organizacional.

O capital intelectual destaca-se como altamente relevante na dinâmica de crescimento das organizações bem como para a criação de valor nas organizações de conhecimento intensivo. Como se evidencia no caso das organizações de saúde em que a transmissão e utilização da informação é um recurso, que na sua maior parte é de natureza tácita, e está especificamente ligado ao desenvolvimento de processos. Apesar da extrema fragmentação do conhecimento, o fluxo de informação pode ser capturado pela aplicação de soluções informáticas ajustadas, que permitam acompanhar os processos e melhorar e interpretando informação (Tamburris et al., 2010), tornando-a em conhecimento.

Como refere Rifkin (2000) as organizações produzem conhecimento, que se traduz em ativos, muitas das vezes intangíveis, que são considerados percussores da mudança do paradigma da gestão das organizações.

Uma das considerações do estudo de Tamburris et al. (2010), é que a gestão das organizações se evidencia como um processo destinado à acumulação de ativos intangíveis que, uma vez incorporados (através de sistemas de informação) e do ambiente exterior (clientes, fornecedores, etc.) permitem promover a inovação. Nesse estudo, o objetivo foi estudar as formas de "Capital Intelectual", em contexto de organizações de Saúde. Para Tamburris et al. (2010) o capital intelectual tem o objetivo de disciplinar o potencial criativo das empresas intensivas em conhecimento, como é o caso das organizações de saúde. Para estes autores, o capital intelectual fornece informações sobre ligações entre as capacidades da organização, ajuda a expressar os ativos e como eles podem ser geridos. Segundo Tamburris et al. (2010) existe uma conceituação peculiar do chamado capital humano, que segundo Bontis (1998) e Marr e Roos (2005) pode ser nomeado como capital de domínio.

I.3.2.1.1 O Capital Humano em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem

Numa dimensão organizacional na área da saúde o capital humano começa a ser descrito e estudado. Este componente do capital intelectual apresenta-se nos serviços de enfermagem como transversal a todos os profissionais, definido como o conhecimento que existe na equipa de enfermagem, implicando as componentes teórica e prática. A teoria do capital intelectual em enfermagem realça que adquire esse conhecimento através de especializações, formação contínua, em formação de serviço e através de outras formações avançadas (Covell & Sidani, 2013a).

Na teoria do capital intelectual em enfermagem, as equipas de enfermagem são responsáveis por dispor das suas capacidades e experiência com intuito de melhor servir o utente (American Nurse Association, 2012), facto que contribui de forma perentória para reduzir o número de eventos adversos e erros e até diminuir as quedas dos doentes (Duffield et al., 2011). Noutros estudos as equipas de profissionais foram consideradas como indicadores do capital humano (Cabrita, 2009).

Da mesma forma, a formação contínua dos enfermeiros é tratada como especial destaque na teoria do capital intelectual de enfermagem, considerada por Covell e Sidani (2013c) como um importante contributo, reafirmando o componente do capital humano. Noutros estudos a formação foi considerada como constructo a estudar dentro do capital humano, e.g. no estudo de Soares-Faria et al. (2012).

A relevância deste componente é evidenciada no estudo de Soares-Faria et al. (2012) este elemento do capital intelectual foi considerado como preponderante para organização hospitalar, tal como constatado noutros estudos e descrito por autores como Bontis (1998), Edvinsson e Malone (1997), Stewart (1994) e Sveiby (1997), onde foi ressaltada a influência do capital humano, em que estão contemplados fatores como a formação profissional, a especialização e a experiência, como as bases do capital humano.

Parece lógico fazer a relação de quanto mais formação profissional e maior forem as experiências, melhor será o nível de conhecimentos e menor a percentagem de erros existentes durante a prestação de cuidados, contribuindo para a qualidade de cuidados prestados aos utentes, bem como para uma escassa percentagem de incidentes ou erros (Tourangeau et al., 2007; Duffield et al., 2011; Aiken, Cimmiotti, Smith, Cranley & Neff, 2011).

Nos serviços de enfermagem, o capital humano é retratado pelo conjunto de características que cada enfermeiro confere aos serviços, constituem-se como capacidades, as competências, os conhecimentos, a experiência, o talento, a atitude, a conduta, a motivação, os valores, a

destreza, a agilidade intelectual, as aptidões, a capacidade para criar e inovar e a satisfação enquanto enfermeiro.

As características do capital humano moldam a atuação dos serviços de enfermagem dentro da organização de saúde onde se inserem, e representam umas das dimensões estratégicas do capital intelectual dos serviços de enfermagem.

Outros autores defendem o mesmo ponto de vista, acrescentando, que o desenvolvimento de competências aumenta a produtividade quando a organização investe em capital humano através da contratação de pessoas com o conhecimento, talento e experiência (Nerdrum & Erikson 2001). Este facto é corroborado por Covell e Sidani (2013c) que afirmam que um rácio maior de enfermeiros resulta numa prestação mais satisfatória de cuidados. Por outro lado, há relação da prestação de cuidados com outros fatores, como a morbilidade e mortalidade. Relativamente à morbilidade descreve taxas de úlceras de pressão em redução suportada por Kane, Shamliyan, Mueller, Duval e Wilt (2007), menor número de quedas dos utentes referidos por Duffield et al. (2011); menos erros de medicação, defendido por Frith, Anderson, Tseng e Fong (2012). Para Sales et al., (2008) o rácio de enfermeiros está mesmo associado à taxa de mortalidade.

O nível de formação dos enfermeiros foi aumentando de exigência, nos dias de hoje a licenciatura é o requisito mínimo para iniciar o desempenho profissional, para Covell e Sidani (2013b) a redução das infeções hospitalares deve-se à proporção de enfermeiros licenciados, evidenciando desta forma o papel essencial da formação para a melhoria de resultados.

Considerando os achados já descritos na literatura considera-se mesmo que é urgente tratar a forma como se transmite a informação interiorizada pelos mais experientes, sob pena de correr o risco de se perderem conhecimentos adquiridos durante muito tempo, e que fazem parte de um processo dinâmico e contínuo no quadro de prestação de cuidados e assistência ao utente (Bleich, Cleary, Davis, Hatcher, Hewlett & Hill, 2009). Torna-se claro que é necessário valorizar a experiência profissional, e sobretudo, mobilizar os conhecimentos da forma exata, pelo qual foi transmitido e que só dessa forma acrescentará conhecimento e mais-valia à prestação de cuidados.

Para Hudson (1993) o capital humano, à luz de uma perspetiva individual, espelha-se numa conjugação entre a parte genética, a educação a experiência e o tipo de atitudes. Numa perspetiva organizacional, o capital humano é visto como recurso ímpar na estratégia de inovação da organização, único também porque só os seres humanos têm a capacidade de assimilar, acomodar e transformar a informação em conhecimento, e eventualmente, mais tarde voltar a usá-lo. No entanto, estas capacidades devem ser cultivadas e incrementadas, Schuller (2000) afirma que os países e suas organizações irão evoluir através das competências e características de cada indivíduo.

Sabe-se que, há semelhança de outras organizações, as organizações de saúde são detentoras de ativos do conhecimento como: o conhecimento, as competências e experiências de seus líderes e profissionais, que associados ao valor proveniente das capacidades internas e relações externas, constituem o capital intelectual das organizações e sistemas de saúde (Edvinsson & Malone, 1997). As organizações de saúde apresentam vastas reservas estruturadas e não estruturadas de *know-how* formal e informal distribuídas pelos indivíduos, capturadas em arquivos, bases de dados e relatórios e incorporados na cultura e rotinas das próprias organizações.

Para Kianto et al. (2014) o efeito do capital humano no desempenho organizacional poderia ter controlo humano, de forma intuitiva, visando as práticas de gestão de recursos e as práticas de conhecimento considerado como estratégicas. Ambos têm como objetivo tornar explícita o capital humano (competências de funcionários e equipas) de forma a sua utilização ser melhor aproveitada.

Gupta e Roos (2001) explicam que os colaboradores de uma organização geram capital através das suas competências, atitudes e agilidade intelectual. A competência prende-se com os conhecimentos, experiência e *know-how* dos indivíduos. A atitude traduz o padrão comportamental: motivações, comportamento, conduta e valores, desejam de aprender. A agilidade intelectual prende-se com a capacidade de inovar, a criatividade, adaptabilidade e versatilidade. Estes elementos criam sinergias com os restantes recursos, por isso, é que vários autores lhe chamam capital intelectual crítico (Cabrita, 2009). Este componente do capital intelectual é o que Roslender e Fincham (2004) descrevem como inerente aos conhecimentos, competências e experiência das pessoas. Não se refere apenas à condição individual de cada enfermeiro, mas também aos níveis de qualificações de todos os funcionários e competências individuais.

Para Price (2013) esta descrição acarreta um problema, uma vez que é muito variada e vaga para ser usada propositadamente para vincular recursos da equipa, para que o doente faça a avaliação dos cuidados. Note-se que existe uma ampla gama de competências necessárias para a prática, realizada por diferentes indivíduos e/ou profissões, e que essa variedade torna difícil combinar recursos com as necessidades dos cuidados. Assim, estes autores consideram que o capital humano representa uma valiosa forma de concetualizar um recurso de uma organização de saúde, ainda que, seja considerado uma ferramenta menos eficaz para fins de planeamento de serviços de saúde.

Apesar das considerações anteriores, entendemos que o capital humano é o elemento que promove a caracter ímpar ao conjunto, e desta forma direciona e influencia os restantes elementos. Se na área da saúde a perícia é considerada essencial para sustentar a ação e incutir confiança nos utentes, promovendo positivamente as instituições de saúde, será oportuno considerar que a perícia se detém de competências, formação, mas também de uma componente

subjetiva que cada ser humano apresenta. Esta subcomponente do capital humano, a perícia, é sem dúvida necessária para promover o caráter competitivo que as organizações de saúde tanto almejam. Assim, o capital humano é um importante elemento para que os restantes fatores da organização, a questão principal, é como medi-lo e aproveitá-lo para traduzir em resultados organizacionais.

Relativamente ao capital humano, os intangíveis refletem que está na mente das pessoas, como a cultura clínica e conhecimentos, competências, experiência, *know-how*, atualização profissional (Salicru, Perryer & Hancock, 2007). A experiência é traduzida pela perícia tácita inerente a cada profissional que afeta os padrões de interação, de cooperação e de eficiência. O capital humano é capturado e refletido na estratégia, política e prática a todos os níveis da organização e na gestão do atendimento ao doente (Conklin, 1998).

Segundo Casey (2008) e Covell (2008), os enfermeiros fornecem uma quantidade substancial de capital humano durante a prestação de cuidados aos utentes, essenciais para a sobrevivência e o avanço de uma organização de saúde cujo objetivo primordial é fornecer elevada qualidade nos cuidados de saúde.

Quando uma instituição é percebida pelo público como prestadora de serviços de saúde de alta qualidade, são conferidos valor e confiança. A legitimidade é alcançada. Para Lasiter e McLennon (2015) quando as instituições de saúde investem no capital humano dos enfermeiros obtém-se maiores níveis de capital intelectual.

O crescente corpo do capital intelectual em enfermagem adota na literatura, uma pequena abordagem sobre o capital humano. Esta dimensão do capital intelectual, o capital humano, assume indicadores utilizados na literatura de enfermagem como as competências a experiência pessoal, e recrutamento e retenção de enfermeiros (Covell & Sidani, 2013a; Covell & Sidani, 2013b).

I.3.2.1.2 O Capital Estrutural em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem

Para Tamburis et al. (2010) a construção do capital intelectual lida com os mecanismos e estruturas da organização que podem ser úteis para um melhor desempenho na área da saúde, e dá o exemplo de uma eventual formalização e a manipulação da tipologia de cuidados prestados para diferentes tipos de doentes. Estes autores, consideram que a organização apresenta um potencial de capital de organização, ou capital estrutural, refletindo uma cultura de apoio, promovendo a inovação, e testando novos procedimentos, tal como defendido por Bontis (1998).

Para Duffield et al. (2011) o capital estrutural dos serviços de enfermagem são as guidelines e os protocolos de intervenção de apoio à prática profissional que têm como objetivo minimizar o erro e contribuir para a qualidade da prestação de cuidados (Tourangeau et al., 2007).

No estudo de Covell e Sidani (2013a) destacou-se que alguns indicadores do capital estrutural não representaram de forma fidedigna os conceitos a que se proponham caraterizar. Torna-se necessário elaborar uma revisão para melhor traduzir o complexo contexto das interações dos enfermeiros com as organizações de saúde.

Segundo Kinnie, Swart, Morris, Kang e Snell (2006) as relações sociais dos colaboradores, bem como as funções que preenchem são influenciadas por estruturas, processos, normas e rotinas presentes nas organizações. Este tipo de capital é considerado como capital estrutural. Este representa a máxima: “Los individuos inteligentes no siempre constituyen empresas inteligentes.” (Stewart apud Santos Rodrigues et al., 2008, p. 32).

Para Duffield et al. (2011) os serviços de enfermagem apresentam o capital estrutural através de guidelines e protocolos de intervenção, que apoiam a prática profissional e desta forma minimizam o erro, contribuindo para uma prestação de cuidados com qualidade, facto também corroborado por Tourangeau et al. (2007).

No mais recente estudo efetuado na área, Covell e Sidani (2013a) verificaram que alguns indicadores do capital estrutural não representaram de forma fidedigna os conceitos a que se proponham caraterizar, necessitando de uma revisão para representar de forma mais complexa as interações dos enfermeiros aquando do uso de guidelines, protocolos.

Já noutro estudo efetuado nos hospitais de Taiwan, por Yang e Lin (2009) alegam que o capital organizacional/ estrutural dos serviços de enfermagem apresentam como indicadores: processos internos, acesso a informação, incentivos internos para partilha de informação e inovação, sem dúvida de maior complexidade e talvez de maior representatividade da estrutura da organização de enfermagem.

O capital estrutural é a ligação fulcral que permite a medição a um nível organizacional, contém elementos de eficiência organizacional. Assim a essência do capital estrutural reside no conhecimento enraizado nos procedimentos e rotinas de uma organização, sendo o âmbito deste interno à empresa, mas externo ao capital humano (Bontis, 1998).

O capital estrutural espelha a grelha da organização, refere-se a todos os sistemas, políticas, protocolos, comités, grupos de trabalho e canais de comunicação que ajudam a trazer a experiência do pessoal juntos, esforçando-se para o objetivo comum de proporcionar um bom serviço (Price,2013).

Se o capital humano reflete o indivíduo, o capital estrutural representa o que é feito em colaboração com os sistemas implementados pelas organizações de saúde (Covell, 2008). O capital estrutural pode ser difícil para gerir, no setor da saúde, devido à rápida mudança nos serviços (devido à evolução da ciência) e também porque, historicamente, os praticantes de diferentes profissões trabalham de forma diferente (Holmesland et al., 2010)

Para Price (2013) o capital estrutural dos serviços de enfermagem é espelhado como um simples exemplo. Uma situação de um utente com alta clínica após um internamento por AVC (acidente vascular cerebral). Houve uma preparação da alta com vários componentes práticos, incluindo a componente com enfermeiros, médicos e administrativos, assegurando detalhes sobre o utente e os seus cuidados, enviando um relatório para continuidade de cuidados para os profissionais dos cuidados de saúde primários. A alta clínica foi considerada pelo enfermeiro como um evento. Como consegui-lo, especialmente quanto à periodicidade e suporte associado a alta hospitalar, tendo em atenção a clara influência da perceção do serviço por parte do utente e família. Quando poderia ter alegado cumprimento do protocolo, isto é, dar altas dentro de três semanas, de modo a minimizar os riscos de infeções hospitalares, ou então, considerar equidade de serviço, e explicar ao utente e família que eram necessárias camas para o atendimento de outros utentes. Em vez disso, foi escolhido pelo enfermeiro, falar sobre o equilíbrio entre as necessidades e preocupações do utente e família. Esta forma de abordagem por parte de enfermagem, sempre considerada, mas não formalizada e aprofundada em termos de conhecimento, mais propriamente no que concerne ao capital intelectual, estrutural neste caso.

Um dos desafios de gestão na saúde é apoiar enfermeiros e outros profissionais a integrar ações, e evitar reflexões de cuidados apenas em termos de cada grupo profissional, muitas vezes conhecido como o pensamento silo. Há uma necessidade efetiva de pensar coletivamente, como uma equipe, de forma a identificar e refletir sobre contributos das diferentes profissões.

I.3.2.1.3 O Capital Relacional em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem

Refere-se às relações que as organizações de saúde têm com outras, incluindo destinatários dos serviços e suas famílias, patrocinadores e compradores, que podem incluir utentes, bem como parceiros (Price, 2013). Os gestores de enfermagem necessitam de encontrar formas de os serviços serem avaliados positivamente pelos utentes e familiares, facto que pode servir de motivação para melhorar os serviços. Para isso, é necessário clarificar e explicar os cuidados de saúde prestados, para que os utentes possam compreender e avaliar conseqüentemente.

No Projeto Meritum, por Cañibano et al. (2002) usam o termo "capital relacional" para incluir parceiros de pesquisa e desenvolvimento, em alguns casos, as universidades, que também estão incluídas na capital relacional também.

Para Price (2013) os enfermeiros devem apresentar aos utentes um conjunto de cuidados, é nestes cuidados que o capital relacional se encontra. Os gestores de enfermagem devem orientar os enfermeiros a direcionar os seus conhecimentos através de capital estrutural, isto é, através de sistemas integrados e protocolos da organização de saúde (Hine, 2006).

Os protocolos usuais levam os enfermeiros a trabalhar os planos que tendem a alcançar objetivos terapêuticos. Muitas das vezes, os enfermeiros consideram o capital estrutural como indevidamente burocrata, e também consideram que alguns objetivos estão em desacordo com as metas de enfermagem (Kirpal, 2004). Para este autor as metas associadas aos cuidados prestados aos utentes, não devem representar uma restrição ou mesmo um ataque aos seus valores e competências profissionais, que lhes permitem para tomar decisões clínicas (Kirpal, 2004).

O caráter ímpar de cada trabalhador transforma-se em dados do conhecimento baseado em casos clínicos dos pacientes. Desta forma, cada organização possui uma espécie de capital de dados clínicos. Este fez-se reportar do centro da organização para o ambiente externo, para ser partilhado com outros serviços de prestação de cuidados de saúde, apoiando a continuidade de cuidados do doente (capital relacional), tornando-se um património de conhecimento geral Tamburis et al. (2010).

Há semelhança de outros autores, Tamburis et al. (2010) consideram que os três componentes do capital intelectual estão interligados e que, nenhum recurso intangível que descende deste ciclo de interdependência pode criar valor por conta própria. Para a criação de valor é necessária a implantação de uma perspetiva estratégica e de criação de valor, onde os haja controlo da gestão do conhecimento. Assim, a implementação de tecnologias é importante para o aproveitamento e apoio dos ativos inerentes ao capital intelectual. O tratamento do conhecimento através do processamento de informações é considerado como propriedade da saúde (Djellal & Gallouj, 2005).

O capital intelectual nas organizações de saúde faz um uso intenso de todos os componentes do capital intelectual, repare-se, que existem evidências de mecanismos biológicos e eficácia dos cuidados prestados, publicadas em todo o mundo em jornais e livros (Tamburis et al.,2010).

Tamburis et al. (2010) relatam a capacidade dos profissionais de saúde em dominarem o conhecimento e aplicá-lo aos contextos de cada doente, adaptando o plano de cuidados, de diagnóstico e de terapêutica à especificidade de cada individuo. Desta forma, as informações são traduzidas em documentação clínica, geradas para registar os fatos e as decisões inerentes

ao processo de cuidar. Vários autores alertam para a distinção entre dados, informação e conhecimento (Allee, 1997; Davenport & Prusak, 1998; Leonard, 1998).

Na área da saúde a gestão otimiza a necessidade dos ativos que ajudam a cumprir os objetivos das organizações de saúde (Wickramasinghe, Sharma & Gupta (2005). O capital intelectual é tratado como um conjunto de ativos suscetíveis de serem geridos. De forma objetiva, estuda se a prestação de cuidados aos doentes melhorou, e se é diretamente proporcional aos ativos intelectuais das organizações de saúde (Tamburisi et al.,2010).

Os últimos estudos apoiam a ideia de que o impacto da capital intelectual no desempenho organizacional pode ser acontecer de forma indireta.

Para Wiig (1997, p.400), é necessário fazer uma distinção entre capital intelectual e gestão do conhecimento, pelo que, o primeiro será relacionado com um “edifício” intelectual, enquanto o último é mais operacional e traduz-se na gestão de atividades de criação, capturar, transformar e usar o conhecimento. Desta forma, ficará implícito que o capital intelectual está adstrito ao desempenho da organização e o comportamento inovador do trabalhador está relacionado com a gestão dos ativos do conhecimento (Longo & Mura, 2007).

Note-se que a partilha de conhecimento é um imperativo para o capital intelectual se traduzir em comportamento que inclua inovação. Trata-se de uma ação deliberada em que as organizações de saúde sustentam a partilha de informação, privilegiando a troca de informações importantes tal como sustenta Kumar e Ganesh (2009). Neste alinhamento, Mura, Lettieri e Spiller (2012) propõem, que na perceção dos profissionais, o capital intelectual, afeta o comportamento inovador através da partilha de conhecimento. Apesar da ligação entre o conhecimento partilhado e o comportamento inovador não esteja amplamente investigada, é de opinião comum que a partilha de conhecimentos é largamente reconhecida como uma atividade que gera crítica para as organizações, permitindo melhorar e obter vantagens competitivas e aprimorar o desempenho dos indivíduos (Nonaka, 1991). No entanto, a partilha de conhecimento tem sido classificada como não espontânea e de exploração improvável devido à assimetria de informações entre gestores hospitalares e os restantes profissionais (Davenport, 1998; Zanaboni & Lettieri, 2011; Lettieri, Masella & Radaelli, 2009).

Há autores que definem a partilha de conhecimento como um comportamento essencialmente individual acionado por fatores internos e externos, tal como reforçam Ruggles (1998) e Micheli, Mura e Agliati (2011).

Para Van de Ven (1986) a criação de novas ideias, tem como base um imperativo individual, no entanto, é considerado como um feito coletivo. Assim, parece oportuno considerar que o comportamento individual terá de ser incentivado, para que cada organização aproveite as mais-valias individuais como processos inovadores coletivos.

O impacto do capital intelectual na partilha de conhecimento desdobra-se nos seus competentes, capital humano, capital estrutural e capital relacional. O capital humano refere-se à extensão do conhecimento que reside nos indivíduos. Para Chowdhury (2005) a confiança de que a partilha não iria ser em vão, certamente melhoraria a qualidade no conteúdo de trocas de conhecimento. A percepção de um elevado nível de capital humano, pode levar a maiores expectativas de benefícios alcançáveis com a partir de partilha de conhecimentos. O capital social/relacional é o mais estudado em relação à partilha de conhecimentos, pois afeta os indivíduos e as organizações de várias formas.

Primeiro, o capital social está relacionado com o conceito de reciprocidade, o que afeta a forma como as pessoas avaliam os benefícios da partilha de conhecimentos (atitude). Em termos sociais, os indivíduos que partilham o seu conhecimento esperam por um reconhecimento social, estatuto (Blau, 1964). Por outro lado, o capital social/ relacional está fortemente relacionado com a densidade da rede social, medida pela força dos relacionamentos das pessoas nas organizações. Logo estabelece-se o silogismo que quanto mais sólidos os laços sociais entre as pessoas maior é a força da influência recíproca (Granovetter, 1983).

Para Rolland e Chauvel (2000, p.239) a confiança é reconhecida como a mais importante condição prévia para a troca de conhecimento ", de extrema relevância em organizações como hospitais, onde os mecanismos de controlo não são completos (Lettieri & Masella, 2009). A confiança é importante para transferir o conhecimento tácito, considerado como a principal forma de conhecimento em saúde, tal como defende (Garavaglia, Lettieri, Agasisti & Lopez, 2011). Quem estuda o capital intelectual tem como principal função tentar avaliar os intangíveis neste tipo de conhecimento. Só depois de detetado, identificado e medido é que podemos avaliar se é útil. Por último, o capital organizacional que se considera o capital estrutural e diz respeito à extensão e qualidade de conhecimentos incorporados na organização.

Youndt et al. (2004) descobriram que o CI serve de mediador no impacto das atividades de recursos humanos sobre o desempenho organizacional. Além disso, e evocando o estudo de Yang e Lin (2009) em que o CI (avaliado pelo capital humano, capital relacional e capital organizacional ou estrutural) mediou a relação entre as práticas de gestão de recursos humanos e desempenho organizacional.

O conhecimento em saúde é constituído principalmente por narrativas e heurísticas, logo, não pode ser totalmente codificado (Lettieri, Borga & Savoldelli, 2004), tal como acontece na maioria dos protocolos e normas das organizações de saúde, que dão corpo ao capital estrutural. A codificação de informação pode reduzir o valor tácito da mesma (Liu & Liu, 2008; Lettieri & Masella, 2006).

De acordo com Bock, Zmud, Kim e Lee (2005), a dimensão organizacional é um dos fatores que afetam a transferência de conhecimento dentro unidades organizacionais. Já na perspetiva de

Mura et al. (2012), houve o objetivo de investigar o papel de capital intelectual na promoção de comportamentos inovadores entre os profissionais de saúde. Esta questão é fundamental para entender a inovação organizacional. As grandes conclusões do estudo de Mura et al. (2012) desvendam que a partilha de conhecimentos é essencial na relação entre o intelectual de capital e comportamento do trabalho.

Para Wiig (1997) a gestão dos conhecimentos é um mecanismo que traduz o potencial organizacional do capital intelectual em esforços individuais. Existe uma relação direta entre o capital social estrutural e o comportamento inovador. Com implicações relevantes para gestores hospitalares, realçando a necessidade de desenvolver fortes redes de relações entre os profissionais.

O capital intelectual não afeta diretamente a partilha do conhecimento, mas seus antecedentes, atitude, normas subjetivas e controle comportamental percebido, significando que precisa da vontade dos profissionais (Davenport, 1998). A principal implicação deste achado é que o comportamento dos profissionais está presente em todo o processo de inovação individual.

Os gestores de enfermagem enfrentam desafios significativos, tentando fazer um aproveitamento das experiências das equipas durante a sua prestação de forma a alcançar os indicadores de saúde (Liu & Lin, 2007).

Os recursos que as pessoas apresentam, podem ser pensados em termos de técnicas ou conhecimentos específicos, ainda que, de forma abstrata, sem uma estreita referência aos episódios da prestação de cuidados inerentes a cada indivíduo. Por isso, o papel dos gestores de enfermagem não é fácil.

Para Price (2013) os gestores de enfermagem estão habituados a reavaliar periodicamente as competências das suas equipas, para identificar algumas que precisam ser substituídas, sempre as equipas e os protocolos mudarem. O autor, também ressalva que as avaliações podem não representar a forma como os doentes opinam sobre os serviços.

Segundo Price (2013) as competências práticas de enfermagem podem ser descritas em termos de sustentação do conhecimento, na tomada de decisão, numa apreciação, e na confiança e convicção necessárias para o desenvolvimento profissional. Podem ser classificadas de formas diferentes (como interpessoal, cognitiva ou raciocínio, ou técnica). Apesar de existir uma descrição da competência, estas não se referem claramente ao contexto ou à necessidade do doente, o que leva a uma não associação/previsão dos cuidados de enfermagem necessários. Assim surge a necessidade de captar a forma como as competências são preparadas e planeadas, para que se atinja determinado nível de efeito e ação devidamente contextualizada em cada doente (Price, 2013).

No estudo de Price (2013) evidencia o conhecimento dos enfermeiros como “nous”, considerado intimamente associado com a prática de enfermeiros e com a forma como eles avaliaram a suas competências. Nas organizações de saúde em o “nous” foi reconhecido pelos seus pares e gestores, houve um sentimento de forte motivação pelos enfermeiros.

O termo “nous” refere-se há possibilidade de combinar e usar ideias, traduzindo o conhecimento em competências, e em prática. Embora não possa ser medido como prova, pode ser avaliado pelos gestores, é considerado relevante para os doentes. Este aspeto foca o lado subjetivo da avaliação e das conseqüentes tentativas de melhorias dos serviços de saúde, para Jenkinson, Coulter e Bruster (2002) a avaliação para melhorar cuidados de saúde deve identificar a importância de mais avaliações subjetivas e experimentais, especialmente as dos doentes no final da prestação de cuidados. Este conceito está fortemente associado com “como fazer”, tal como refere o The Menzies-Nous Australian Health Survey (Menzies Centre for Health Policy, 2012).

Para Price (2013) os enfermeiros podem definir o seu trabalho e avaliar a forma de contribuir para uma melhoria de serviço, o que pode implicar uma alternativa ao preconizado até hoje, contrariando o que os gestores de serviços de saúde e teóricos de liderança pensam.

Para Mention (2012) o capital intelectual é mobilizado com outros recursos (tais como recursos financeiros e recursos físicos), para que as organizações alcancem os objetivos. Os cuidados de saúde estão inseridos na indústria de serviços e de conhecimento, onde a perícia é central para uma prestação de cuidados segura e serviços eficazes, em que o capital intelectual pode ser o fator determinante para a reputação (Price,2013). Assim, o papel dos gestores de enfermagem é aproveitar o capital intelectual de forma a ajudar uma organização de saúde a atingir a sua missão. Para isso, é necessárias práticas que permitam os profissionais de saúde trabalhar com a sua equipa (Holmesland et al., 2010).

Para Price (2013) o capital intelectual não é apenas sustentado no intelecto, este compreende três formas que os gestores de enfermagem devem associar capital humano, estrutural e o capital relacional.

Mura et al. (2012) consideram que a atitude e o controle organizacional são entendidos como os dois principais motores da intenção dos profissionais para partilhar e assim será de interesse futuro que os gestores hospitalares devem dedicar mais tempo ao estudo da relação direta entre partilha de conhecimentos e melhorias clínicas; construção de um contexto organizacional facilitado. Os mesmos autores investigaram de que forma o capital intelectual melhora a atitude dos médicos e a sua percepção ao controle. Foram identificadas duas formas diferentes que os gestores hospitalares devem enfrentar as necessidades dos profissionais.

Por um lado, a fim de estabelecer expectativas positivas quanto à partilha de conhecimentos, deve ser facilitado e incentivado a criação de grupos de trabalho por forma a incrementar a atitude individual dos profissionais, transparecendo que um esforço extra será recompensado.

Em relação ao capital estrutural do capital relacional/social. A presença de textos codificados é um marco facilitador que permite transformar o conhecimento tácito em conhecimento explícito, melhorando a forma de o usar.

Para Mura et al. (2012) digno de mais destaque é o desenvolvimento do capital social, com uma separação entre a componente afetiva e componentes estruturais. Trata-se de uma condição necessária e que antecede o momento de partilha de conhecimento. Por um lado, a presença de normas de reciprocidade e de confiança que melhoram o controlo dos profissionais sobre as consequências da partilha de conhecimentos, componente afetiva. Por outro lado, a presença de fortes laços entre os indivíduos, que multiplicam as ocasiões de transferência de conhecimento tácito, capital relacional. Assim, é oportuno afirmar que os gestores hospitalares podem ter um impacto significativo na partilha de conhecimento e consequentemente no comportamento inovador dos profissionais. Tratam-se de atividades que vão para além do comportamento pré-definido, logo devem abordar os obstáculos organizacionais que inibe a intenção dos profissionais em partilhar conhecimento. O capital social, é considerado como a alavanca para o desenvolvimento de fortes redes entre os profissionais que permitam comunicar facilmente, emitir novas ideias e experiências.

Na inovação das organizações, os ativos intangíveis apresentam-se como um novo paradigma apesar de não serem tão “palpáveis” e evidentes como outros fatores de uma organização. Sabe-se que estes evidenciam-se como uma fonte de competitividade e quiçá como um valor acrescentado à organização que os rentabiliza. É este sentido de competitividade e de mais-valia que poderá estar latente nas organizações de saúde portuguesa.

Por outro lado, e numa vertente de gestão estratégica do capital intelectual, foi efetuado um estudo num hospital universitário de forma a explorar um processo de gestão estratégico, com intuito de desenvolver e utilizar alguns instrumentos que permitam gerir a saída de capital intelectual (Emidia Vagnoni & Chiara Oppi, 2015).

Para Emidia Vagnoni e Chiara Oppi (2015), é possível argumentar que a pesquisa-ação desencadeada pode mudar a estratégia do processo de gestão. O estudo também comprova que o CI é central para a produção de um domínio da gestão de CI, e que por isso, pode contribuir para uma nova visão do estudo do capital intelectual. Consideram também que a teoria do CI ajuda a compreender a sua linguagem, de forma a visualizar os fatores críticos considerados relevantes, destacando que o uso do CI cria valor a partir de uma perspetiva estratégica, também sustentado por Petty e Guthrie (2000).

Numa perspetiva contabilística, considerada a nova e famigerada geração do capital intelectual Guthrie, Ricceri e Dumay (2012), defendem que a definição de capital intelectual contábil é possível, só por si, trata-se de uma contabilidade, onde os relatórios de gestão e as tecnologias são considerados relevantes para as organizações, permitindo-as compreender e gerir recursos de conhecimento.

Este tipo de instrumento, pode explicar e informar sobre o tamanho e desenvolvimento de recursos de conhecimento, tais como as competências dos funcionários, relações com clientes, relações financeiras e tecnologias de comunicação e informação. A confirmar-se poderá ser um importante passo para mensurar os ativos intangíveis.

Da mesma forma, e constatado no estudo de Serena Chiuichi M. (2013) para atingir o patamar do capital intelectual contábil, é necessário que os intervenientes devem completar um ciclo de aprendizagem experimental para mobilizar o capital intelectual. Também afirmam que a modalidade intervenção-pesquisa contribui para a mobilização do capital intelectual, de forma a influenciar os restantes intervenientes no processo de aprendizagem. Esse estudo permite verificar as barreiras e alavancas para medir e mobilizar o capital intelectual, de forma a criarem estratégias para evitar o conhecimento mais antigo e tirar proveito dos novos conhecimentos. Em suma, a autora acrescenta que é necessário haver alguém que controle a mobilização do CI e que para isso é necessária formação.

Para Zigan et al. (2010), que elaboraram um estudo com objetivo de analisar as atividades de conhecimento de um hospital universitário, e dessa forma examinar o impacto que os fatores do contexto têm sobre essas atividades. Foi realizado uma abordagem de estudo de caso, com gerentes e funcionários da linha de frente de diferentes níveis organizacionais. Tal como aconteceu no estudo de Soares-Faria et al. (2012), foram considerados os chefes por uma questão de representatividade da estratégia da organização.

Os resultados descrevem como as atividades de gestão do conhecimento foram negligenciadas, ao nível da gestão de topo. Ao nível dos diferentes departamentos as atividades foram propositadamente realizadas. Assim, depreende-se que as atividades de gestão do conhecimento podem ser implementadas ao nível de departamento, sem que para isso, seja necessário o apoio estratégico da gestão de topo do hospital. Os resultados demonstram ainda que, a utilização eficaz de outros recursos intangíveis, como capital social, pode contribuir substancialmente para a eficácia das atividades de gestão do conhecimento.

Ainda que, nesse estudo se possam evidenciar limitações devido ao tamanho da amostra e a subjetividade das interpretações, poder-se-á constatar que o estudo propõe que as atividades inerentes ao conhecimento podem ser implementadas em organizações, basta ter o apoio da implementação pelos profissionais. Realça-se também que a importância da compreensão dos fatores contextuais que influenciam o sucesso das iniciativas que promovem o conhecimento.

Há estudos em diversas áreas que espelham a importância dos ativos intangíveis que se encontram presentes nos diferentes elementos do capital intelectual (capital humano, capital relacional e capital estrutural).

I.4 A Inovação em Serviços de Saúde e em Serviços de Enfermagem

Os serviços de saúde são o reflexo do sistema que os integra, a importância crescente na economia dos países em geral, vem conferindo maior interesse na pesquisa científica. Num estudo efetuado por Júnior e Guimarães (2012) realçando o estado da arte para inovação em serviços de saúde, no Brasil. Dos 73 artigos analisados, 33% deles exploram estratégias de inovação e tecnologia; 18% tratam o desempenho económico e a produtividade; 16% tratam os antecedentes e determinantes da inovação; 16% realçam o desenvolvimento de capacidades em rede, alianças e colaboração entre organizações; 9% exploram a qualidade de serviços, taxonomias de inovação, sistemas flexíveis e sistemas regionais de inovação; e 8% abordam temas como conhecimento intensivo, pesquisa e desenvolvimento. Este facto é um indicador da importância da inovação como nova forma de dar resposta as necessidades das organizações.

No que respeita aos setores identificados nas pesquisas foram, destaca-se saúde 8% apenas, o que traduz o fraco investimento científico em inovação de serviços na área da saúde. Este trabalho evidenciou a proveniência geográfica dos estudos, sendo que a maioria dos trabalhos foi distribuída em países da Europa, com 35% dos artigos; Brasil com 26%; Estados Unidos com 24%; Austrália, China e Taiwan com 3%, cada um; Argélia, Canadá, Gana, Hong Kong, Japão e Tailândia com 1%, cada um, do total de artigos.

Relativamente a estudos de estratégias de inovação e tecnologia, Martin, Currie, Finn e McDonald (2011), pesquisaram em quatro hospitais os desafios da introdução de novas formas de trabalho nos serviços de saúde na Inglaterra, com foco na distância entre a geração da ideia e a dificuldade de implementá-la ou de colher resultados de um sistema complexo, identificando um efeito "evaporação de melhorias". Os resultados apontam que a estratégia de inovação só é eficaz se as mudanças organizacionais puderem ser sustentadas por gestores, médicos e profissionais da linha de frente, caso contrário, a mais-valia do serviço não será percebida pelo cliente.

Tsou e Hsu (2011) estudaram a relação da inovação entre serviços eletrónicos e o desempenho da empresa. O estudo mostra que a inovação nos serviços eletrónicos tem uma relação positiva, especialmente através de práticas de cocriação de valores com clientes e com outras redes de inovação.

Relativamente aos estudos efetuados no âmbito do desempenho económico e produtividade da empresa, destaca-se o trabalho de Petratos (2005). Este analisou o setor de saúde da Inglaterra,

e constatou que através da inovação se aumentou a eficácia do sistema de saúde e das respetivas organizações.

Noutra esfera de pesquisa, os antecedentes e determinantes de inovação, evidenciamos o estudo de Pasquini Miguel e Mendes Teixeira (2009) que investigaram a relação entre valores organizacionais e a criação do conhecimento para a inovação. Resultando que os valores organizacionais apresentaram-se associados principalmente a aspetos de criação do conhecimento no âmbito interno das organizações.

A designação de comportamento inovador pode ser definida como a introdução de novas ideias, processos ou produtos que sejam úteis (Farr & Ford, 1990). Duas linhas de pensamento se desalinham, autores que defendem o comportamento de inovador como forma de promover a melhoria contínua do desempenho (Scott & Bruce, 1994; Janssen, 2000; Longo, Mura & Bonoli, 2005), e por outro lado, autores que defendem a proteção de práticas existentes em vez de incentivar o surgimento de outras (Van de Ven, 1986, p. 591).

A importância desta pesquisa justifica-se pelo facto de os hospitais serem consideradas organizações complexas, e com grandes possibilidades para estudar a inovação, mais concretamente as inovações em serviços (Djellal & Gallouj, 2007).

A abordagem da inovação de serviços foi aprofundada por Gallouj (1994), que a descreve como: tecnicista, orientada aos serviços e integradora. Assim, na abordagem tecnicista a inovação é reduzida à introdução de sistemas técnicos (equipamentos, materiais, comunicação) nas organizações. Dentro desta categoria da inovação de serviços, existem relatadas duas taxonomias que classificam como organizações/empresas intensivas em escala e organizações/empresas baseadas na ciência (Pavitt, 1984). A enfermagem enquadra-se nesta última taxonomia, ainda que, não seja uma ciência com essência exclusivamente tecnicista, é a ciência de cuidar do doente e família de uma forma abrangente.

A abordagem orientada aos serviços identifica-se como a natureza da inovação dos serviços e inclui três tipos de inovação em serviços (Gallouj, 1994):

- *Ad hoc* (processo de construção de solução para um problema específico);
- Antecipatória (novo campo do conhecimento ou explorado por peritos);
- Formalizada (conjunto de mecanismos que ajudam a definir contornos do serviço com certo grau de tangibilidade, como regras, políticas, modelos).

A abordagem integradora, segundo Gallouj (1994), propõe uma visão de produtos e serviços sob uma mesma teoria da inovação.

Para Saviotti e Metcalfe (1991) o produto é uma combinação de características técnicas e de serviços. Consideram que um produto (bem ou serviço) pode ser representado por um conjunto

de características e competências interligadas. Uma das linhas que o caracteriza representa as características do serviço, ou o seu valor para os clientes; outra linha evidencia as características técnicas do produto (materiais ou imateriais), bem como os processos utilizados para produzir o produto; uma terceira linha indica as competências de fornecedores; e o último define as características do cliente. A inovação pode ser definida de acordo com as alterações que afetam um ou mais linhas/setores de características (técnica e de serviços) ou de competências.

Na abordagem integradora, a inovação não é definida como resultado, mas como processo, e é possível identificar diversos "modelos" de inovação, como resultado da dinâmica de suas características:

- a) Inovação radical onde há lugar a novo conjunto de vetores de competências, características técnicas e de serviço (fornecendo o mesmo vetor de serviço, propicia graus superiores de valor ao usuário);
- b) Inovação de melhoria, quando as características do serviço permanecem inalteradas, mas há melhoria da qualidade de seus elementos individuais;
- c) Inovação incremental, quando uma nova característica for adicionada, eliminada ou substituída, mas o conjunto de vetores permanece inalterado;
- d) Inovação *ad hoc*, trata-se de uma nova solução para um problema do cliente (natureza jurídica, estratégica, organizacional ou técnica);
- e) Inovação por recombinação trata-se da associação ou dissociação de diferentes serviços e características técnicas (neste contexto, a inovação incremental pode ser considerada como um caso específico de inovação de recombinação, envolve a associação de características típicas de produtos que já existem);
- f) Inovação por formalização resulta quando uma ou mais características melhoradas do serviço são formatadas ou padronizadas.

Portanto, a abordagem integradora pressupõe que inovação de produto e inovação em serviço, têm características similares. Reforçando a ideia de Gallouj (1994), defendendo que a inovação em serviço incorpora a relação entre fornecedor e usuário/cliente.

As organizações de serviços de saúde também recorrem a inovações em produtos (alterando os serviços prestados), como inovações de processos de gestão de saúde, refletindo novos padrões na prestação de serviços hospitalares (Isidro-Filho, Guimarães & Perin, 2011). A inovação de produto representa o próprio *output* inovador, pode consistir num produto ou mesmo um serviço idealizado para melhorar um serviço e os clientes desses serviços (Gopalakrishnan & Damanpour, 1997; Utterback & Abernathy, 1975; Kimberly & Evanisko, 1981). Por outro lado, a inovação de processo é caracterizada pelos conhecimentos e instrumentos utilizados entre o *input* e o *output* da organização, ou seja, pelos vários fatores que estão entre a entrada e saída de uma organização. São, portanto, novos e melhorados métodos de produzir novos produtos e serviços (Capon, Farley, Lehmann & Hulbert, 1992; Ettlie & Reza, 1992; Utterback & Abernathy,

1975). As empresas podem utilizar processos de outras e por isso, considera que este tipo de inovação é único, cada organização moldará de acordo com as pessoas, cultura e tipo de gestão. Este tipo de inovação, inovação de processo está orientado para eficiência da organização, enquanto que, a inovação de produto está direcionada mais para o cliente (Utterback & Abernathy, 1975).

Kaya, Turan e Aydın (2016) consideram que na área da saúde existe um aumento considerável de inovações para melhorar a esperança de vida, a qualidade de vida, os meios de diagnóstico, o tratamento e cuidados prestados, bem como a eficiência e rentabilidade dos sistemas de saúde. As tecnologias de informação também têm desempenhado um papel vital na inovação dos cuidados de enfermagem. Os autores consideram, que o termo “inovação” de enfermagem é amplamente utilizado em toda enfermagem e literatura de saúde, no entanto, o significado do termo não é claro. O estudo elaborado pelos mesmos traduz-se num relatório de uma análise do conceito de inovação em enfermagem, possibilitando uma maior compreensão da inovação e seu uso na profissão de enfermagem.

Existem diferentes interpretações do que a inovação é ou deveria ser. Como suporte ao estudo, (Kaya et al. (2016), basearam-se em imperativos da estrutura da organização, adaptada e desenvolvida por Wilson e modificada por Walker e Avant (“concept analysis model”) para incluir 8 etapas processuais: 1) selecione um conceito (interessante, relevante, importante, útil); 2) determinar os objetivos ou fins da análise (distinguir entre o uso ordinário e científico do mesmo conceito, esclarecer o significado de um conceito existente, desenvolver uma definição operacional, desenvolver a definição operacional, adicionar à teoria existente, etc.); 3) identificar todos os usos do conceito (fontes, todos os usos do termo, em todos os campos); 4) determinar (a definição de atitudes); 5) identificar (um caso modelo); 6) identificar (casos limítrofes, casos relacionados, casos contrários, casos inventados, casos ilegítimos); 7) identificar (antecedentes, consequências); 8) definir (referentes empíricos).

O conceito e definição da inovação pode ser confundido por vezes com termos, como, mudança, invenção, *design* e criatividade (O`Sullivan & Dooley, 2008). A definição de inovação inclui os conceitos de novidade, comercialização e/ou implementação. Isto é, se uma ideia não for desenvolvida e transformada em um produto, processo ou serviço, ou não for comercializada, esta não pode ser considerada como uma inovação (Popadiuk & Choo, 2006).

O significado de "inovação" é revelado pela sua raiz latina, nova. A nova ideia, gera uma reação pelo indivíduo, traduzindo-se numa novidade quando entendida pelo indivíduo (Rogers, 2003).

Definido como "Fazer mudanças em algo estabelecido e/ou introduzindo algo novo", também definida como um novo método e/ou dispositivo de prática (McSherry & Douglas, 2011). Uma inovação é uma ideia, prática ou objeto que é entendido como novo, por um indivíduo ou outrem que a adote.

A inovação pode também ser considerada como a introdução intencional (num grupo ou organização) de ideias, processos, produtos ou procedimentos, entendidos como novos e relevantes para quem os adota. A inovação tem como intuito o benefício significativo do indivíduo, de um grupo ou a sociedade em geral. Esta definição reúne consenso entre os investigadores, uma vez que engloba as características mais importantes da inovação: novidade, uma componente de aplicação e um benefício pretendido.

Neste alinhamento, a inovação é identificada como novo conhecimento incorporado em produtos, processos e serviços. Afuah (1998) classifica as inovações de acordo com características tecnológicas, de mercado e administrativas/organizacionais. Sendo que, para Afuah (1998) a inovação tecnológica define-se como o conhecimento gerado entre as ligações dos métodos, dos processos e das técnicas que são aplicadas a um produto ou serviço. Esta pode ou não se traduzir em inovação administração, podendo ser um produto, um processo ou um serviço. Relativamente às inovações de produto ou as inovações de serviço, devem consistir em novos produtos ou serviços visando satisfazer algumas necessidades.

A inovação de processo está relacionada com a introdução de novos elementos nas atividades de uma organização, tais como materiais, especificações de tarefas, mecanismos de fluxo de trabalho e informação e equipamentos utilizados para produzir um produto ou prestar um serviço.

O Conselho Internacional de Enfermeiros e a União Europeia aclamaram 2009 como o "Ano da Inovação", com o objetivo aumentar a capacidade competitiva internacional e ampliando os horizontes das instituições científicas (ICN,2009).

As características da inovação e da enfermagem contemplam um sistema social com cinco características das inovações: vantagem relativa, compatibilidade, complexidade, capacidade de julgamento e observabilidade (Arslan 2012, Rogers, 2003; Sarıoğlu 2014).

- Vantagem relativa: O grau de vantagem relativa pode ser medido economicamente, ainda que os fatores de prestígio social, conveniência e satisfação também são componentes importantes. Não importa muito se uma inovação tem muitas vantagens "objetivas", quanto maior a vantagem relativa percebida de uma inovação, mais rápida será sua taxa de adoção;
- Compatibilidade: Trata-se do grau de compatibilidade entre a inovação e os valores, hábitos, experiências e necessidades do participante. A compatibilidade é o grau em que uma inovação é percebida como consistente. Quanto maior o grau de compatibilidade entre uma ideia e os valores, normas prevalentes de um sistema social, maior será a rapidez em adotar essa inovação;
- Complexidade: descreve as dificuldades que os participantes têm em compreender e, posteriormente, usar a inovação. Habitualmente, as ideias mais simples de

entender são adotadas mais rapidamente do que as inovações que exigem novas competências e entendimentos;

- Capacidade de julgamento: é o grau em que uma inovação pode ser experimentada num contexto limitado. As ideias que são experimentadas de forma faseada, geralmente serão adotadas mais rapidamente. Da mesma forma, uma inovação que é experimentável representa menos incerteza para o indivíduo que a considera para adoção;
- Observabilidade: é a visibilidade da inovação para os participantes. É a forma em que os resultados de uma inovação são visíveis para os outros. Quanto mais fácil for para os indivíduos verem os resultados de uma inovação, mais probabilidades eles terão de adotar. Esta visibilidade promove a discussão de uma nova ideia, começo da inovação.

De forma sintética, as inovações que são entendidas pelos indivíduos, como tendo maior vantagem relativa, compatibilidade, capacidade de julgamento, observabilidade e menos complexidade serão adotadas mais rapidamente do que outras inovações. A inovação é essencial para manter e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros inovam para encontrar novas informações e melhores formas de promover a saúde, prevenir doenças e melhores formas de cuidar e curar (ICN,2009).

Para Kaya et al. (2016) existem conceitos relacionados com inovação que importa aferir. A inovação é frequentemente associada a termos como criatividade, design, invenção, exploração, crescimento e mudança, eis alguns conceitos e definições:

- Inovação e invenção: A invenção é definida como a criação de algo novo, que nunca existiu antes. A inovação é mais do que a criação de algo novo;
- Inovação e crescimento: a inovação é sobre o desenvolvimento do crescimento. A inovação pode ser considerada como um esforço intencional para alcançar a mudança centrado no potencial económico ou social. A inovação é essencial para ajudar a crescer;
- Inovação e criatividade: A criatividade é considerada um elemento fundamental para a inovação, é uma capacidade inerente aos seres humanos;
- Inovação e *design*: O termo *design* no contexto da inovação é definido como "o processo de tomada de decisão consciente pelo qual a informação é transformada em um resultado tangível ou intangível". O *design* é parte integrante da fase de exploração de uma inovação;
- Inovação e exploração: a inovação pode ser vista como uma abordagem sistemática para criar um ambiente de descoberta criativa, na invenção e na exploração comercial de ideias que satisfaçam necessidades não satisfeitas;

- Inovação e mudança: embora a inovação resulte em mudanças, é incorreto equiparar a inovação a todas as formas de mudança. A mudança pode ter um impacto positivo ou negativo. Nem todas as mudanças podem ser vistas como inovação;
- Inovação e fracasso: O crescimento é muitas vezes medido em termos de extensão de negócios e lucro. O processo de inovação naturalmente envolverá ideias malsucedidas, estes são vistos como um subproduto natural do processo de inovação. A fim de algumas ideias para ter sucesso, muitos mais deles devem falhar;
- Inovação e empreendedorismo: os termos empreendedorismo e inovação são frequentemente utilizados indistintamente, o que pode levar a equívocos. A inovação é muitas vezes a base sobre a qual um negócio empresarial é construído por causa da vantagem competitiva que proporciona;
- Inovação e clientes: quanto melhor a inovação atender às necessidades dos clientes, mais provável que os clientes as adotem;
- Inovação e conhecimento: A inovação é construída sobre uma base de criatividade e, eventualmente, sobre invenção, resultando na criação de novos conhecimentos e aprendizado dentro da organização;
- Inovação e sociedade: a inovação é uma característica benéfica para uma grande sociedade, como uma nação ou região.

Como conclusão do estudo, Kaya et al. (2016) consideram que os enfermeiros estão posicionados de forma única para identificar fatores de risco que interferem na saúde da população (fornecer informações sobre como gerir esses riscos e promover os benefícios de estilos de vida saudáveis, dietas e evitar comportamentos de risco).

Backes, Silva, Siqueira e Erdmann (2007) consideram que na era da globalização as instituições de saúde, são objeto de exigências sociais, económicas, políticas e tecnológicas. A melhoria contínua das instituições de saúde são um reflexo dos direitos dos utentes e dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Esta exigência nas organizações de saúde despoletou na elaboração de várias ferramentas de gestão, sobretudo, ferramentas que promovem a humanização e a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Esta mudança poderá ser considerada como um retomar dos imperativos que suportam as teorias de administração, uma vez que a inovação, está integrada nessas teorias sob forma competitiva. A procura de novas estratégias de gestão que satisfaçam os novos interesses e estabeleçam prioridades, obrigam a soluções inovadoras e integradoras capazes de transformar ideias numa realidade concreta (Rodrigues & Lima, 2004).

Os interesses em apresentar serviços de saúde cada vez mais eficientes, providos de qualidade, conferida pelos utentes, promove o investimento intensivo na prestação dos serviços, ou seja, no produto final que é representado pela dinâmica dos serviços hospitalares, sustentados através

de um sistema de valores culturais, educacionais, sociais (Siqueira, 2001). Neste domínio, os enfermeiros, ocupam um espaço importante na mediação e interação criativa com os utentes (articulando fatores internos e externos à organização). Os serviços de enfermagem apresentam pouca visibilidade como produto de saúde. Os serviços de enfermagem significam para a sociedade em geral, cuidados de saúde especiais, ficando um pouco fora da esfera da produtividade e espírito empreendedor da equipe. O produto, nos serviços de enfermagem envolve o ser humano, revestindo-se de grande complexidade. Desta forma é necessária uma equipe de profissionais que, de forma integrada, trabalha na procura das melhores soluções, possibilitando a criação de novas maneiras de pensar e agir, isto é, formas de gestão favoráveis aos ganhos em saúde (Siqueira, 2001).

A enfermagem deve promover de uma forma metodológica o alcance de ganhos em saúde, passando por um processo de construção e/ou desconstrução de paradigmas, promovendo o desenvolvimento de um conhecimento nas diversas áreas do saber, para ultrapassar as necessidades dos utentes, utilizando vários avanços da ciência. É importante estimular e aplicar práticas inovadoras de forma integrada.

Para tornar viável um produto do serviço de enfermagem, é necessário compreender novos imperativos de gestão que permitam agilizar alterações necessárias para entender o ser humano no seu contexto (Siqueira, 2001). Nesta fase, de novos imperativos de gestão com o objetivo de alcançar a melhoria dos cuidados de saúde, a humanização, (que se caracterizam mais do que um processo prescritivo e normativo) deu espaço ao dinamismo na formação e qualificação permanente e gradual.

Backes et al. (2007) acreditam que a humanização, no campo hospitalar, pode significar a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, percebida pelos utentes como uma experiência da hospitalização durante o seu ciclo da vida e torná-la numa oportunidade de desenvolvimento humano. Quanto mais se articular o conhecimento técnico, fatores afetivos, sociais, culturais e éticos nas relações entre enfermeiros e entre enfermeiros utentes, será qualificado e profícuo para focalizar o produto dos serviços de saúde.

Tal como em outras empresas, as organizações de saúde precisam de estimular continuamente uma nova imagem da organização, onde o ser humano é a base de uma estratégia para garantir um patamar elevada nos serviços (Siqueira, 2001). Segundo Backes et al. (2007) a enfermagem, ao longo dos tempos adquiriu uma postura cultura burocrática do pensar e agir estritamente técnico e fragmentado. Neste seguimento ideológico, torna-se essencial o alcance de um conhecimento complexo que integre os diversos serviços, entre a teoria e a prática (Siqueira, 2001). Em nosso entender, os serviços de enfermagem necessitam de valorizar os recursos intangíveis que conferem à sua atuação um valor muito próprio. Esse valor deverá ser estudado de forma detalhada, dando a direção e orientação, de como, quando e onde esses recursos podem ser úteis para os serviços. A capacidade de gerar novos conhecimentos através da

pesquisa e desenvolver um saber específico incorporado à prática profissional, deve ser uma realidade.

No estudo de Backes et al. (2007) o valor da humanização deve ser incorporado no sistema de qualidade dos serviços de saúde e implementadas gradualmente na prática dos profissionais de saúde. Este sistema de formação e educação contínuo, suportado, sobretudo na humanização, possui como imperativo maior a melhoria da qualidade dos serviços. A formação contínua, resulta na procura pela melhoria contínua dos serviços, resultando em menores custos e melhores resultados. A humanização, no seu verdadeiro sentido, traduz e garante a satisfação para os utentes. Neste estudo de Backes et al. (2007) conclui-se que o grau de humanização está diretamente relacionado com o grau de satisfação, enquanto que, o programa de qualidade afeta o desempenho financeiro, reduzindo gastos desnecessários, por estar relacionado ao desempenho profissional. Assim, este estudo, para além de contribuir com a melhoria dos resultados financeiros, poderá contribuir na implementação de atualizadas formas de tratamento, prevenção e relacionamentos mais humanizados nos serviços de saúde.

Para Backes et al. (2007) para atender integralmente às necessidades humanas básicas dos utentes, implica, assegurar a qualidade e a humanização, sustentados em vínculos afetivos estáveis, em relações de confiança e parceria, de forma a que os cuidados prestados sejam empreendedores, de forma a diferenciá-los nos serviços de saúde. Para Backes et al. (2007) a enfermagem é por natureza a “detentora” da prestação dos cuidados de saúde, uma vez que centra a sua ação no utente, em todo o processo que envolva saúde e doença. A enfermagem, envolve-se nas organizações de saúde como o ponto de convergência e distribuição de informações, com grande parte dos profissionais de saúde. O enfermeiro é o profissional que faz a gestão dos conhecimentos relativos ao exercício de prestação de cuidados de saúde ao utente, apresentando alguma autonomia para avaliar necessidades dos utentes e decidir sobre os cuidados de enfermagem a prestar (Rodrigues & Lima, 2004). Este facto sustenta que os enfermeiros continuam a ser os cuidadores por excelência, são os profissionais que interagem com os utentes vinte e quatro horas do dia, possibilitando-lhes um leque de intervenções muito vasto.

Segundo as conclusões do estudo de Backes et al. (2007) os resultados, ainda que, não permitam uma avaliação totalmente fidedigna acerca dos cuidados prestados, contribuem de forma significativa para a construção de novas práticas de gestão, sobretudo, quando as organizações de saúde dispõem do *feedback* aos utentes. Este tipo de prática confere aos profissionais da saúde uma visão empresarial, visada na eficiência dos cuidados de saúde aos utentes.

Segundo Backes et al. (2007), atualmente as tecnologias e procedimentos especializados, de uma forma estanque, não satisfazem os utentes. Há a necessidade de garantir uma assistência qualificada a todos os níveis, para que possa valorizar o produto capaz de ultrapassar a técnica e as tecnologias. É neste seguimento que conferimos o carácter estratégico e único aos ativos do

conhecimento dos serviços de enfermagem, podem significar novas formas de gerir e de entender o *feedback* da prestação de cuidados.

Os empreendedores da prestação de cuidados de saúde, necessitam de estar alinhados com os objetivos e a filosofia da organização, da política de recursos humanos, das tomadas de decisão, da implementação de novas tecnologias, do relacionamento interpessoal e das normas e rotinas estabelecidas pela organização de saúde, de forma a propor novas práticas Backes et al. (2007). Nessa perspectiva, que entendemos os diferentes componentes do capital intelectual dos serviços de enfermagem.

Os enfermeiros utilizam e mobilizam conhecimentos adquiridos durante a formação académica, melhorados com a experiência e praticados sob o escrutínio de pares (capital humano), seguindo normas e procedimentos da cultura organizacional onde estão inseridos, devidamente parametrizados por normas de atuação que sustentam a própria profissão de enfermagem (capital estrutural), que quando partilhados através de redes e alianças (capital relacional), sejam internas ou externas à organização, consubstanciam uma mais-valia nos serviços e na organização. Sem esquecer o *feedback* dos utentes (capital relacional) e familiares, considerados de extrema utilidade para o desenvolvimento profissional, para o modelo de prestação de cuidados, e sobretudo, para dar espaço à crítica, à reflexão e ao surgimento de ideias empreendedoras que possibilitem a inovação dos serviços de enfermagem.

Para Backes et al. (2007) o empreendedor da prestação de cuidados diferencia-se por se encontrar em constante transformação pessoal e organizacional, acompanhando avanços tecnológicos e as necessidades da sociedade, para que a evolução da organização seja efetiva. Para estes autores, os gestores de saúde, não podem estar numa visão reducionista dos serviços, temendo o dinamismo da organização. Os gestores de saúde devem promover ruturas da cultura e do paradigma organizacional de forma gradual, dando espaço a novas estratégias e práticas gestão propiciando a diferenciação nas organizações de saúde.

A enfermagem mantém consolidado nas organizações de saúde, um lugar único na esfera dos cuidados específicos, que lhe confere autonomia e estabilidade para integrar, agregar e mobilizar os diferentes processos organizacionais, apesar da estrutura hierárquicas interferir nos processos de gestão e nos processos criativos Backes et al. (2007). Para estes autores, o produto dos serviços de enfermagem, estão ligados a um sistema de prestação de cuidados e não se tratam de meros atos prescritos e/ou normas de prestação de cuidados, que suportam a prática de enfermagem. Resultam em produtos transversais a toda a organização e a todos os profissionais. Os enfermeiros ora, assemelham-se a um vigilante itinerante, que de forma continua procura detalhes, pequenos ou grandes espaços, para assegurar o poder e a lógica reducionista e detentora do saber. Ora, concentram de informações para exercer mais e melhor a sua vigilância sobre as diferentes situações e profissionais.

Da mesma forma, os autores consideram que os enfermeiros através de sua conduta profissional e relacionamento profissional com outros enfermeiros (redes e alianças) podem desempenhar um papel na criação de um ambiente de trabalho propício a mudanças positivas para a prática profissional. Muitas dessas iniciativas resultaram em melhorias significativas na saúde dos utentes dos serviços de saúde.

I.5 Modelo de Concetual de Investigação

Vários estudos têm sido realizados sobre o papel do capital intelectual na melhoria da performance organizacional na vertente da inovação e de aprendizagem (Kang & Snell, 2009; Subramanian & Youndt, 2005), bem como as organizações podem alavancar capital intelectual, a fim de atingir tais melhorias (Mura & Longo, 2008; Mura & Longo, 2012).

As organizações de saúde, em particular os serviços de enfermagem, contemplam ativos do conhecimento que espelham a prática de enfermagem de uma forma transversal a toda a organização. O estudo dos ativos do conhecimento do capital intelectual e a capacidade inovadora dos serviços de enfermagem, bem como a sua transversalidade organizacional consubstanciam o carácter estratégico do estudo.

A enfermagem é uma profissão regulamentada e com competências profissionais bem delineadas, que traçam o exercício da profissão de forma clara. Neste sentido, parece-nos ajustado estudar a relevância do capital intelectual nos serviços de enfermagem e qual o eventual contributo para as organizações de saúde portuguesas. O estudo dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas baseado na importância dos ativos de conhecimento inerentes ao capital intelectual, pode constituir uma nova abordagem na gestão dos serviços.

Apesar da evidência empírica ser escassa no sector da saúde, noutros setores tem sido demonstrada a crescente importância dos ativos de conhecimento, (p.e. no turismo: Bouncken, 2002; no sector automóvel: Santos-Rodrigues, et al., 2011, nas universidades públicas: Paloma Sánchez & Elena, 2006; Leitner, 2004; Leitner & Warden, 2004).

O permanente escrutínio da gestão das entidades públicas, elege o capital intelectual como uma nova abordagem e solução, colocando-o nos relatórios de Capital Intelectual (CI). Mouritsen, Thorsgaard Larsen e Bukh (2005) e Leitner (2005) consideram estes relatórios como uma ferramenta útil nos imperativos internos e externos da própria organização, com intento de alcançar as novas metas das instituições públicas.

As inclusões dos relatórios do capital intelectual em práticas de gestão das organizações são cada vez mais frequentes no setor da saúde. O Centro Suíço de Medicina Molecular é um

exemplo, juntamente com universidades (Paloma Sánchez & Elena, 2006; Leitner, 2004; Leitner & Warden, 2004).

Nas universidades e centros de investigação da Áustria, os relatórios de capital intelectual fazem parte do dossier do desempenho da organização e surgem junto dos relatórios financeiros e são de carácter obrigatório. A intenção dos relatórios de CI é identificar as forças e fraquezas estruturais e pessoais, podendo ser utilizado como um instrumento de monitorização estratégica da organização (Altenburger & Schaffhauser-Linzatti, 2006). Seria uma mais-valia que estes relatórios fizessem parte dos instrumentos de gestão de serviços de saúde portugueses, em particular dos serviços de enfermagem.

No setor da saúde, mais concretamente na área de enfermagem, foi desenvolvida a teoria de médio alcance ou teoria do capital intelectual em enfermagem (Covell, 2008), que teve como fundamento os elevados custos e a necessidade de compreender a influência dos conhecimentos, das competências e experiências dos enfermeiros no estado dos utentes e nos resultados organizacionais. Esta teoria de médio alcance de enfermagem, foi derivada da teoria do capital intelectual para torná-la relevante e aplicável a um aspeto específico da enfermagem, o desenvolvimento profissional contínuo. Este sugere que o conhecimento de enfermagem disponível nas organizações de saúde é influenciado por variáveis do ambiente de trabalho, e que influencia o utente e a unidade de saúde em que é assistido. Este estudo baseia a sua investigação em dois componentes do capital intelectual, o capital humano (rácio de enfermeiros e formação), do capital estrutural (protocolos de prevenção de quedas, de prevenção de erros e controle de infeções; guidelines e de planos de cuidados) e na forma como estão associados à qualidade dos cuidados prestados, ao rácio de profissionais e ao nível de retenção dos profissionais (Covell, 2008).

Os autores concluíram que a teoria do capital intelectual em enfermagem, considerada de médio alcance, deve ser testada em diferentes sistemas de saúde e em diferentes configurações e países para determinar a sua eficácia na orientação da investigação. Este estudo está nitidamente direcionado para a qualidade dos cuidados relacionados com o nível de formação e o rácio de enfermeiros. Facto que nos reporta apenas para dois elementos do capital intelectual, capital humano e estrutural. Esta teoria foi desenvolvida sem o recurso ao capital relacional, considerado relevante na esfera do capital intelectual e como tal, relevante para todos os estudos que daí advenham.

A teoria do capital intelectual em enfermagem é evidenciada como uma forma dos enfermeiros gestores desenvolverem o capital humano em enfermagem. A mesma comporta a identificação de conceitos mais importantes e relações necessárias para o avanço do conhecimento de enfermagem nas organizações de saúde (Deb Williams, 2015). Esta teoria dá especial destaque ao papel da formação dos enfermeiros no seu desenvolvimento profissional. McEwen e Willis

(2014) explicam que as chefias de enfermagem precisam de adquirir um profundo conhecimento de modelos e teorias de administração e gestão em enfermagem.

O CI é definido de várias maneiras na literatura sobre saúde, com base em trabalhos nos campos da contabilidade e da gestão estratégica. O CI frequentemente designado como a soma ou stock de conhecimento que as organizações usam para a criação de valor e alcance da vantagem competitiva (Bontis & Fitz-enz, 2002; Subramaniam & Youndt, 2005).

Nesta pesquisa elaborada por Evans et al. (2015), há vários artigos que recorrem aos termos ativos intangíveis e recursos intangíveis, em vez de, optarem por termos permutáveis com CI (Habersam & Piber, 2003; Zigan, Macfarlane & Desombre, 2010), especificamente aqueles que se centram na avaliação do CI (Reilly, 2009).

Dentro da literatura de enfermagem, CI é definido como o stock de conhecimentos de enfermagem disponíveis em uma organização (Covell & Sidani, 2013b). Na pesquisa efetuada por Evans et al. (2015), destaca-se que cerca de 40% dos documentos incluídos não fornecem uma definição detalhada para o capital intelectual. Optam por descrever capital intelectual como "ativos intangíveis" ou descrevem as categorias ou exemplos de CI (Zigan et al., 2010). Apesar de pequenas variações nos termos, definições e na disciplina adstrita, os investigadores aceitam a definição tripartida do capital intelectual, que consiste em capital humano, capital estrutural/organizacional e capital relacional.

Nos últimos anos, as competências dos enfermeiros têm sido objeto de estudo, para tentar entender se existe relação entre a qualificação dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, e compreender de que forma os resultados da organização podem melhorar. Apesar de um assunto oportuno, os estudos empíricos reportados não evidenciam grande relação entre as variáveis, o que, efetivamente, não permite uma tomada de decisão sólida no que respeita ao interesse em reforçar a formação dos enfermeiros. Assim, seria relevante determinar se níveis elevados de conhecimento de enfermagem traduzem em mais qualidade no atendimento, mesmo que se traduzam em gastos avultados no processo de formação e qualificação contínua dos mesmos (Covell, 2008).

Este tema "capital intelectual" é composto por vários elementos, o que se sabe, e que é mais consensual, por capital relacional, capital estrutural e capital humano. Na área da saúde não existem estudos generalizáveis sobre este tema. O estudo sobre a influência do capital intelectual na capacidade inovadora de um hospital, elaborado por Soares-Faria et al. (2012), visou a influência dos profissionais de saúde na capacidade inovadora de um hospital, suportado na tríade do capital intelectual (capital humano, capital estrutural e capital relacional) concluindo que todos os componentes influenciam de forma diferente a capacidade inovadora de um hospital.

Bleich et al. (2009) refletem sobre a importância da transmissão do conhecimento para que a organização e os seus utentes não sejam prejudicados, alegando que, é necessário, os gestores hospitalares repensarem a forma como não perder o conhecimento que desaparece quando os profissionais saem da instituição. Esta afirmação retrata bem a importância que estes investigadores atribuem aos ativos do conhecimento do capital intelectual.

Os recursos do conhecimento inerentes aos enfermeiros são retratados pelo capital humano que é sem dúvida um ponto de interesse e de valor das organizações de saúde. Estes recursos do conhecimento são muito importantes para atingir a qualidade pretendida nos serviços de enfermagem. A qualidade dos serviços de enfermagem pode ter vários fatores que a influenciam. Para Laschinger, Read, Wilk e Finegan (2014) afirmam que o fator de satisfação no trabalho é importante para a eficácia dos enfermeiros e pode ter implicações na melhoria da qualidade no atendimento aos utentes. Esta conclusão à luz do capital intelectual poderá atribuir importância aos fatores inerentes ao capital estrutural, onde se integra a satisfação no trabalho.

Os serviços de saúde podem sofrer influências de várias índoles, que se repercutem no seu desempenho e prestação de cuidados ao utente. Os ativos do conhecimento são fatores novos a considerar na gestão deste tipo de serviços e que devem despertar a atenção dos líderes de enfermagem, que se encontram numa posição privilegiada para colocarem em prática novos instrumentos de gestão e otimizando-os.

Para Poe (2011) os líderes de enfermagem são considerados essenciais nas mudanças das organizações de saúde e têm demonstrado um aumento do interesse em compreender, o impacto do conhecimento de enfermagem nos cuidados prestados aos utentes, e no funcionamento da organização. Como exemplo, refere uma formação sobre suporte básico de vida, possibilitando-o ampliar os seus conhecimentos e ganhando sentido de realização profissional. Esse conhecimento está inerente ao capital intelectual e pode levar a uma maior segurança para os utentes, traduzindo-se numa performance organizacional com menos riscos.

De acordo com Covell (2009, p.438) "os Líderes de Saúde devem investir em conhecimento e competências para o desenvolvimento dos enfermeiros através de atividades de formação profissional contínua com os objetivos de reter uma força de trabalho competente, assegurando uma prestação de cuidados de qualidade aos utentes e promovendo a recrutamento dos enfermeiros".

Laschinger et. al. (2014) exploram a formação dos enfermeiros e sua retenção, também realçado por Covell (2009) que descreve o desenvolvimento profissional como chave para a obtenção e retenção de pessoal de enfermagem competente. Para os primeiros, a formação contínua e a educação pedagógica são de extrema relevância para haver inovação e que por isso, devem ser incentivados pelos líderes de enfermagem, sustentada em enfermeiros com experiência

avançada que relatam a sua prática de investigações de enfermagem levadas a cabo em vários hospitais espalhados pelo país.

Da mesma forma, Newhouse (2005) realça como conclusões do seu estudo que o aumento dos conhecimentos influencia a prestação de cuidados nos utentes. Dá como exemplo, o aumento da certificação dos cuidados do peri operatório que, reduz as complicações ou morte do utente. Para este autor, os líderes de enfermagem devem incentivar uma atmosfera de desenvolvimento pessoal. Newhouse (2005) defende ainda, que deve haver uma forma de apoio financeiro aos enfermeiros que queiram certificar os seus conhecimentos através de especialidades, e desta forma aumentar o seu grau de conhecimentos. Para isso, é necessário que este tipo de iniciativa seja encetado pelos enfermeiros supervisores e enfermeiros diretores, para isso é necessário elucidar os membros do conselho de administração das unidades de saúde.

A cadeia de influência dos conhecimentos dos enfermeiros parece lógica, influencia de forma positiva o desempenho dos serviços e consequentemente os cuidados de saúde prestados aos utentes, logo haverá ganhos a reportar. Covell e Sidani (2013b) exortam que além da consciência em gastos elevados em saúde, aspeto meramente financeiro, deve haver também a consciência do impacto do conhecimento na qualidade dos cuidados prestados ao utente. Assim torna-se urgente efetivar a relação entre o seu conhecimento e a prática de enfermagem. O investimento em conhecimento só será uma realidade se os estudos científicos o sustentarem, pelo menos. Tal como o estudo elaborado por Covell (2009), onde se provou haver menos erros praticados nos enfermeiros com nível de formação mais elevado. Outra conclusão importante do autor sustenta que o capital humano deve ser despoletado pelos enfermeiros de liderança.

Outro fator digno realce prende-se com a satisfação profissional do enfermeiro, o que leva Covell (2009) a justificar, sustentado na evidência científica, a importância da educação e do desenvolvimento profissional continuado como fundamentais para o melhor atendimento aos utentes,

O desenvolvimento da teoria do capital intelectual em enfermagem permitiu aferir dados importantes como:

- Tal como sustenta Fawcett (1998) a teoria do capital intelectual em enfermagem é considerada uma teoria de médio alcance devido ao limitado número de conceitos que podem ser testados em diferentes contextos;
- Covell e Sidani (2013c) consideram que os enfermeiros licenciados/ especializados são o ideal de contratação para os administradores e gestores hospitalares. Ressalvam que um nível de formação elevada traz benefícios diretos na prestação de cuidados, por isso, devem valorizar-se a formação aquando da contratação. Esta constatação revela a importância do capital humano nas organizações de saúde;

- Por outro lado, não devemos descurar os custos elevados em formação contínua de enfermeiros O'Brien-Pallas et al. (2006). Contraposto por Covell e Sidani (2013c) que referem que os gastos em formação se traduzem em ganhos para a organização (ganhos económicos e ganhos nos cuidados aos utentes);
- Outra evidencia para considerar é a forma como reter o capital humano e como transmiti-lo. Há evidências que o capital humano é essencial nas organizações de saúde, em especial em Enfermagem. Assim, será adequado tratá-lo de forma adequada, por forma a garantir o equilíbrio de conhecimentos das equipas;
- Outra evidência deste estudo, também sustentada por Nerdrum e Erikson (2001) quando a organização investe em capital humano, contratando pessoas com o conhecimento, talento e experiência está também a investir no conhecimento e no desenvolvimento de competências dos restantes funcionários e na organização em geral, permitindo o aumento de produtividade.

Para Covell e Sidani (2013c) é notório que para um maior rácio de enfermeiros está associado a resultados mais satisfatórios na prestação de cuidados ao utente. Estes autores alegam que, relativamente à morbilidade, há redução das taxas de úlceras de pressão suportada por Kane et al. (2007); menor número de quedas dos utentes referidos por Duffield et al. (2011); menos erros de medicação defendido por Frith et al. (2012).

Covell e Sidani (2013c) afirmam mesmo que, o facto de os enfermeiros aumentarem o seu nível de formação mínimo para licenciatura, fez com que infeções hospitalares reduzissem, tornam claro que a formação é essencial para a melhoria de resultados. Este facto retrata a relevância do capital intelectual nos serviços de saúde.

Habersam e Piber (2003) explicam num artigo qual a relevância e a consciência de capital intelectual (CI) nos hospitais. O estudo levado a cabo pelos autores sustenta-se em dois estudos de caso qualitativos, uma na região do Vêneto, na Itália e uma na região do Tirol, na Áustria, o estudo empírico contribui para uma melhor compreensão do CI. A análise das características, noção e práticas contra duas origens culturais diferentes permitiu complementar a taxonomia generalizada de CI: capital estrutural e capital relacional e capital humano, e pela capital conectividade como um elo.

Grossmann (1995) considera os hospitais organizações de peritos com uma longa tradição em combinar experiência profissional diferente. Para se tornar um profissional de medicina, de prestação de cuidados ou de gestão hospitalar, requer profundos e longos períodos de prática e desenvolvimento de competências manuais académicas. É nesta perspetiva que se encontra a profissão de enfermagem, com uma forte componente de interação entre várias profissões que desempenham funções numa unidade de saúde.

A interdisciplinaridade das unidades de saúde vem retratada pela necessidade de integração de vários profissionais e serviços de saúde, bem como, traduzida na elevada despesa que acarreta na contratação de profissionais especializados em diferentes áreas. A integração dos diferentes grupos de peritos com profissões distintas para promover a qualidade no tratamento dos utentes (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Para além destas características organizacionais os hospitais fazem parte de serviços públicos de saúde, considerado parte importante nas despesas e com especial peso nos orçamentos governativos. Segundo a OCDE (2015) os gastos em saúde Portugal representam em média 9% do PIB, no ano de 2013, encontrando-se entre os valores médios dos países da OCDE.

A ideia que existem vários profissionais dentro das organizações de saúde, aguça ainda mais retratar e perceber a importância do capital intelectual dentro destas organizações. Para Habersam e Piber (2003) é necessário contribuir de forma efetiva para a compreensão do CI centrado em hospitais, considerado como um terreno desconhecido, torna-se oportuno retratar a relevância do CI. Por outro lado, as práticas e as noções, do CI em hospitais tiveram de ser reveladas para permitir a avaliação da taxonomia Meritum em contexto prático. Estes autores consideram as características organizacionais dos hospitais como representações métricas e não métricas numa perspetiva de avaliação o CI.

A metodologia utilizada por Habersam e Piber (2003) incide no estudo do CI em hospitais em dois países europeus diferentes, nomeadamente a Itália e da Áustria, o que enriquecem a diversidade dos dados empíricos, constituindo uma mais-valia para a compreensão do CI.

Todas as questões da metodologia utilizada por Habersam e Piber (2003) referem-se direta ou indiretamente à taxonomia Meritum, considerando os elementos do capital intelectual (capital humano, estrutural e relacional). A taxonomia Meritum é uma heurística robusta, considerando diferentes dimensões da CI.

Para Habersam e Piber (2003) os dados empíricos mostram que o CI é altamente relevante para os hospitais. Todos os entrevistados concordaram com capital intelectual como palavras-chave apropriadas, no entanto, ainda não são usualmente utilizadas nessas organizações.

A taxonomia Meritum acabou por ser uma heurística robusta para cobrir a noção e as práticas de CI em hospitais. No entanto, este quadro terá de ser aberto para um quarto tipo de CI: a conectividade. A necessidade de ligar os três tipos de CI, justifica a introdução de um quarto tipo, a capital conectividade, como consequência alarga a taxonomia Meritum.

A conectividade é moldada em formas diferentes. O capital estrutural está relacionado com o capital relacional pelo trabalho de grupo direcionado para as necessidades e interação com os utentes. Por outro lado, a conectividade do capital humano e relacional é transparecida através da reputação, a credibilidade e a confiança mútua.

O capital humano está conectado com o capital estrutural, colocando em prática uma liderança participativa, com uma intensa comunicação e troca de ideias. Estes autores defendem que a ligação se mantém, mesmo que alguém saia da organização, um pouco do capital humano desaparece. No entanto, a ligação e o conteúdo entre o capital humano e estrutural mantêm-se, e em conjunto estão ligados ao capital relacional pelas organizações de membros. Caracterizando este fenómeno como a transferência inter-organizacional, que tem como essência o quarto elemento do capital intelectual, a conectividade, que é considerada uma dimensão do CI. É vista como um eixo na articulação com os outros três tipos de CI (capital humano, capital estrutural e capital relacional).

Para diferenciar o capital humano, estrutural e relacional é necessário evocar a conectividade, que é responsável pela diversidade de dimensões que constituem o CI nos hospitais. Esta forte evidência apoia a ideia de uma "conexão" entre diferentes tipos de CI, como foi proposto no relatório Meritum por Cañibano et al. (2002) e por Roberts (2000).

A conectividade, defendida por estes autores como o quarto elemento do capital intelectual, trata-se de um reforço da ideia defendida por diversos autores (Edvinsson & Malone, 1997) que reiteravam que a tríade do capital intelectual (capital humano, capital relacional e capital estrutural) fazia sentido através da interação das diferentes dimensões e que estas apenas constituíam valor através desse sinergismo entre os diferentes elementos.

Este facto pode ser interpretado como um avanço na compressão e aproveitamento do CI nas organizações de saúde, apesar de não se evidenciarem os fatores que permitem fazer uma mensuração da conectividade e de que forma incide sobre o CI. Se reportarmos a ideia para os serviços de enfermagem, sabemos que os conhecimentos, a experiência e a formação dos enfermeiros são componentes que definem o capital humano e, que ganham forma e dinamismo quando são partilhadas e melhoradas através de redes e alianças que constituem o capital relacional, com outros enfermeiros de outras instituições e/ou serviços, que por sua vez irão refletir-se em normas e protocolos que definem e alicerçam a atuação dos profissionais, representando o capital estrutural dos serviços de enfermagem.

Por outro lado, os indicadores estabelecidos no estudo devem reforçar que as interpretações necessitam de ser enquadradas no contexto em que as avaliações são feitas Collier (2001, p: 438). Assim torna-se necessária uma dinâmica de grupo da eventual relação entre capital humano, capital relacional, capital estrutural e capital de conectividade estão na essência da compreensão de seu contexto. O que se traduzirá numa perspetiva de avaliação do capital intelectual em contexto dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

Para alcançar de forma clara a avaliação do CI, Habersam e Piber (2003) propõem uma abordagem mais ampla, tendo como base os dados empíricos das quatro esferas diferentes de transparência do CI, em que são destrinchados o capital métrico (pode ser quantificado), o capital

literário (pode ser escrito), o capital intuitivo (pode ser explicado) e capital de “caixa preta” (não pode ser explicado). Estes autores defendem que poderia ser feito um “mapa do conhecimento” do hospital, através da identificação dos organismos do hospital, dos manuais para estruturar rotinas organizacionais, ou o conhecimento vertido em livros.

Outros aspetos relacionados com o CI, referem-se à categoria do capital intuitivo que se evidencia através da interatividade. As experiências complexas podem traduzir-se em rotinas inconscientes, como uma espécie de "sexto sentido" se tratasse. Este ponto, reforça o elevado teor intuitivo do CI, que é defendido por Johanson (2000). Estes autores afirmam que as interpretações e processos inconscientes são o segmento mais intangível do CI. As conclusões do estudo realizado por Habersam e Piber (2003) relatam que os entrevistados julgaram a avaliação e gestão de CI, como altamente relevante para a sua organização.

Embora o CI não fosse utilizado como um termo técnico, os estudos de caso revelaram uma grande variedade de noções e práticas de CI e a forma como se evidencia, que traduz a sua transparência.

Todo o tipo de exploração do CI em hospitais possibilita uma revisão dos conceitos já conhecidos. Para Habersam e Piber (2003) a taxonomia Meritum do CI, capital humano, capital estrutural e relacional é prorrogada pelo capital de conectividade. Quando as unidades de saúde criarem um quadro conceptual da organização que evidencie a componente social e a componente física da organização, por forma a permitir a interação com os utentes, com os profissionais, através de uma variada e complexa rede de competências, o capital de conectividade alcançará o papel de catalisador da esfera organizacional.

As práticas de medição do CI tendem para reduzir a complexidade da medição, de forma a obter a tão esperada transparência do CI, no entanto, as práticas de medição que têm como base apenas as métricas, podem decepar fontes qualitativas, considerada valiosas para a tomada de decisão.

Segundo Habersam e Piber (2003) a pesquisa empírica mostra como a medida métrica perde espaço na esfera intuitiva. No entanto, há necessidade de utilizar um modelo que utilize a parte intuitiva e métrica para ganhar a transparência de IC em hospitais.

Tal como Collier (2001) prevê a utilização das capacidades coletivas da organização e individuais dos trabalhadores. Por outro lado, Roslender e Fincham (2001) e Allee (2000) defendem a utilização de imperativos métricos e não métricos, isto é, financeiros e não financeiros. O facto de contemplarem a vertente de avaliação do CI de forma não métrica, sustentam o defendido (Mouritsen, Bukh & Larsen, 2001a).

Para Habersam e Piber (2003) a oportunidade do CI reside na introdução de elementos ambíguos e vagos para medição e controlo das rotinas. A mais-valia do debate do CI é a

compreensão das esferas não métricas, que também pode aumentar a relevância de outros relatórios de gestão (métricas de contabilidade financeira).

No estudo levado a cabo em dois países, tornou-se evidente que as organizações desenvolveram formas próprias para interligar os elementos do capital intelectual. No caso do hospital austríaco incide mais sobre as métricas, no caso do hospital Italiano incide no meio mais intuitivo. Habersam e Piber (2003) ressaltam que é necessário fazer uma abordagem cultural por forma a explicar essas diferenças.

Ao longo das últimas décadas, surgiu o interesse sobre a forma de melhorar o desempenho das organizações de saúde e desta forma poupar.

Mura et al. (2012) destacam o teor das organizações de saúde como de conhecimento intensivo e de uso de ativos de conhecimento, e elegem o exemplo de hospitais de Taiwan (Peng et al., 2007), onde foi encontrada uma relação positiva entre gestão de capital intelectual e desempenhos acima da média, levando a concluir que a gestão do capital intelectual é rentável.

Existem resultados dos ativos do CI, quer financeiros quer resultados relacionados com a inovação do desempenho organizacional (Bontis & Fitz-Enz, 2002; Youndt et al., 2004; Subramanian & Youndt, 2005; Hermans & Kauranen, 2005; Wang & Chang, 2005; Hsu et al., 2007; Cabrita & Bontis, 2008; Mention & Bontis, 2013).

Entre os trabalhos empíricos incluídos na revisão de Evans et al. (2015), destacam que 59% apresentam como método primário utilizado para estudar CI em organizações de saúde, os questionários transversais. Os questionários utilizados fazem a recolha de dados sobre perceções de gestão, e perceções clínicas do capital intelectual, na maioria das vezes em ambientes hospitalares, embora também tenham sido realizados estudos em organizações de cuidados prolongados, de cuidados paliativos.

Estes autores referem que os questionários que medem CI são tipicamente divididos em escalas centradas no capital humano, estrutural e relacional. De uma forma geral, o conceito de capital intelectual evidenciou-se junto dos participantes como um elemento importante de desempenho (apesar de geralmente não estavam familiarizados com o termo técnico).

No estudo de Evans et al. (2015), o capital humano era frequentemente visto como a forma mais importante de CI nas organizações de saúde, seguido pelo capital relacional (Peng et al., 2007; Zigan et al. 2007; Zigan et al., 2009). No entanto, um estudo sobre a perceção de enfermeiros supervisores acerca do CI, o capital estrutural e o capital relacional obtiveram maior relevância do que o capital humano (Chang, Wu & Sheu, 2014).

Peng et al., (2007) aplicaram questionários a 30 gestores de hospital, em Taiwan para avaliar a importância dos ativos do capital intelectual, identificados através de uma revisão de literatura e

consulta de especialistas. A categoria de capital humano (constituída por sete ativos) tinha a média de importância global mais elevada. Embora a categoria de capital relacional (constituída por 20 ativos) tivesse a menor média de significância global, quatro desses ativos possuíam meios individuais mais elevados do que qualquer outro ativo na lista de 59. A categoria de capital estrutural/ organizacional consistiu em 32 ativos organizados em quatro grupos: serviços e qualidade, marketing, gestão estratégica e tecnologias de informação.

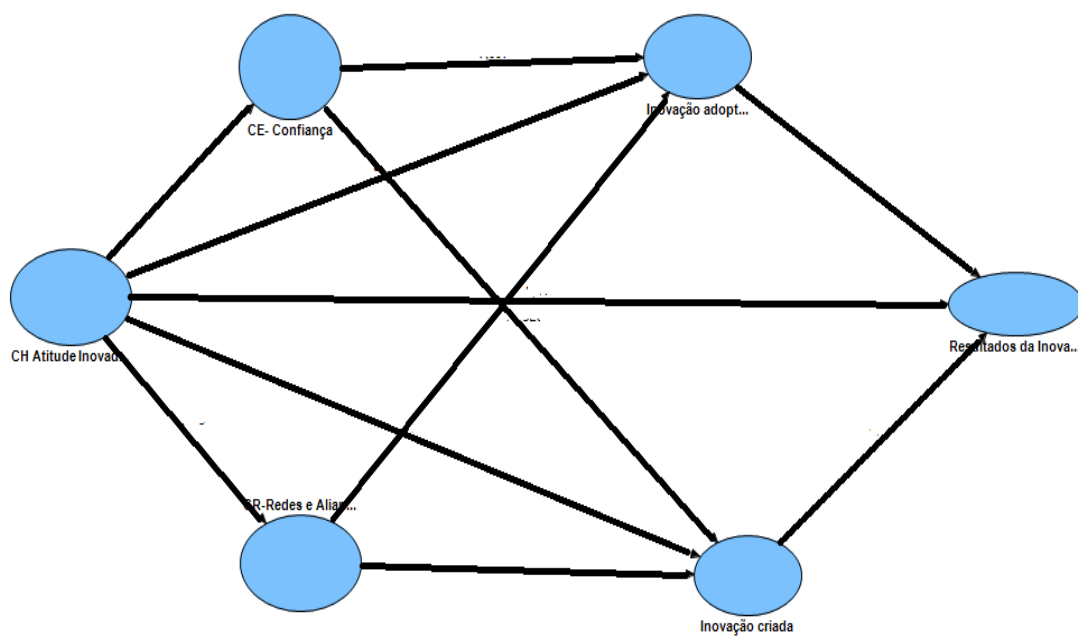
Evans et al. (2015) referem que há consenso na literatura, que a maioria das organizações de saúde não tem uma abordagem abrangente e sistemática para medir CI. Habersam e Piber (2003) propõem quatro níveis de avaliação para o CI: métrico (pode ser quantificado), literal (pode ser escrito), intuitivo (pode ser explicado) e caixa preta (não pode ser explicado).

A literatura acerca do CI nos cuidados de saúde é centrada principalmente na identificação de métricas para IC (métrica), e de certa forma, na codificação IC em documentos organizacionais (literários). Essa ênfase é compreensível devido aos desafios de identificar, medir e gerenciar formas menos transparentes ou mais tácitas de CI.

As fontes mais citadas para a medição/avaliação do CI incluem inquéritos de satisfação dos utentes, inquéritos de satisfação dos profissionais de saúde, dados administrativos, dados de recursos humanos, dados de desempenho e resultados de doentes. Este facto, indicia que o capital humano e o capital relacional, são mais frequentemente, medidos do que o capital cultural/organizacional.

Considerando o verificado na literatura relativo ao capital intelectual, é oportuno realizar uma abordagem de estudo que contemple as três dimensões (capital humano, capital relacional, capital estrutural), uma vez que constitui uma abordagem mais abrangente dos ativos do conhecimento que estão presentes nestes diferentes componentes, alicerçados aos serviços de enfermagem. Relativamente à perspetiva inovadora que se pretende estudar, centra-se na inovação das organizações de saúde portuguesas, sob a forma de inovação adotada (inovação de produto, inovação de processo e inovação de gestão) e inovação criada (inovação de produto, inovação de processo e inovação de gestão).

Figura 1: Modelo conceitual



CAPÍTULO II
PERCURSO METODOLÓGICO

II.1 Introdução

A revisão da literatura permitiu contruir uma fundamentação científica que sustenta o modelo concetual. Neste capítulo a pretensão central é indicar o problema de investigação e as hipóteses de investigação.

II.2 Problema e Objetivos de Investigação

Alguns estudos descrevem as diferentes fases na pesquisa do “capital intelectual” nas organizações (Rodríguez, 2005; Fernández, 2007; Pew Tan et al., 2008). Nestes estudos é sublinhado o carater estratégico do capital intelectual, que advém de cada individuo da organização, mas que se traduz num efeito final coletivo. Todos os estudos concluem da necessidade de definir conceitos dentro dos componentes do capital intelectual, por forma a rentabilizar o paradigma organizacional.

Para Evans et al. (2015), o conceito de CI é desafiante para os pesquisadores e decisores desmontarem e perceberem as capacidades das organizações de saúde para identificar e melhorar os recursos intangíveis subjacentes. A dificuldade neste tipo de pesquisa sustenta-se no facto de que existem contextos distintos de estudo. Os resultados desta revisão demonstram que, embora a literatura sobre CI em saúde esteja a aumentar, esta não é suficientemente detalhada. Isto deve-se em parte a limitações conceituais, teóricas e metodológicas que se identificam na pesquisa do CI com aplicação prática na área da saúde. Os mesmos autores reiteram que essas limitações servem como indicadores de pesquisas futuras:

1. O CI deve ser mais amplo e rigorosamente definido. Defendem diretrizes rígidas para a identificação do CI que sustentam a operacionalização do conceito para testes empíricos rigorosos e uso interno. Consideram que o ativo intangível deve ser descrito claramente o suficiente para ser transferível.
2. Devem associar-se múltiplas perspetivas teóricas para desenvolver proposições mais diversas e abrangentes, que permitam que sejam testadas empiricamente. A aplicação e integração de estruturas teóricas alternativas também permite comparar a eficácia relativa de teorias na explicação da contribuição do CI para o desempenho organizacional.
3. Recomendam-se ir além da aplicação de questionários transversais, e de estudos de caso de alto nível focados na identificação de tipos de CI e sua importância relevância. Os dados administrativos, de recursos humanos e de desempenho podem ser usados para complementar os dados do questionário. Também devem ser efetuadas pesquisas longitudinais para entender a natureza dinâmica do CI e sua relação com o desempenho ao longo do tempo.

4. Recomendam o aprofundar de o significado "gerir o capital intelectual". Para isso, sugerem para cada ativo de CI identificado, explorar: qual é o conteúdo do ativo? Onde o ativo está incorporado na organização? Como é usado atualmente?
5. Deve ser feita sustentação e fundamentação em literatura relacionada ao CI, tais como competências essenciais, capacidades dinâmicas, gestão dos conhecimentos e aprendizagem organizacional.
6. Extrair de teorias alternativas, integrar conceitos e corpos de literatura relacionados ao CI e realizar estudos mais profundos no conteúdo de CI que ultrapassem uma simples classificação de recursos.

Apesar dos importantes contributos do estudo de Evans et al. (2015), este apresenta algumas limitações: foram excluídos os livros e a literatura cinzenta sobre CI nos cuidados de saúde, tais como relatórios organizacionais, que podem oferecer uma visão mais aprofundada da concetualização e medição da capital intelectual no sector da saúde.

Por outro lado, a revisão centrou-se na literatura situada no domínio da saúde e excluído o rico corpo de trabalho sobre CI em outras indústrias. Uma comparação mais direta e completa de artigos sobre CI dentro e fora da área da saúde pode melhorar nossa compreensão de como o CI é operacionalizado e fornecer uma visão mais completa de sua base de evidência (ou falta dela). Esta limitação do estudo de Evans et al. (2015) foi considerada no nosso estudo, uma vez que, devido à pouca literatura existente sobre o capital intelectual na área da saúde, sobretudo em enfermagem, consideramos oportuno e enriquecedor reportar estudos de outras áreas. A gestão de empresas foi a área de realce que suportou com mais vigor este domínio da nossa investigação, não parecendo displicente e desajustado, uma vez que os serviços de enfermagem estão integrados em unidades de saúde com gestão empresarial. Por isso, é nosso entendimento que o contraste de teorias do capital intelectual, oriundas de várias áreas, alicerçam o estudo com aplicação aos serviços de enfermagem, devidamente adaptados e contextualizados.

O permanente escrutínio da gestão das entidades públicas elege o capital intelectual como uma nova abordagem e solução, colocando-o nos relatórios de Capital Intelectual (CI). Mouritsen et al. (2005) e Leitner (2005) consideram estes relatórios como uma ferramenta útil nos imperativos internos e externos da própria organização, com intento de alcançar as novas metas das instituições públicas.

Segundo Cabrita (2009) o que confere valor ao capital intelectual é o facto de existir uma possível relação entre o capital intelectual e o desempenho nas organizações, facto evidenciado noutros estudos, como Yang e Lin (2009) num estudo realizado nos hospitais de Taiwan, onde se constatou se o capital humano dos profissionais de saúde tem influência na performance organizacional de um hospital. Ultimamente, os hospitais de Taiwan têm sofrido alterações significativas, com hospitais públicos privatizados e outros patrocinados pelo estado, mas com gestão privada, muito similar ao sucedido no setor da saúde português. Esta transformação

obrigou as organizações a competirem entre si, e desta forma obrigou-as a inovar. Para Yang e Lin (2009) as organizações de saúde são ricas em serviços com recursos intangíveis, que estão inerentes às diferentes classes profissionais, juntamente com a estrutura organizacional e sistemas de serviços são a chave para o sucesso ou insucesso da mesma.

O capital intelectual representa a gestão estratégica dos ativos intangíveis/de conhecimento com influência a capacidade inovadora. Há sustentação sólida no setor automóvel, no entanto, no setor da saúde ainda não existem dados que nos permita afirmar essa influência. Neste alinhamento, não é displicente, referir que dado o carácter intrínseco do capital intelectual e do comportamento inovador das organizações, os estudos têm mostrado os distintos elementos do capital intelectual, com diferente relevância, segundo o setor de atividade estudado.

No nosso estudo a evidência empírica será demonstrada através do uso do questionário, tal como já aconteceu noutros estudos que centra a sua pesquisa no capital intelectual, como nos estudos de Covell e Sidani (2013c), Soares-Faria et.al (2012), Santos-Rodrigues et al. (2008), Cabrita e Vaz (2006), Curado (2006), Subramaniam e Youndt (2005), Aino Kianto et al. (2014), Petty e Guthrie (2000). Outros estudos sobre o capital intelectual foram feitos também com o apoio de entrevistas (Curado, 2006; Cabrita & Vaz, 2006).

Relativamente à inovação em serviços de enfermagem, desconhecem-se até à data estudos que sustentem formas de obter a evidência empírica. No entanto, sabe-se que na área da saúde há estudos centrados na inovação, o exemplo de Morais e Graça (2013) que descreveram como a estratégia influência a liderança e como esta, interage nos processos de inovação e mudança em organizações de saúde. Onde foram usados como métodos de recolha de dados, entrevista estruturada, questionário, observação direta.

Num estudo realizado no Brasil por Júnior e Guimarães (2012) que evidencia o estado da arte para inovação em serviços, já relatado anteriormente. Outro estudo feito por Wan, Ong e Lee (2005) visou a verificação da relação entre os determinantes da inovação e a inovação.

Esta proposta centra-se na análise da relação do capital intelectual (capital humano, estrutural e relacional) com capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas, sob a perspetiva dos enfermeiros. Serão explorados os conceitos de capital intelectual, capacidade inovadora hospitalar, serviços de enfermagem, servindo de suporte concetual deste estudo. Provavelmente, uma abordagem inovadora em Portugal, uma vez que não encontramos investigações que se centrem especificamente na relação do capital intelectual dos serviços de enfermagem e a capacidade inovadora das organizações de saúde. Neste contexto, partimos para esta pesquisa, com a seguinte questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros acerca da relação do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem nas organizações de saúde portuguesas?”

O estudo aplicado a todos os enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros e com endereço eletrónico, que aceitem preencher o questionário. Naturalmente, como em todos os estudos deste tipo, serão consideradas as percepções dos profissionais de enfermagem. A nossa investigação, pelo seu carácter exploratório, averiguará de forma geral a relação do capital intelectual com a inovação, nos serviços de enfermagem. Assim pretende-se contribuir para o desenvolvimento científico na área da gestão em enfermagem, de forma a colmatar uma eventual lacuna na gestão dos ativos do conhecimento como instrumento importante na gestão em enfermagem. É neste contexto que delineámos esta pesquisa, partindo da questão central da investigação:

Definimos como objetivos:

1. Analisar a percepção dos enfermeiros acerca do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem; e validar o modelo concetual sobre a relação do capital intelectual dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora das organizações de saúde.
2. Verificar se as hipóteses elencadas comprovam a relação que os diferentes elementos do capital intelectual têm na inovação das organizações de saúde portuguesas, nomeadamente:
 - O capital humano dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas;
 - O capital estrutural dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas;
 - O capital relacional dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

Posteriormente à recolha de informação sobre a percepção dos enfermeiros, pretendemos:

- relacionar os diferentes componentes do capital intelectual dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas;
 - analisar as relações dos diferentes componentes do capital intelectual com a capacidade inovadora.
3. Aplicar o modelo nos serviços de enfermagem portugueses, como adjuvante dos instrumentos de gestão tradicionais.

II.3 As Hipóteses de Investigação

No seguimento dos objetivos definidos, do enquadramento teórico e dos estudos realizados nesta área, o estabelecimento de hipóteses impõe-se, visto que, se pretende evidenciar alguma relação entre variáveis e, ainda, responder à questão de investigação. Propõe-se a validação das seguintes hipóteses:

H1: Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.1.1 Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada das organizações de saúde portuguesas;

H.1.2 Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.1.3 Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

H2: Na perceção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.2.1 Na perceção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada das organizações de saúde portuguesas;

H.2.2 Na perceção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.2.3 Na perceção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

H3: Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.3.1 Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada das organizações de saúde portuguesas;

H.3.2 Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.3.3 Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

H4: Na percepção dos enfermeiros, a inovação criada e adotada nos serviços de enfermagem está relacionada com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

Incluimos adicionalmente hipóteses que representam as dinâmicas existentes no seio dos diferentes Capitais representantes do Capital Intelectual

H5: O capital humano está relacionado com o capital estrutural dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

H6: O capital humano está relacionado com o capital relacional dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

II.3.1 O Capital Humano e a Capacidade Inovadora

Mura et al. (2012) realçam que os conhecimentos novos começam sempre com o indivíduo, reiterado por Nahapiet e Ghoshal (1998), que reforçam a necessidade de entender como o capital intelectual afeta os indivíduos e suas organizações, e como estas podem ativar a "espiral do conhecimento" que leva à inovação. O trabalho realizado por Mura et al. (2012) tem como objetivo melhorar a compreensão da ligação entre o capital intelectual e os comportamentos inovadores.

As características inerentes ao capital humano dos serviços de enfermagem têm incidência em vários fatores, que assentam sobretudo no caráter único de cada indivíduo. Considerando o caráter estratégico dos serviços de enfermagem e a vertente da inovação das organizações de saúde, este estudo, apoia-se em pressupostos como a formação, a atitude inovadora, a criatividade e os incentivos para inovar, que constituem as premissas de estudo do capital humano dos serviços de enfermagem, que descrevemos de seguida.

A Formação

A formação é um dos elementos que consubstanciam o capital humano com potencial de inovação numa organização de saúde. Neste desígnio existem vários autores que a subscrevem, que de seguida passamos a descrever.

A formação é um fator do capital humano que devem ser considerados ao selecionar os melhores, considerado uma eventual influência a capacidade de retenção de conhecimento Cohen e Levinthal (1990). Enquanto Denisi et al. (2003) defendem que para além da formação, e da seleção dos funcionários, dever-se-á aumentar o leque de conhecimento, através da contratação de novos indivíduos.

Em enfermagem, Covell (2008) desenvolveu a teoria de médio alcance ou teoria do capital intelectual em enfermagem, que resultou em parte no estudo do capital humano com a utilização da formação, tentando explicar de que forma está associada à qualidade dos cuidados prestados. Inequivocamente, este estudo direcionou a sua ação para a qualidade dos cuidados relacionados com o nível de formação. Mais tarde, o autor reforçou as suas linhas de investigação onde Covell e Sidani (2013c) expuseram a teoria do capital intelectual em enfermagem, alegando que a sua sustentação conseguida através da educação contínua e desenvolvimento profissional em enfermagem. Como provam da importância da formação para estes autores, consideram que os gestores hospitalares devem contratar enfermeiros licenciados/especializados, considerados como o ideal para o desempenho. Neste estudo foi apurada a influência da formação dos enfermeiros na prestação de cuidados aos utentes, explicada parcialmente através das infeções hospitalares. Ainda que traduzido parcialmente, a sua influência é um indicador importante que solidifica a repercussão destes ativos do conhecimento na prática de enfermagem.

Para Deb Williams (2015) a teoria do capital intelectual em enfermagem é uma forma dos enfermeiros gestores desenvolverem o capital humano em enfermagem, com especial destaque no papel da formação dos enfermeiros no seu desenvolvimento profissional. Para isso acontecer é necessário que as chefias de enfermagem, também tenham formação acerca dos modelos e teorias de administração e gestão em enfermagem (McEwen & Willis, 2014).

A formação dos enfermeiros acontece de variadas formas, quer por cursos de curta duração de atualização de conhecimentos, instituídos pelas organizações de saúde, quer por iniciativa e investimento do próprio enfermeiro, formações avançadas e especializações previstas e incentivadas pelas Escolas de Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros.

O incentivo à formação não está associado apenas a organizações de conhecimento e investigação e as organizações profissionais, está também associado aos próprios líderes e gestores de enfermagem, que ocupam um lugar importante no seu incentivo. Poe (2011) refere a importância dos líderes de enfermagem nas mudanças das organizações, compreendendo de que forma o conhecimento de enfermagem interfere com o funcionamento da organização.

A formação também foi entendida e estudada por Laschinger et al. (2014) que evidenciam a formação dos enfermeiros como a base para a obtenção e retenção de pessoal de enfermagem competente. Estes autores reiteram que a formação contínua e a educação pedagógica são condições ímpares para dar lugar à inovação. Para que tal aconteça devem ser incentivados pelos líderes de enfermagem.

Outro estudo realizado recentemente, por Freitas, M. (2015), no âmbito das dotações seguras em enfermagem, constatam como importante conclusão do estudo, que a formação contínua assume um papel relevante para a diferenciação de competências dos enfermeiros, bem como, constitui um critério a considerar para a formação de equipas equilibradas.

De forma similar ao descrito anteriormente, Newhouse (2005) destaca que o aumento dos conhecimentos influencia a prestação de cuidados nos utentes, afirmando que este deve ser apoiado de forma financeira, estando fortemente dependente dos enfermeiros supervisores e enfermeiros diretores.

Para Nerdrum e Erikson (2001) e Habersam e Piber (2003) quando a organização investe em capital humano, especialmente capacitado com formação está também a investir no conhecimento e no aumento de produtividade.

Já no estudo de Mura et al. (2012) as conclusões indicam que a partilha de conhecimentos é essencial na relação entre o capital intelectual e o comportamento no trabalho.

Para Santos-Rodrigues et al. (2011) as organizações têm como grande relevância os conhecimentos e competências dos seus funcionários, o que representa um indicador do que é necessário para os clientes. Quando falamos em formação, falamos em informação e esta só se torna útil quando partilhada. Quem está a formar, envia a informação necessária para quem está a receber ajustar o novo conhecimento. Assim, para este mecanismo ser possível a partilha de informação tem de ser efetiva, e em ambos os sentidos.

Para Hii e Neely (2000) é nas atividades de partilha de conhecimento que organização detém o seu conhecimento. Estes autores defendem que o instrumento que a organização tem para melhor é a formação. A formação leva os funcionários a elevados níveis de conhecimento, quando a organização detém meios de disseminar esses conteúdos o conhecimento torna-se de fácil acesso e de maior probabilidade de culminar em atividades úteis.

Para Sveiby (1997) as empresas com elevado conhecimento, possuem funcionários qualificados. Este autor alega também que a capacitação tecnológica, com acessibilidades a conteúdos de informação melhoram e incentivam a aprendizagem das pessoas, e tornam-se autónomas no processo de aquisição de conhecimento, isto é, formam-se por iniciativa própria. A acessibilidade da informação à distância é relatada e reiterada por Almeida (2007) como uma vantagem competitiva para qualquer mercado de trabalho.

Os funcionários que forem alvo de formação e desta forma elevar o nível de formação da organização, são considerados como potenciais focos de inovação (Paloma Sánchez & Elena, 2006). Já para Youndt, Snell, Dean e Lepak (1996) defendem que selecionar e formar o funcionário é um caminho alternativo, mas complementar ao crescimento do capital humano na organização.

Para Edvinsson e Malone (1997), a satisfação do funcionário como criador de conhecimento também deve ser relevada para a inovação da organização, para além da formação. A formação é um dos elementos que consubstanciam o capital humano com potencial de inovação numa organização de saúde. Neste designio existem vários autores que a subscrevem.

No estudo de Feldman, Ruthes e Cunha (2008) consideram a educação como o primeiro passo para o pensamento criativo, que leva à melhoria do nível de inovação nas organizações. Consideram uma ferramenta estratégica no processo de gestão e uma forma distinta para o enfermeiro gerir dentro da equipe de enfermagem, isto é, o facto de terem possibilidade de criarem ou inovarem poderão surpreender com o seu potencial.

A Atitude inovadora

Quando se pensa em atitude inovadora, implica que haja vontade e motivação, para que a atitude se coadune com a inovação, no entanto, para que tal aconteça é necessário que exista alguma liberdade de ação dos funcionários da organização (Charles Despres & Jean-Marie Hiltrop, 1995). Desta forma, pensamos que as organizações mais flexíveis mais permissoras de novas atitudes, não catalogas e formalizadas em protocolos possibilitam a nova atitude, que só poderá ser considerada inovadora se for considerada útil e efetivamente mobilizar ganhos para a organização.

O relatado anteriormente foca essencialmente a estrutura organizacional, se flexível ou não, prende-se sobretudo a fatores estruturais e hierárquicos, contudo, para haver uma tentativa de inovar, para que o ímpeto de inovar aconteça é necessário que as atitudes dos funcionários mesmo que, não sejam muito ajustadas à missão da organização, estas não sofram retaliações muitas vezes castradoras de novas ideias. Devem ser avaliadas pelas chefias e devidamente contextualizadas, para que futuramente existam outras atitudes efetivamente inovadoras por para dos profissionais.

Para além destes fatores, a atitude inovadora requer um tratamento justo e equitativo na organização, implicando um ambiente de trabalho ajustado e considerado seguro, com compensações financeiras contextualizadas à prestação de cada individuo de forma a incentivar a participação no processo de produção de conhecimento (Santos-Rodrigues et al., 2011).

As organizações mais complexas contemplam grupos de práticas que têm como finalidade aumentar a coesão no trabalho, dando maior confiança para novas ideias e novos trabalhos. Na profissão de enfermagem essa prática é uma realidade recorrente, formando-se grupos de trabalho setorizados por áreas de especialização (departamento de medicina interna, cirurgia, doente crítico, entre outros), conferindo um importante grau de motivação, para que os conhecimentos sem partilhados e aperfeiçoados. Estes fatores são de relevância para que o profissional se sinta envolvido, se sinta integrado e legitimado para emitir ideias que poderão ser uma mais-valia. Para Mouritsen et al. (2002) são fatores que consolidam o capital humano e o sucesso da organização.

Na literatura existem evidências de uma forte relação entre a satisfação a motivação e o desempenho (Bontis & Fitz-enz,2002). Neste aspeto, o incentivo para uma atitude inovadora por

advir de uma componente individual e através de uma componente coletiva e organizacional. Se refletirmos, em termos individuais, qualquer profissional motivado contribui para a sua organização de forma mais efetiva e recorrente, tende a ser mais criativo e mais motivado (Ravichandran, 2000).

De uma forma mais coletiva a atitude inovadora deve ter origem na própria organização, e não esperar pela iniciativa dos funcionários, neste ponto de vista a organização tem um papel importante em instigar a atitude inovadora nos seus funcionários (Mouritsen, Larsen & Bukh, 2001b; Curado, 2006; Osterloh & Frey, 2000).

Quando nos debruçarmos em incentivos emitidos pela própria organização, questionamos se a rotina não é prejudicial para a promoção de atitudes inovadoras (Cabrita, 2009; Osterloh & Frey, 2000). Na profissão de enfermagem as rotinas de atuação são uma realidade, logo os dirigentes que são responsáveis pelas políticas das organizações, sempre que possível devem promover a troca de ideias, de informação, de conhecimento para que as atitudes com potencial de inovação possam surgir.

Segundo Ruas (2001) a atitude inovadora do gestor promove o desenvolvimento de atividades desafiante para a criatividade, levando a uma orientação do grupo de profissionais de forma produtiva. Para este autor, a natureza do trabalho do enfermeiro não é diferente. Considera que o enfermeiro deve ter ideias de forma a simplificar métodos e procedimentos, melhorar sistemas, agilizar fluxos, reduzir burocracia, custos, tornar o controlo de qualidade mais eficiente. Considera que ao organizar mais racionalmente consegue centrar-se na criatividade e desta forma, contribuir para associar valor à sua profissão.

A Criatividade

Através da criatividade as novas ideias surgem e também podem dar lugar a alterações de outras. Ao longo do tempo a criatividade dos seres humano é algo que tem sido aproveitada em diversas áreas da sociedade. O ser humano é criativo por natureza, ainda que, um mais do que outros, esta característica serve-lhe como instrumento de resolução de problemas.

A criatividade é considerada como a primeira fase do processo de inovação, que termina com a retenção do valor (Santos-Rodrigues et al., 2011, p.80). Para Morcillo, Mari e Alcahud (2005) a criatividade é uma forma de conjugar conhecimentos de forma a dar corpo às ideias iniciais. A tecnologia aliada a esta característica do ser humano perfaz o valor da criatividade (Mouritsen et al., 2001a). O papel da tecnologia no impulsionamento da criatividade é um facto, digamos que a tecnologia funciona como um instrumento que o profissional usa para amplificar os imperativos criativos.

Tal como defendido na atitude para inovar, a criatividade também pode ser incentivada pela própria organização. Relativamente aos indivíduos que a exercem, a criatividade deverá

produzida por toda a hierarquia da organização, será a forma encontrada para que as ideias deem lugar a modelos (Shelton, Davila & Brown, 2005). Neste alinhamento de ideias, a criatividade relaciona-se com a atitude para inovar, da mesma forma que a experiência do profissional sejam relevadas para a inovação acontecer. No entanto a inovação não acontece pelo facto de existir criatividade, deve ser complementada para levar ao êxito (Shelton et al., 2005).

Relativamente ao ambiente que promove a criatividade, foram encontradas duas prespetivas na literatura, para Gardiner, Leat e Sadler-Smith (2001) a rotatividade dos profissionais, acrescenta e propicia a criatividade. Há autores que considerarem a rotatividade dos funcionários é uma boa opção para os funcionários utilizarem o conhecimento (Santos-Rodrigues et al., 2011). Por outro lado, Cunha (2005) defende que a colaboração entre os profissionais que já se conhecem, e são do mesmo serviço favorece a criatividade. Nos serviços de enfermagem a rotatividade de enfermeiros escalados por turnos, e a colaboração entre colegas de outros serviços, são uma realidade, em maior ou menor escala, acontecem.

Outro fator importante para contribuir para a criatividade é a diversidade de qualificações existentes na organização, consideradas essenciais para a inovação (Santos-Rodrigues et al., 2011), contrariado no estudo de Zajac, Golgen e Shortell (1991), concluindo que a diversidade das qualificações dos profissionais não é determinante para obter inovação.

As qualificações académicas e profissionais são um dos fatores que torna as características das profissionais heterogéneas, o que torna as fontes de diversidade variadas. A cultura dos profissionais é outro dos fatores que contribuem para isso possibilitando novas ideias (Cunha, 2005).

A tolerância é um fator essencial para promover a criatividade, tal como acontece com a atitude para inovar. As organizações que têm como hábito não penalizar erros resultantes da iniciativa dos profissionais, incentivam e fortalecem o ímpeto dos profissionais na pesquisa de novas soluções, que podem levar à inovação (I.A.D.E,2003).

Denisi et al. (2003) realçam que os profissionais devem sentir-se seguros e sem receio de arriscar e errar, também reforçado por Edmondson (1999), que comprova no seu estudo que a tolerância e segurança são importantes para aumentar a criatividade. Para a I.A.D.E (2003) a empresa que não penaliza erros, incentiva os funcionários a encontrarem novas soluções e consequentemente, alegadamente, a contribuir com mais soluções criativas que podem levar à inovação.

Feldman et al. (2008) consideram que a criatividade é um dos recursos mais produtivos para o homem, segundo a história, o ser humano sempre recorreu à criatividade para ultrapassar todo o tipo de obstáculos. Consideram a criatividade como uma competência do enfermeiro, que

quando utilizada, será a solução de problemas já existentes. Em contexto profissional destacaram-se profissionais que usam a criatividade de forma constante, pensam, propõem alternativas e implementam de forma diferente.

Existe informação na literatura que há autores, considerados especialistas, que consideram a criatividade é uma das competências mais frequentes de se encontrar no comportamento das pessoas nas organizações. Estes autores alegam que uma forma prática de evidenciar o comportamento criativo é executar melhores intervenções que já eram feitas (Daólio, 2004; Quinn, 2003). O facto de o profissional procurar formas de atuar, pesquisar produtos e processos efetivamente novos, que podem traduzir-se em novas oportunidades de mercado não significa que exista inovação efetiva.

No estudo de Feldman et al. (2008), a criatividade e a inovação consideram-se como competências complementares, imprescindíveis na gestão dos serviços de enfermagem.

A evolução e desenvolvimento da criatividade e inovação como conceitos define-os através de caracterizações. A criatividade esta definida no dicionário de língua portuguesa (Priberam,2017), como a capacidade de criar, de inventar, qualidade de quem tem ideias originais, de quem é criativo, capacidade que o falante de uma língua tem de criar enunciados sem que os tenha ouvido ou dito anteriormente. Estas definições denotam aquilo que poderá ser o primeiro passo para voltar a criar ou inovar. Para Quinn (2003) as competências criativas são as que possibilitam aos indivíduos associar conceitos e conhecer novas formas de pensar.

A atitude criativa surge de uma necessidade de ser criativo para resolver problemas. As inovações em diversas áreas foram feitas por pessoas que idealizaram formas diferentes de realizar ou planear intervenções. A criatividade não é apenas inventar coisas, desrespeitando normas, em que cada um faz o que der vontade. Criar, implica planear para improvisar e dessa forma de encontrar as soluções para as situações problemáticas (Feldman et al., 2008).

Em contexto organizacional a criatividade necessita de ser enquadrada nos objetivos da organização, que contempla conceitos, métodos, competências, interagindo com sua história, visão, missão, valores, princípios e estratégias. A criatividade aproveita os pensamentos racionais para construir novos caminhos para os problemas e suas soluções. É um potenciador da inteligência e de novas formas de pensar. Ser criativo implica estar mais descontraído e mais motivado, recuperando a autoestima. É surpreender-se consigo próprio, é humanizar os seus atos, sabendo acolher. A humanização é essencial nos processos da prática de enfermagem e necessita de forma dinâmica e progressiva da criatividade e da inovação (Feldman et al., 2008).

Desta forma, entende-se que a criatividade e a inovação são ferramentas do processo de gestão através das competências. Feldman et al. (2008) afirmam que vários são os fatores com influência no conhecimento, tanto da sua mobilização e como no seu uso criativo nas

organizações. Consideram também que o ambiente de trabalho é um dos fatores a considerar para que a organização se promova como criativa, dando espaço para o surgimento de novas ideias devidamente ajustadas às necessidades do indivíduo e as metas da organização.

Feldman et al. (2008) afirmam que existem algumas condições facilitadoras e promotoras do processo de ser criativo. Para estes autores a criatividade pode ser trabalhada segundo um padrão do que é uma pessoa criativa. No entanto, também consideram que é má organização que surge o incentivo às ideias, nomeadamente, através de políticas de flexibilidade de opiniões.

Estes autores consideram essencial que os enfermeiros sejam capazes de: (i) identificar os pontos de risco e conflito; (ii) enfrentar as situações mais como desafios e sentirem-se motivados; (iii) não terem receio de se expor e de ser julgados pelos outros; (iv) estimular a criatividade dos colegas, promovendo oportunidades de desenvolvimento; (v) alterar padrões de comportamento que não funcionam, com assertividade; e (vi) se sentirem motivados para falar.

Para Mussak (2003), a criatividade revitaliza as organizações, promovendo a ousadia das pessoas no alcance de novos produtos e serviços e reconhecidos pelos utentes dos serviços. Para isso, o enfermeiro deve estipular formas de realizar melhor as suas intervenções, tornando-as mais céleres e eficientes. Sem que descure a forma como ajudar a melhorar o desempenho da equipe e como acrescentar valor à organização.

Estas características são o que se pretende de um comportamento criativo e inovador, almejado pelas organizações de saúde. O ambiente organizacional promotor de inovação sugere a inclusão de todos, uma vez que a criatividade pode surgir de qualquer nível hierárquico (Ruas, 2001). No cerne da criatividade está a imaginação, uma matéria-prima da era do conhecimento. A criatividade e a inovação prefiguram uma das poucas fontes de competitividade cujo retorno é infinito.

A inovação é necessária para os serviços, de forma a promover as competências com resultados tangíveis (Mussak, 2003). Os enfermeiros aplicam essas competências, procuram soluções imediatas e inéditas para prestar cuidados de saúde de forma segura.

Para Feldman et al. (2008) é desejável que o enfermeiro utilize competências de gestão: saber-saber (conhecimentos), saber-fazer (competências), saber-ser-agir (atitudes) como um jogo fechando com a produção de obras e ideias importantes na revolução do saber-fazer da Enfermagem (D’Innocenzo, Feldman, Fazenda, Helito & Ruthes, 2010).

Feldman et al. (2008) defendem que não é preciso uma grande ideia, mas uma ideia que apresente grandes resultados. Um princípio importante para as organizações de saúde desenvolverem o processo de gestão por competências. Em conclusão Feldman et al. (2008), consideram que a criatividade é fundamental para a melhoria organizacional. Essas melhorias influenciam o comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazo. Há uma forma constante

de procura de soluções de problemas, conflitos e dificuldades para os gestores. Desta forma, pretende-se que as pessoas encontrem novos padrões perante situações inesperadas, estimulando de forma livre de censuras e no menor período possível.

Os incentivos para inovar

Os incentivos para inovar podem ser de índole financeira e devem partir das chefias intermédias, da alta direção ou até da administração central. Os incentivos para os profissionais atingirem objetivos da organização têm sido replicados um pouco por todo o tipo de organizações. Nos hospitais, e relativamente aos enfermeiros, a política de incentivos é considerada de forma não sistematizada, digamos que até casuisticamente. Há organizações de saúde que estabelecem de forma clara incentivos financeiros, previstos na lei, enquanto outras organizações não o fazem. Este facto só por si constitui um enorme ponto de desmotivação para os enfermeiros que exercem funções na prestação de cuidados.

Para Wan et al. (2005) as chefias devem ser tolerantes às tentativas em inovar por parte dos profissionais, e devem cultivar e desenvolver de forma gradual relações que promova essa política de inovação dentro do grupo dos profissionais. Os profissionais se sentirem medo em arriscar uma nova ideia, nunca a irão expor e desta forma poder-se-á perder um potencial inovador. Para Farson e Keyes (2002) o medo do engano é o fim do processo criativo, pelo que, as chefias têm uma enorme responsabilidade em avaliar e filtrar estes processos criativos, incentivando e promovendo a tolerância.

O papel das chefias é de grande relevância dentro da organização, estas possibilitam a identificação de potenciais fontes de inovação na organização (Mumford, 2000; Bontis & Fitz-enz, 2002). Há relatos de que as chefias intermédias têm o potencial de identificar e associar os níveis do conhecimento tornando-o explícito e útil à organização (Nonaka & Takeuchi, 1995). Na profissão de enfermagem as chefias intermédias estão mais perto dos profissionais e podem de forma muito próxima e específica detetar profissionais com ideias que poderão resultar em competitividade para a organização. Para isso acontecer as chefias intermédias em enfermagem devem estar sensibilizadas, capacitadas dos ativos do conhecimento que poderão traduzir-se em inovação ou em ganhos para a organização e seus utentes.

Para Santos-Rodrigues et al. (2011) as chefias e diretores têm um compromisso com a organização e com os funcionários. Por isso, considera-se que para esse compromisso ser efetivado e dar resultados, todos os intervenientes (enfermeiros prestadores de cuidados, chefias e diretores) devem ter conhecimento concreto dos objetivos da organização e dos ativos do capital intelectual que podem conferir inovação à organização. Esta clarificação da estratégia da organização é defendida por Tierney, Farmer e Graen (1999) e Cunha (2005), que reiteram a importância de um ambiente de trabalho aberto a opiniões, com recurso a reforços positivos, de forma a estimular a criatividade entre os diretores e funcionários.

Quando falamos em características das chefias e diretores, falamos em características do capital humano destes profissionais, como por exemplo as características culturais das direções (Elenkov, Judge & Wright, 2005).

Para Hii e Neely (2000) as chefias e direções devem ser capazes de interpretar o contexto em que estão inseridas as organizações e aproveitar as oportunidades que surgem. Para Wan et al. (2005) os gestores devem encontrar formas de reconhecer e gratificar as situações criativas e inovadores.

O exposto anteriormente sustenta de forma teórica e empírica a natureza dos fatores do capital humano nas organizações, assim será de interesse para o nosso estudo a sua relevância para a inovação nos serviços de enfermagem nas organizações de saúde portuguesas. Propõe-se desta forma a primeira hipótese de investigação.

H1: Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação das organizações de saúde portuguesas;

H.1.1 Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada das organizações de saúde portuguesas;

H.1.2 Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.1.3 Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

II.3.2 O Capital Estrutural e a Capacidade Inovadora

As características que definem o capital estrutural dos serviços de enfermagem têm incidência em vários fatores, que assentam sobretudo no caráter estrutural dos serviços de enfermagem. Tendo como suporte a estrutura estratégico dos serviços de enfermagem e a vertente da inovação das organizações de saúde, este estudo, apoia-se em pressupostos: a cultura, a confiança, estrutura da organização e criação e desenvolvimento.

A Cultura Organizacional

A cultura da organização é sem dúvida o fator que medeia a ação dos profissionais e as políticas de saúde instituídas. No entanto, apesar do sistema dos seus serviços de saúde abrangerem as diferentes unidades de saúde da mesma forma, sabe-se que a cultura de cada organização de saúde é feita à semelhança dos profissionais que a constituem, defendido também por González-

Loureiro e Figueroa-Dorrego (2010), que realçam também que cada funcionário pode contribuir para o caminho na tomada decisão.

Para Rouse e Daellenbach (1999) a cultura organizacional é considerada como o suporte de sustentabilidade da inovação e pode desenvolver-se na organização para impulsionar a aprendizagem e a inovação (Denisi et al., 2003). Esta aprendizagem deve ser recompensada de forma a envolver os funcionários na cultura de inovação, promovendo a criação (Wan et al., 2005).

A cultura da organização contempla a especificação dos conhecimentos e das competências que a organização usa. Para além disso, Hii e Neely (2000) defendem que é necessário que haja identificação e confiança dos funcionários com a organização, bem como o conhecimento da missão, e da estratégia. Consideram também que a cultura é a base para o desenvolvimento de competências e de recursos que levam à inovação.

Quando se fala em cultura da organização não se reporta apenas para os fatores processuais que levam a organização a criar a inovação, também reporta-se ao ambiente criado entre os funcionários, e que promove a cultura de inovação (Jassawalla & Sashittal, 2003). Estes autores afirmam mesmo que a cultura organizacional é como um reflexo da sua liderança, isto é, o reflexo dos gestores hospitalares, gestores de enfermagem e/ou enfermeiros com funções de gestão.

A Confiança

A confiança é um conceito com alguma subjetividade. No entanto, denota amplitudes contrastantes, isto é, ou há confiança ou não há. Ainda que, para Galford e Drapeau (2003) o conceito de “confiança” sofreu categorizações: confiança estratégica, confiança pessoal, confiança organizacional. Apesar destas terem proveniências distintas, pessoa e empresa, estão relacionadas de forma interdependente Santos-Rodrigues et al. (2011).

Em estudos sociais, é tratada como variável dependente traduzindo o efeito, apesar de Rosseau, Sitkin, Burt e Camarer (1998), defenderem que são várias as investigações em que a “confiança” é tratada como variável independente, e por isso traduz a causa.

Note-se que em qualquer organização a confiança é um recurso de extrema importância para a esfera pessoal de relação entre funcionários e seus utentes. Defendido por Adler e Know (2002) e Ford (2001) quando nos reportamos para o desempenho organizacional.

A confiança não pode ser exigida de forma obrigatória, não advém da imposição, mas da forma voluntariosa, pode apenas ser incentivada (Ford, 2001). Considerada como uma característica ímpar para o desenvolvimento dos processos de criação, promovendo a colaboração e cooperação entre vários grupos profissionais (Galford & Drapeau, 2003). Estes fatos contextualizam-se nos serviços de enfermagem, onde se desenvolvem processos clínicos de

forma interdependente, transversal a toda a organização de saúde, sendo que, a colaboração e cooperação é uma consideração sinequanone para o desenvolvimento das intervenções nos serviços de enfermeiros. Os enfermeiros desenvolvem a sua atividade de forma integrada, colaborando e confiando em outros serviços, como a farmácia, serviço clínico, serviço social, serviço religioso, serviço de nutrição, serviço de manutenção de equipamentos, etc. Ainda que, este nível de confiança, não descure uma prática de enfermagem segura e com critérios sólidos de verificação e validação dessa cooperação.

Para Rosseau et al. (1998) não se trata de um comportamento, mas uma condição psicológica. Esta condição está presente nos serviços de enfermagem, constitui-se como um imperativo na prossecução das suas intervenções.

Segundo Santos-Rodrigues et al. (2011) a confiança juntamente com recompensas aos profissionais acrescenta motivação para ser criativo, a participar em atividades que estratégicas e de natureza inovadora.

Para Jassawall e Sashittal (2003) as organizações têm sucesso quando há comportamentos sustentados na inovação e confiança. Acontecem sobretudo quando confiam nas intenções da inovação, quando são tolerantes à ambiguidade e aos erros, quando são sensíveis a elogios, quando se sente motivados para desenvolver estratégias em conjunto e de forma colaborativa, quando conseguem expor as suas ideias, juntamente com as dos outros e quando permitem fazer promover e participar grupos de discussão e de crítica construtiva para todos os participantes.

A Estrutura da Organização

A estrutura das organizações reflete o grau de burocracia e complexidade da mesma. Segundo Zapata Rotundo (2011) há um ambiente com dinamismo e de complexidade, dando espaço à inovação. Por outro lado, Chiavenato (2005) defende que os ambientes menos dinâmicos são característicos em processos mecânicos e burocratas que não favorecem a inovação. Os serviços de enfermagem estão inseridos em organizações de saúde, de índole complexa e burocrata. Tratam-se de estruturas de serviços complexas por natureza, como resultado de uma forma de controlar e imputar qualidade na organização.

Para Chiavenato (2005) numa organização a interação dos seus funcionários funciona entre os profissionais e entre as hierarquias. A estrutura organizacional dos serviços de enfermagem apresentam-se organizadas pelas diferentes hierarquias, desde gestão de serviços, de gestão de departamentos e da própria direção de enfermagem. Para além disso, estas hierarquias intercetam-se com outros grupos profissionais, que também apresentam estruturas hierárquicas como forma de gestão. Parta Klein (1998) para o processo de gestão ser profícuo e adequado

ao capital intelectual, deverá ser feita uma análise à organização que permita não só a compressão dos seus funcionários, mas também uma estrutura de organização que use o conhecimento de cada funcionário de forma a partilhá-lo.

Para existir uma partilha dos conhecimentos dos funcionários é necessário que a estrutura da organização seja mais flexível. Para Subramanian e Nilakanta (1996) e Figueroa-Dorrego e Fernández-Jardón (1999) concluíram que a formalização da estrutura organizacional está relacionada com as características das funções dos funcionários, que está negativamente relacionado com a inovação (Santos-Rodrigues et al., 2011). As estruturas flexíveis destacam-se com maior impulsão para a capacidade de adaptação e para a inovação.

A burocratização das organizações acontece quando os funcionários são especializados numa área específica (Subramanian & Nilakanta, 1996). Esta evidência consubstancia a realidade das organizações de saúde portuguesas, em particular os serviços de enfermagem com diferentes tipologias de especialização.

Para além dos fatores supra descritos, o tamanho da organização também tem influência na capacidade de inovadora. Há autores que encontraram uma relação positiva entre o tamanho da organização e a capacidade inovadora (Kimberly & Evanisko, 1981; Ettlie et al., 1984; Dewar & Dutton, 1986).

Apesar destas evidências e da conclusão clara de Dewar e Dutton (1986) que sugerem as que as organizações de maior dimensão são mais propensas à inovação, Wolfe (1994) refere que ainda não se evidencia elementos que possam diferenciar as organizações inovadoras das pouco inovadoras. Para Damanpour (1991) as organizações de menor dimensão conseguem adaptar-se melhor, e com maior flexibilidade e com maior propensão para inovar.

Apesar destas constatações, Kimberly e Evanisko (1981) defendem que o tamanho da organização não influi de forma direta na inovação. A inovação advém de influências indiretas, como as inovações de origem administração.

O tamanho da organização está relacionado com a rede hierárquica, que pode ser centralizada ou descentralizada. Para Santos-Rodrigues et al. (2011) a centralização ou descentralização das decisões não permite diferenciar as organizações quanto à inovação. No entanto, no estudo Damanpour (1991), evidenciou-se as relações positivas e as relações negativas, quanto à relação entre descentralizar e inovar. Este evidencia uma relação negativa, quanto à centralização da decisão, isto é, a centralização não favorece a atitude para inovar das organizações. Por outro lado, e estabelecendo uma relação positiva entre a centralização da decisão e a inovação, encontra-se o estudo realizado de Wan et al. (2005).

A flexibilidade e a hierarquização das organizações são fatores a ter em conta quando se pensa em inovar e acrescentar valor. Prova disso são as evidências de Subramanian e Nilakanta (1996)

e Nonaka e Takeuchi (1995) que reforçam que a flexibilidade das organizações informais e sua descentralização promove a inovação.

Podem ser variados os fatores que indicam que a estrutura da organização leva a inovação dentro da organização.

A Criação e Desenvolvimento de Conhecimento

A criação e desenvolvimento de conhecimento pressupõem que a informação seja criada e tenha de transitar e fluir de forma a chegar a todas as pessoas da organização, de forma a proporcionar interações que possam ser o início da criatividade e da inovação (Darroch, 2005).

Nas organizações de saúde a informação é consolidada e acumulada por grupos de trabalho de diferentes especialidades, no entanto as hierarquias são pouco flexíveis, o que dificultam o processo criativo. Em enfermagem, a criação e desenvolvimento de conhecimento é essencialmente promovida pelas instituições de ensino superior, quer na estimulação e promoção direta, quer em parcerias com organizações de saúde e/ou outras, de forma a que a criação e o desenvolvimento de conhecimento sejam uma realidade.

A criação e desenvolvimento de conhecimento como realidade própria das organizações de saúde é uma realidade débil, apenas em algumas organizações acontece. Mesmo nestes casos raros, o conhecimento produzido só se torna útil e competitivo quando partilhado com outras entidades. No sentido de otimizar esta lacuna, deveriam ser criados grupos de trabalho interdisciplinares em que a produção de conhecimento fosse disseminada de forma mais profícua por outras organizações de saúde.

No setor empresarial os grupos de melhoria facilitam a capacidade inovadora (I.A.D.E.,2003), reforçando a importância deste tipo de dinâmicas, de forma a aproveitar as ideias dos funcionários para estimular a inovação. Os grupos de investigação e desenvolvimento são profícuos quando consegue aumentar o valor das organizações, estimulando o processo de inovação (Shelton et al., 2005).

Para Youndt et al. (2004) estas estruturas inerentes ao capital estrutural são providas de experiências e informação, conhecimento, competências institucionalizadas, codificadas e utilizadas através de base de dados, patentes, manuais, estruturas, sistemas, rotinas e processos.

O potencial das ideias de uma organização não tem limites, as pessoas podem dialogar, refletir e apreender entre elas, e desta forma estimular ideias inovadoras (Brown & Starkey,1994; Davenport & Prusak,1998). Para Santos-Rodrigues et al. (2011) as condições que a organização proporciona para a criação e desenvolvimento de conhecimento são preponderantes para inovar.

Considerando que o capital estrutural facilita a disseminação e utilização do conhecimento, influenciando a inovação da organização, propõe-se a segunda hipótese de investigação:

H2: Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.2.1 Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada das organizações de saúde portuguesas;

H.2.2 Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.2.3 Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

II.3.3 O Capital Relacional e a Capacidade Inovadora

Tal como já referido as organizações de saúde são estruturas organizacionais complexas de conhecimento, e como qualquer organização que privilegie o conhecimento para o seu funcionamento, certamente que defendem o reforço no conhecimento interno de forma a promover as novas ideias (Capon et al., 1992). Assim, ficam evidenciados os fatores internos da organização como potencial de promoção da inovação. Da mesma forma, os fatores externos da organização também podem influenciar o seu caráter competitivo.

Assim, fica evidenciada a natureza dos fatores que podem influenciar o componente relacional do capital intelectual. Na literatura desde muito cedo se verificou que os fatores que provêm da comunidade e de outras organizações são considerados os maiores impulsionadores da atitude inovadora da empresa Baldrige e Burnham (1975), também defendido por Pierce e Delbecq (1997) alegando que a inovação da organização sofre uma grande influência dos fatores externos. Da mesma forma Gordon (2007) alertou que uma empresa não terá êxito, se estiver apenas direcionada para as interações internas, é necessário que sofra as influências externas à organização. Por outro lado, há quem sustente o contrário, Dewar e Dutton (1986) alegaram que não há relação entre inovação e os fatores externos à organização.

Direta ou indiretamente há evidências de influências, sustentadas por alguns estudos, para Badaracco (1991) o capital relacional interfere de forma direta no desempenho inovador das empresas.

O capital relacional evidencia-se sob a forma de relações entre pessoas, que pode ser de natureza interna, entre os profissionais da própria organização, mas também com outros profissionais e instituições.

O capital relacional estende-se para além da própria organização, contemplando elementos externos, como parcerias, relações com partes interessadas e marca ou reputação na comunidade. Os diferentes desempenhos das organizações de saúde podem explicar-se pelos diferentes stocks de capital intelectual, bem como diferentes abordagens e capacidades para impulsionar o impulsionar (Barney, 1991).

Evans et al. (2015) consideram que apesar dos cuidados de saúde serem considerados uma indústria de conhecimento intensivo, são poucas as organizações de saúde que de forma sistemática e estratégica fazem a gestão do capital intelectual de forma a melhorar o desempenho.

As características que constituem o capital relacional dos serviços de enfermagem têm influência sobre as organizações de saúde. Tendo como base o nível de relações profissionais dos serviços de enfermagem, e considerando que estas poderão estar relacionadas como a inovação das organizações de saúde, o nosso estudo, apoia-se em pressupostos como: clientes/utentes, as redes e as alianças que passaremos a explicar.

Os Clientes/utentes

As experiências dos utentes são de extrema importância para as melhorias nos serviços de saúde. Os clientes podem emitir o seu grau de satisfação relativamente aos serviços de enfermagem, mas também são considerados como fonte de novas ideias e inovação.

Há autores que defendem que a opinião dos clientes promove a regeneração do conhecimento, possibilitando que a organização seja mais eficiente e mais inovadora (Appleyard, 1996; Stewart, 1998).

Os serviços de enfermagem são alvo de constantes melhorias, a todos os níveis, melhoria na forma de recolha de informação (para continuidade de cuidados), melhoria nas técnicas e procedimentos clínicos, melhoria nas técnicas de comunicação, melhoria na articulação com equipa interdisciplinar. Qualquer serviço que tende a mudar para melhorar tem uma tendencial natural para a a inovação, seja inovação de produto, inovação de processo ou de gestão.

Para que as melhorias aconteçam é necessário que haja permeabilidade de críticas, informações e ajuste de conhecimento. Para Nonaka e Takeuchi (1995) a inovação resulta exatamente disso, da interação dinâmica da organização com o meio envolvente.

Como forma de melhorar a interação da organização existem as tecnologias de informação Shelton et al. (2005), no caso de enfermagem temos aplicações de apoio à profissão (Nelson, 2002). Uma delas foi criada como o intuito de criar uma linguagem científica e unificada comum à toda enfermagem mundial, e ficou suportada com um sistema de informação CIPE (classificação internacional para a prática de enfermagem).

As Redes

O conceito de rede faz-nos recordar o mais poderoso meio de troca e partilha de informação do mundo, a internet. Considera-se a internet um instrumento poderoso pelo potencial de partilha, quanto ao seu alcance e pela quantidade e qualidade de informação que é disseminada.

Nas organizações empresariais as redes foram incrementadas de forma a torná-las competitivas. Na área da saúde, as organizações também são consideradas empresas, existindo redes criadas com a entidade reguladora dos cuidados de saúde, a inspeção geral de saúde, grupos de trabalho especializados em determinada área. Na área da saúde estes organismos funcionam em rede de forma a fiscalizar e regulamentar a atividade, promovendo a melhoria contínua.

Quanto às redes criadas por grupos de trabalhos especializados, estas devem ser consistentes e equilibradas, permitindo o ajuste à criatividade de forma a reter o valor, essencial para a inovação (Shelton et al.,2005). Numa perspetiva de enfermagem, as redes devem pautar-se por uma atuação de criação e partilha de conhecimento, dentro e fora da sua organização, colocando também, sob o escrutínio científico o conhecimento produzido que é partilhado em rede.

O facto de as organizações apresentarem redes não é efetivo que a inovação aconteça garantidamente (Santos-Rodrigues et al., 2011). Há autores que realçam mesmo, não haver relação entre as redes e a inovação (Hii & Neely, 2000).

As Alianças

As alianças surgem pela necessidade de complementar competências (Freire, 2001), proporcionando um desenvolvimento conjunto, aferindo novas tecnologias Cunha (2005). Neste alinhamento de ideias, Denisi et al. (2003) consideram que as alianças entre empresas são uma forma de adquirir recursos com base no conhecimento.

A existência de redes influencia o desempenho da organização (Ahuja, 2000), contrariando o defendido por Hii e Neely (2000), que afirmam não existir relação entre as redes e capacidade de inovação e desempenho das organizações.

Para Santos-Rodrigues et al. (2011) a fundamentação científica sobre a importância das alianças nas organizações, podem ser das seguintes formas: alianças de I&D ⁴; exploração conjunta de mercado (*Joint venture* ⁵ de investigação e desenvolvimento e de produção).

As redes criadas para apoiar as organizações de saúde são criadas sobretudo para investigação e desenvolvimento (I&D), e que, obrigatoriamente os resultados que saem da investigação dessas redes são profícuos.

Assim, as alianças podem ser importantes para a capacidade inovadora de uma empresa. Segundo Santos-Rodrigues et al. (2011) a capacidade inovadora é influenciada por inputs inovadores, em desenvolvimentos conjuntos (com clientes, provedores e concorrentes) que poder-se-ão traduzir em mudanças com valor organizacional.

Considerando que o capital relacional promove a pesquisa e consolidação de competências, influenciando a inovação da organização, propõe-se a segunda hipótese de investigação.

H3: Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.3.1 Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada das organizações de saúde portuguesas;

H.3.2 Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.3.3 Na perceção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

⁴ **I+D** traduz as características de (I) Investigação e (D) desenvolvimento que as empresas têm na sua missão. Ex: Gillete investe em I+D para conceber uma máquina mais eficaz, in <http://www.investopedia.com/terms/r/randd.asp>

⁵ **Joint Venture** - pode ser traduzido como “aventura em conjunto”, ou melhor, **empreendimento conjunto**) é uma espécie de aliança estratégica que supõem um acordo comercial de inversão conjunta de longo prazo entre duas ou mais pessoas (normalmente pessoas jurídicas ou comerciantes), in <http://www.infoescola.com/economia/joint-venture/>

II.3.4 A Inovação Criada e a Inovação Adotada.

No estudo de Pasquini Miguel e Mendes Teixeira (2009) que investigaram a relação entre valores organizacionais e a criação do conhecimento para a inovação. Resultando que os valores organizacionais apresentaram-se associados principalmente a aspetos de criação do conhecimento no âmbito interno das organizações.

Nas organizações, a designação de comportamento inovador pode ser definida como a introdução de novas ideias, processos ou produtos que sejam úteis (Farr & Ford, 1990).

Para McSherry e Douglas (2011) a inovação nos serviços de enfermagem consiste em incentivar os enfermeiros a utilizarem os seus conhecimentos adquiridos e as suas competências para gerar e desenvolver criativamente novas formas de trabalho, recorrendo a tecnologias, sistemas, teorias e parceiros/partes interessadas para melhorar e avaliar a prática. A inovação para a prática de enfermagem é considerada um imperativo na melhoria da segurança dos cuidados de saúde prestados. Para isso, é necessário haver investimento e apoio dos gestores, líderes e governos.

Para Boyd (2011a) é legítimo que a inovação para a prática seja reconhecida e faça reivindicações aos decisores para considerar a inovação como competências que todos os profissionais da organização dominam. Boyd (2011b) considera ainda, que a inovação para a prática, obrigatoriamente, requer que a inovação aconteça em gestão, e que esta tenha como suporte três princípios básicos: a criação de competências inovadoras, alocação de recursos para projetos inovadores e gestão da manutenção desse processo inovador (desde a primeira ideia até à sua implementação).

O National Health Service (NHS), Instituto de Inovação e Melhoria (2011) determina que a inovação se estabelece quando se fazem coisas de forma diferente e para obter grandes ganhos de desempenho. NHS (2011) considera que a maior parte das inovações, provém de pessoal que trabalha nas organizações, alegando tratar-se de um mito que a maioria das inovações vêm de laboratórios, decisores políticos ou líderes seniores.

Segundo Gibson e Kelly (2010), as organizações bem-sucedidas começaram com impulso inovador, com capacidade de se desenvolver e de se adaptar às necessidades dos utentes. Para inovar e mudar dentro das organizações é necessário o apoio e a utilização de ferramentas ou estruturas para auxiliar o processo e avaliar o impacto da mudança. A inovação implica visão, estruturação, e uma estratégia com os stakeholders para avaliar o impacto dos cuidados de saúde, melhorando-os.

O nosso interesse de estudo centra-se no capital intelectual e a capacidade inovadora dos serviços de enfermagem. Para OECD (2005), a inovação pode ser definida como a introdução de um novo bem ou serviço, considerado significativamente melhorado (quer nas características

quer no uso), pode dividir-se em quatro tipos: inovação de produto (bens e serviços), inovação de processo (métodos de produção e de distribuição), inovação organizacional (práticas de negócios) e de marketing.

O estudo de Júnior e Guimarães (2012) trata de inovação em serviços de saúde (aqui delimitada como o processo de busca, descoberta, experimentação, desenvolvimento, imitação e adoção de novas características de serviços, processos e técnicas organizacionais em organizações de serviços).

Segundo o estudo efetuado por Reis et al. (2012) com o objetivo de contribuir para o entendimento da inovação no contexto hospitalar por meio da identificação dos tipos de inovações realizadas em um hospital universitário. Estes autores efetuaram um estudo exploratório, onde foram realizadas observações não participantes, pesquisa a dados secundários e entrevistas com os gestores do hospital, procurando identificar suas percepções quanto às inovações realizadas. Realizaram uma pesquisa bibliográfica ao tema inovação, tipos de inovação e inovação em serviços, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos gestores do hospital. O resultado evidencia uma forte relação entre inovações em serviços e inovações em processo, sugerindo que inovações em serviço, necessitam de inovações em processos para serem implementadas.

Da mesma forma que a OMS defende, que a melhoria na saúde e bem-estar das pessoas é a base primordial do desenvolvimento económico e social de um país. Se estas estiverem em processo de criação constante, de forma a adequarem-se às novas exigências, traduzindo-se em mais-valias para os clientes, considera-se que estamos perante inovação. Todo e qualquer processo de criação que se torne útil e efetivo, favorece a inovação na área da saúde, justificando por si, o interesse em estudos sobre inovação em organizações de saúde, também defendido por (Silva, 2011).

A inovação em serviços de saúde foi relatada inicialmente como uma consequência da inovação tecnológica ou da produção (Barras, 1986). A inovação em serviços de saúde ganhou amplitude própria, à semelhança de alguns países como Alemanha, França, Itália e Reino Unido, desde final dos anos noventa que apresentavam o setor dos serviços com participação acima de 70% no PIB. Este dado espelha a importância dos serviços na economia e desenvolvimento de um país.

Os serviços de saúde são indispensáveis para que uma economia possa funcionar e melhorar a qualidade de vida de uma comunidade, assim como a sua multiplicidade pode acabar formando múltiplas redes de serviços (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014).

É notória a importância da inovação dos serviços de saúde nas sociedades atuais, mais ainda quando falamos em serviços de saúde de caráter específico, quer porque tratam e cuidam de

peessoas doentes, quer porque é considerado o grande tendão de Aquiles na economia de serviços, repercutindo a aplicação de grandes percentagens dos dinheiros públicos.

Para Lovelock e Wright (2004) os serviços são atividades económicas que criam valor e trazem vantagens aos clientes. Para estes autores, a literatura considera que o "produto" do serviço é considerado algo intangível e dessa forma efetivamente instável. Enquanto os serviços são interativos, exigindo a participação conjunta do prestador e do consumidor, estes podem variar dependendo do consumidor e do prestador. Este fator é indicativo que a inovação em serviços é um fenómeno de abordagem ímpar, diferente da utilizada na inovação de produção, por exemplo.

As características da inovação de serviços enunciadas anteriormente representam de alguma forma a inovação dos serviços em enfermagem, em que a interação entre o enfermeiro e o utente é efetiva e dinâmica, e depende dos intervenientes em questão.

A inovação é considerada um processo social e comunicativo, em que o contributo dos indivíduos melhora a geração de novas ideias, primordiais nos estágios iniciais da criação e desenvolvimento do conhecimento (Kaya et al., 2016). Os profissionais de enfermagem devem utilizar os seus conhecimentos, competências adquiridas para gerar e desenvolver criativamente e novas maneiras de trabalhar, utilizando tecnologias, sistemas, teorias e parceiros/partes interessadas como forma de incentivar a otimização e avaliação contínua da prática de enfermagem (Bergendahl & Magnusson, 2015).

Kaya et al. (2016) consideram que os novos desafios, relativamente aos cuidados de enfermagem estão assentes em fatores de mudanças constante, mudanças demográficas e mudanças relativas ao conhecimento acerca das doenças, que promovem novos desafios sobre os cuidados de enfermagem. Estes desafios estão alinhados com a necessidade em melhorar a segurança dos doentes e os cuidados de qualidade.

A inovação em enfermagem é vista como fundamental na evolução dos sistemas de saúde em todo o mundo. Os enfermeiros desempenham funções em todos os ambientes da prática clínica, com contextos familiares diferentes, em várias comunidades, interagindo com equipas interdisciplinares, profissionais de saúde e outros.

Para ICN (2009), os enfermeiros devem ser apoiados para fornecer soluções inovadoras perante novos desafios de prestação de cuidados de saúde. A inovação nos cuidados de enfermagem sustenta-se numa força que pretende alcançar o equilíbrio entre a contenção de custos e a qualidade dos cuidados de saúde. É considerado um componente crítico da produtividade empresarial e da sobrevivência competitiva (Omachonu & Einspruch, 2010).

O processo de inovação acarreta diversificação em diferentes áreas, e os seus resultados não produzem resultados imediatos e positivos. Este processo pode englobar uma série de ensaios, onde possivelmente, existirão erros (ICN,2009). No entanto, sabe-se que a flexibilidade e não

censura dos erros são importantes para o primeiro passo da inovação, a criatividade (OCDE, 2005).

A inovação é um conceito utilizado frequentemente em cuidados de saúde, é o processo de desenvolvimento de novas abordagens, tecnologias e formas de trabalho (ICN,2009). O Instituto Nacional de Saúde (NHS), através do Instituto de Inovação e Melhoria consideram que a inovação é uma forma diferente de fazer as coisas, para obter grandes ganhos de desempenho (NHS,2011).

A necessidade em encontrar soluções inovadoras nos serviços de saúde é urgente, pelo que, existe um interesse em oferecer serviços de saúde equitativos, seguros e eficazes, ao mesmo tempo em que contêm custos (ICN, 2009). Quando pensamos em inovação, é muito provável, que considerarmos que a maioria das inovações surgem de laboratórios, de decisores políticos ou outros líderes, trata-se de um mito. A maior parte das inovações, provém de pessoal que trabalha nessas organizações (NHS,2011).

Inovação é o processo de desenvolvimento de novas abordagens, de tecnologias e de formas de trabalhar (ICN,2009). Quanto à amplitude de aplicação, podem ser inovações radicais ou incrementais, e pode ser aplicada a produtos, processos ou serviços e em qualquer nível da organização (equipas de gestão, departamentos, indivíduo) (O'Sullivan & Dooley, 2008).

A inovação também pode ser entendida, como a análise de oportunidades ou fontes de inovação. Isto implica o uso da criatividade na resolução de problemas que pode consistir em inovação de produto ou serviço, em inovações sobre a melhoria na qualidade, custo-eficácia ou eficiência.

As inovações podem ser técnicas, envolvendo o desenvolvimento de um produto ou processo novo ou melhorado, ou administrativo, que envolva estruturas organizacionais e processos administrativos (Sullivan, 2000).

O Conselho Internacional de Enfermeiros e a União Europeia aclamaram 2009 como o "Ano da Inovação", com o objetivo aumentar a capacidade competitiva internacional e ampliando os horizontes das instituições científicas (ICN,2009).

De forma sintética, as inovações que são entendidas pelos indivíduos, como tendo maior vantagem relativa, compatibilidade, capacidade de julgamento, observabilidade e menos complexidade serão adotadas mais rapidamente do que outras inovações. A inovação é essencial para manter e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros inovam para encontrar novas informações e melhores formas de promover a saúde, prevenir doenças e melhores formas de cuidar e curar (ICN,2009).

As evidências reportam que a inovação deve acontecer para que os serviços de saúde melhorem, quer sob a forma de inovação criada pelas próprias organizações, quer por inovações

adotadas de outras organizações. O resultado destes incrementos inovadores nas organizações de saúde deve traduzir-se de uma forma efetiva, verificando-se como inovação implementada.

Este alinhamento teórico permite formular uma hipótese que evidencia o efeito das inovações (criadas e adotadas) na implementação das inovações nas organizações de saúde, assim formula-se a seguinte hipótese:

H4: Na percepção dos enfermeiros, a inovação criada e adotada dos serviços de enfermagem está relacionada com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

II.3.5 O Capital Humano e o Capital Estrutural.

O capital estrutural é tudo numa organização que apoia os funcionários (capital humano) no seu trabalho é a infraestrutura de apoio que permite funcionar o capital humano é propriedade de uma organização e permanece na organização, mesmo quando as pessoas saem.

Para Chen et al. (2004, p. 202) dizem que o “capital estrutural lida com o mecanismo e a estrutura de uma empresa que pode ajudar e apoiar os funcionários na procura do ótimo desempenho intelectual”. O capital estrutural está sujeito ao capital humano, visto que o capital humano é um fator determinante na forma de organização, segundo Chen et al. (2004).

Cabrita (2009, p. 113) complementa o atrás mencionado dizendo que “embora o capital estrutural tenha a sua origem no capital humano, porque é construído pelos indivíduos, ele é, no entanto, possuído pela organização”. Diz, ainda, que “o capital humano constrói o capital estrutural, mas é este que cria as condições para o desenvolvimento e crescimento do capital humano.

É a organização que cria o contexto para que o conhecimento individual seja retido e incorporado nas rotinas organizacionais. Este capital estrutural tem um efeito multiplicador quando interage com o capital humano. Na realidade, o capital estrutural, um produto destilado da inteligência humana, baseia-se no facto das pessoas estarem na disposição de partilhar de acordo com Stewart e Ceitil (1999).

Santos-Rodrigues et al. (2008,) referem que o capital estrutural “é a componente mais independente e, quem sabe, estável, visto que não depende da mobilidade das pessoas e trata-se em suma dos sistemas e processos organizacionais”.

Acima de tudo, o sucesso da gestão do capital estrutural depende da liderança, diz Stewart e Ceitil (1999). Pois quem gere a estrutura organizacional são as pessoas, pelo que a estrutura organizacional será melhor ou pior consoante a gestão efetuada, gestão da responsabilidade do ser humano.

Edvinsson e Malone (1997) afirmam que a qualidade do capital estrutural influencia diretamente o resultado do capital humano, de forma recíproca e dinâmica.

As evidências encontradas relatam uma componente única do capital humano que é obtida através das características próprias de cada colaborador, que por sua vez poderão influenciar a estrutura organizacional das organizações, onde se encontram os processos, normas, procedimentos, entre outros. Esta estrutura (capital estrutural) é pensada e implementada por pessoas que contribuem através das suas características singulares (capital humano) na construção da mesma.

Devido à interação mútua entre o capital humano e capital estrutural, e considerando os estudos relatados anteriormente, bem como todo o suporte teórico, será ajustado formular uma hipótese que espelhe uma possível relação entre o capital humano e capital estrutural, formulando-se a seguinte hipótese:

H5: O capital humano está relacionado com o capital estrutural dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

II.3.6 O Capital Humano e o Capital Relacional.

O capital humano específico é valioso, embora este valor só se tornar efetivo dentro da organização (dentro de uma organização específica) e constituir um fator de impacto e competitividade em empresas na fase inicial com grande crescimento. Mas não sendo transferível entre empresas e sendo específico, é limitado no seu contributo à atividade inovadora quer dentro de uma região, quer dentro da própria sociedade (Dakhli & Clercq, 2004).

O Capital Humano “específico” para a indústria relaciona-se com o conhecimento derivado da experiência particular de uma indústria (Dakhli & Clercq, 2004). Estudos anteriores sugerem que este capital humano pode ser um fator de desenvolvimento da atividade inovadora dentro de uma empresa se esta possuir um bom intercâmbio interno entre os seus fatores chave e os seus trabalhadores.

Léon e Navarro (2003) elucidam que o capital relacional é o valor das relações exteriores à empresa, e contempla os relacionamentos entre as pessoas da própria empresa, bem como, os de outras organizações. Dentro deste prisma, podemos destacar a notoriedade da organização e sua reputação.

Para Saint-Onge (1996) o capital relacional é construído quando os colaboradores das estruturas internas da empresa estabelecem contacto/relação com os colaboradores de estruturas externas à empresa. Estes processos, de relacionamento entre estruturas, fundamentam que a vertente

individual de qualquer colaborador rapidamente se absorve na componente coletiva, imediatamente após o contacto social entre colaboradores.

Para Bontis e Fitz-enz (2002) e gestão de empresas e Soares-Faria, Santos-Rodrigues e Morais C. (2012) e gestão de unidades de saúde, o capital relacional é influenciado pelo capital humano da organização.

As evidências encontradas relatam que as características do capital humano poderão ser influenciadas pelas relações internas e externas das organizações. Estas relações podem constituir um processo dinâmico que enriquecimento do colaborador e da organização.

Devido à interação mútua entre o capital humano e capital relacional, e considerando os estudos relatados anteriormente, bem como o suporte teórico encontrado permite formular a possível relação entre o capital humano e capital relacional, formulando-se a seguinte hipótese:

H6: O capital humano está relacionado com o capital relacional dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

CAPÍTULO III
METODOLOGIA

III.1 Introdução

O estudo sobre a relevância do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem nas organizações de saúde é sem dúvida um desafio, não só pelos constructos que estão inerentes aos três elementos do capital intelectual (capital humano, capital relacional e capital estrutural) mas também, pelas possíveis relações entre eles, sendo, por isso, importante a conformidade do método de estudo a seguir e o rigor na sua aplicação.

Os estudos científicos têm como principal objetivo estabelecer possíveis relações entre os pressupostos teóricos, prefigurados em hipóteses, e os dados obtidos através dos questionários. Considerando que “o capital intelectual e a capacidade inovadora” dos serviços de enfermagem portugueses é um tema de investigação para o qual os imperativos de investigação quantitativa estão direcionados, torna-se necessário aferir os fatores inerentes à metodologia a utilizar.

Considerando a complexidade de gestão das organizações de saúde devido à multidisciplinariedade de profissionais, o seu contributo específico para um método eficiente de gestão que conduzirá a melhores resultados, traduzindo, assim, a sua eficácia; eis que urge a necessidade de saber qual o contributo da enfermagem nas organizações de saúde, tendo sempre como base a noção estratégica do capital intelectual, onde se integram os ativos intangíveis que têm tanto de estratégico como de dificuldade em mensurar.

O nosso estudo assenta num modelo proposto por Santos-Rodrigues et al. (2008) para área de gestão de empresas e foi aplicado e validado num estudo de caso aplicado numa Unidade Local de Saúde, no norte de Portugal. Os resultados foram significativos e desta forma pretende-se verificar o modelo proposto noutra nível de exigência que nos faz reportar, obrigatoriamente, para um estudo correlacional de confirmação. Este tipo de estudo visa a verificação de um modelo de hipóteses entre as relações, de forma a pré-indicar o seu mecanismo de ação (Coutinho, 2008; Polit & Beck, 2011); neste caso, de que forma o capital intelectual dos enfermeiros influencia a capacidade inovadora de uma organização de saúde. Neste contexto, a predição do mecanismo é suportada nos fatores associados a cada elemento do capital intelectual (capital humano, capital relacional, capital estrutural) e ao nível de inovação (criada, adotada e implementada). Só através destes “macro imperativos” será possível esboçar o desenho subsequente e desta forma alinhar os objetivos do estudo de forma estruturada. Assim, caracterizamos este estudo como quantitativo, transversal, correlacional, pois visa descrever fenómenos e posteriormente identificar e explorar possíveis relações entre as variáveis (Polit & Beck, 2011; Grove, Burns & Gray, 2013).

A análise correlacional foi usada para se verificar a relação ou comportamento entre as variáveis estudadas, tendo este método como objetivo, “medir o grau e a direção de uma relação entre duas variáveis que é expressa por um coeficiente de correlação, ou ainda, quando uma teoria

científica postula a existência de uma correlação entre duas variáveis que não podem ser analisadas experimentalmente” (Freixo, 2013, p.114).

Para a contextualização e realização deste estudo explicitamos neste capítulo: a caracterização a amostra, o instrumento e medidas dos constructos, o procedimento de recolha e análise de dados e as considerações éticas e formais.

III.2 População e Amostra

A população é constituída por todos os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Os indivíduos incluídos neste estudo foram seleccionados segundo o método de amostragem não probabilístico, regido por critérios de conveniência e/ou de disponibilidade dos inquiridos.

A amostra em estudo foi constituída por 1388 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses que aceitaram participar no estudo.

III.3 Instrumento e Medidas

No estudo da relevância do capital intelectual na inovação dos serviços, nas organizações de saúde portuguesas, é imprescindível considerar os serviços de enfermagem, cujo interveniente central é o enfermeiro. Dado o carácter abrangente das intervenções de enfermagem, após a autorização da autora (Anexo I), realizamos os procedimentos necessários à adaptação e validação do questionário da autoria de Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego e Jardón-Fernández (2008) para a área de enfermagem. Este instrumento passou a designar-se de Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora dos Serviços de Enfermagem (QCICISE). Os resultados do estudo das propriedades psicométricas do QCICISE, numa amostra de enfermeiros, encontra-se desenvolvido no capítulo IV.

Numa primeira parte deste instrumento de colheita de dados, introduzimos uma ficha de caracterização sociodemográfica. Os itens do instrumento global foram precedidos de instruções claras sobre a forma de responder às diferentes questões (Polit & Beck, 2011).

O Questionário original do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora é constituído por 58 itens e quatro componentes ou dimensões: “Capital humano” (14 itens), “Capital estrutural” (18 itens), “Capital relacional” (9 itens) e “Capacidade inovadora” (produto/processo/gestão) com 17 itens.

Estas dimensões são avaliadas através duma escala de Likert com 5 opções de resposta (1= nada de acordo; 2= não concordo parcialmente; 3= indiferente; 4= concordo parcialmente; 5= totalmente de acordo). Em linha com a constatação de Evans et al. (2015), que destaca que 59% das investigações sobre CI apresentam como método primário de recolha de dados, para estudar CI em organizações de saúde, os questionários transversais. Os questionários utilizados fazem a recolha de dados sobre perceções de gestão, e perceções clínicas do capital intelectual, na maioria das vezes em ambientes hospitalares, embora também tenham sido realizados estudos em organizações de cuidados prolongados, de cuidados paliativos. Estes autores referem que os questionários que medem CI são tipicamente divididos em escalas centradas no capital humano, estrutural e relacional.

Este Questionário, baseado num modelo de análise do capital intelectual numa perspetiva de incidência na capacidade inovadora, foi validado por Santos-Rodrigues et al. (2008) no setor automóvel, na Galiza e Norte de Portugal.

Para medir o Capital Humano foram utilizados 14 itens (tabela 3) de forma a retratar a perceção dos enfermeiros quanto aos aspetos relativos ao capital humano que são determinantes para a capacidade inovadora (I.A.D.E., 2003; Youndt et al., 2004; Subramaniam & Youndt, 2005; Curado, 2006; Cabrita & Vaz, 2006; Santos-Rodrigues et al., 2008).

Relativamente à base teórica do Capital Humano, esta foi concetualizada considerando imperativos teóricos (Osterloh & Frey, 2000; Ravichandran, 2000; Mouritsen et al., 2001ab; Davenport, Prusak & Wilson (2003); I.A.D.E, 2003; Shelton et al., 2005). Da mesma forma, houve contributos práticos que sustentam os conceitos (Youndt et al., 2004; Subramaniam & Youndt, 2005; Wan et al., 2005; Cabrita & Vaz, 2006; Curado, 2006; Santos-Rodrigues et al., 2008).

Quadro 3: Medição da dimensão Capital Humano

Constructo	Item	Fonte
Formação	Os nossos enfermeiros têm elevada formação, especializada para a tarefa ou função que desempenham na instituição.	Cohen e Levinthal (1990); Denisi et al. (2003); Covell (2008); Covell e Sidani (2013c); Deb Williams (2015); McEwen e Willis (2014); Poe (2011); Laschinger et al. (2014); Newhouse (2005); Nerdrum e Erikson (2001); Habersam e Piber (2003); Mura et al. (2012); Paloma Sánchez, Cristina Chaminade e Marta Olea, (2000); Feldman et al. (2008).
	Os nossos enfermeiros são considerados os melhores do nosso ramo, devido à sua formação.	
	Os nossos enfermeiros têm muitas habilidades para a atividade que desempenham	
	Os nossos enfermeiros são muito talentosos	
Atitude inovadora	A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição.	Santos-Rodrigues et al. (2011); C.E.N. (2004); Mouritsen et al., (2002); Bontis e Fitz-enz (2002); Ravichandran (2000);
	A atitude inovadora dos enfermeiros é incentivada por meios (financeiros ou outros).	

Constructo	Item	Fonte
	Geralmente os enfermeiros limitam-se a executar tarefas, demonstrando pouca motivação para mudar.	Mouritsen et al., (2001a); Curado, (2006); Osterloh e Frey (2000); Ruas (2001).
	A atitude inovadora da nossa instituição é o que determina a satisfação dos nossos enfermeiros.	
Criatividade	Os enfermeiros contribuem para encontrar soluções criativas, novas formas de fazer as coisas e do funcionamento do trabalho.	Santos-Rodrigues et al. (2011); Morcillo et al., (2005); Gonzalez Gurriarán e Figueroa Dorrego (2003); Shelton et al. (2005); Gardiner et al., 2001); Cunha (2005); Feldman et al. (2008); Daólio (2004); Quinn (2003); Mussak (2003); Ruas (2001).
	A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva.	
	Se alguns enfermeiros deixassem a instituição, teríamos problemas de criatividade perdida.	
Incentivos para inovar	Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar.	Wan et al., (2005); Farson e Keyes (2002); Mumforf (2000); Bontis e Fitz-enz (2002); Santos-Rodrigues et al. (2011); Tierney et al., (1999); Cunha (2005); Feldman et al. (2008).
	Os nossos dirigentes gostam da mudança.	
	Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar.	

Para medir o Capital Estrutural foram definidos 18 itens (**Quadro 3**) de forma a retratar a percepção dos enfermeiros quanto aos aspetos relativos ao capital estrutural que são relevantes para a capacidade inovadora (Subramaniam & Nilakanta, 1996; Schneider, 2000; I.A.D.E., 2001; Galford & Drapeau, 2003; Jassawalla & Sashittal, 2003; Youndt et al., 2004; Subramaniam & Youndt, 2005; Wan et al., 2005; Cabrita & Vaz, 2006; Curado, 2006; Santos-Rodrigues et al., 2008).

Os itens utilizados para avaliar o Capital Estrutural foram sustentados em trabalhos teóricos (Subramaniam & Nilakanta, 1996; Schneider, 2000; I.A.D.E., 2001; 2003; Galford & Drapeau, 2003; Jassawalla & Sashittal, 2003) e através de constatações práticas (Youndt et al., 2004; Subramaniam & Youndt, 2005; Wan et al., 2005; Cabrita & Vaz, 2006; Santos-Rodrigues et al., 2008).

Quadro 4: Medição da dimensão Capital Estrutural

Constructo	Item	Fonte
Cultura da organização	Consciente ou inconscientemente, a cultura da nossa instituição é o reflexo da direção.	Figueroa-Dorrego (1997); Rouse e Daellenbach (1999); Denisi et al., 2003); Wan et al. (2005); Hii
	Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências.	

Constructo	Item	Fonte
	A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição.	e Neely (2000); Jassawalla e Sashittal (2003).
Confiança	Existem uma grande confiança entre as pessoas da nossa instituição.	Galford e Drapeau (2003); Santos-Rodrigues et al. (2011); Adler e Know (2002); Ford (2001); Arias (2006); Rosseau et al., (1998); Jassawall e Sashittal (2003).
	Todos os enfermeiros são vistos como "iguais/pares".	
	Os nossos enfermeiros são abertos a revelar os seus verdadeiros pensamentos e propor ideias e soluções inovadoras através de interações formais e informais com os restantes membros.	
	Os nossos enfermeiros gostam de participar em reuniões criativas.	
	Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição.	
	Os nossos enfermeiros confiam na organização.	
A estrutura da organização	Utilizamos descrições detalhadas de tarefas e procedimentos para guiar a ação dos enfermeiros.	Russel e Russel (1992); Chiavenato (1999); Klein (1998); Subramanian e Nilakanta (1996); Figueroa Dorrego e Fernández-Jardón, 1999); Santos-Rodrigues et al. (2011); Anderson e Narus (1990); Kimberly e Evanisko (1981); Ettlíe et al., (1984); Dewar e Dutton (1986); Meyer e Goes (1988); Damanpour (1992); Damanpour (1991) e McCann (1991); Wan et al. (2005); Nonaka e Takeuchi (1995) e Brown e Duguid (1991).
	Os nossos enfermeiros são contratados e formados para desenvolver uam tarefa específica num departamento específico.	
A criação e desenvolvimento de conhecimento	Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação.	Darroch (2005); I.A.D.E. (2003); Shelton et al. (2005); Youndt et al. (2004); Brown e Starkey (1994); Davenport e Prusak (1998) e Santos-Rodrigues et al. (2011).
	Os nossos enfermeiros fazem sugestões invadoras.	
	As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas.	
	Existe na nossa instituição um departamento orientado para a inovação (I&D, Qualidade ou outro)	
	Conseguimos extrair valor do processo de inovação.	
	A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação.	
	Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.	

Quanto ao Capital Relacional, identificaram-se 9 itens (**Quadro 5**) de forma a retratar a perceção dos enfermeiros quanto aos aspetos relativos ao capital relacional e que são relevantes para a capacidade inovadora (Hii & Neely, 2000; I.A.D.E., 2002; 2003; Shelton et al., 2005; Cabrita &

Vaz, 2006; Santos-Rodrigues et al., 2008). Tal como os outros componentes, a definição do Capital relacional advém de trabalhos teóricos (I.A.D.E., 2002;2003; Shelton et al., 2005) e de trabalhos práticos (Hii & Neely, 2000; Cabrita & Vaz, 2006; Santos-Rodrigues et al., 2008).

Quadro 5: Medição da dimensão Capital Relacional

Constructo	Item	Fonte
Cientes/utentes	Os nossos utentes estão satisfeitos com a nossa capacidade inovadora.	Appleyard (1996); Stewart (1998); Nonaka e Takeuchi (1995).
	Os nossos utentes fazem muitas sugestões de inovação	
As redes	Os nossos utentes colaboram com a nossa instituição para inovar.	Shelton et al. (2005); Santos-Rodrigues et al. (2011).
	A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar.	
	A nossa instituição utiliza redes de colaboração com outros hospitais concorrentes para inovar.	
	A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidades, laboratórios, I&D e outros) para inovar.	
As alianças	A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.	Freire (2001); Ahuja (2000); Santos-Rodrigues et al. (2011).
	Vemos nos outros hospitais uma fonte de inovação	
	Os nossos fornecedores são uma importante fonte de inovação.	

A representatividade da variável Capacidade Inovadora e origem da inovação evidenciou-se em 17 itens (**Quadro 6**). Estas destacam a inovação criada (produto/processo/gestão) com 8 itens, para a inovação adotada (produto/processo/gestão) com 6 itens, que podem ser avaliados através da escala de likert de 5 pontos (1= nada de acordo; 2= não concordo parcialmente; 3= indiferente; 4= concordo parcialmente; 5= totalmente de acordo). As medidas anteriormente citadas baseiam-se em trabalhos teóricos (Davenport et al., 2003; I.A.D.E; 2003; Ravichandran, 2000) e também em estudos práticos (Curado, 2006; Hii & Neely, 2000; Wan et al., 2005; Santos-Rodrigues et al., 2008).

Quadro 6: Medição da dimensão Capacidade Inovadora

Constructo	Item	Fonte
Inovação de produto	A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	Gopalakrishnan e Damanpour (1997); Kimberly e Evanisko (1981); OCDE (2005); Bessant et al., (2008); Sundbo e Gallouj (1998); Reis et al., 2012); Mcsherry et al., (2011); Boyd (2011a); Júnior e Guimarães (2012); Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014); Lovelock e Wright (2004); Pavitt
	As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	
	A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.	
	As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	

Constructo	Item	Fonte
	A nossa instituição usualmente adota (compra ou assimila) inovações criadas anteriormente, em sítio alheio à instituição.	(1984); Gallouj (1994); Saviotti e Metcalfe (1991), Isidro-Filho et al., (2011); Kaya et al. (2016); ICN (2009); Arslan (2012) Rogers (2003); Sarioğlu (2014); Siqueira (2001).
Inovação de processo	A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção dos serviços muitas inovações de importância significativa.	Capon et al., (1992); Ettlie e Reza (1992); Gopalakrishnan e Damanpour (1997); Kimberly e Evanisko, (1981); Utterback e Abernathy (1975); OECD (2005); Bessant et al., (2008); Reis et al., (2012); Boyd (2011a); Boyd (2011b); Júnior e Guimarães (2012); Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014); Lovelock e Wright (2004); Saviotti e Metcalfe (1991); Isidro-Filho et al. (2011); Kaya et al. (2016); ICN (2009); Arslan (2012); Rogers (2003); Sarioğlu (2014); Siqueira (2001).
	As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução de custos ou outras melhorias.	
	As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	
	A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	
	A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa.	
	As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	
	As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem em resultados.	
Inovação de gestão	A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados	OECD (2005); Gallouj e Savona (2009); Sundbo e Gallouj (1998); Reis et al., 2012); Boyd (2011b); Júnior e Guimarães (2012); ICN (2009), Sullivan (2008); Arslan (2012); Rogers, (2003); Sarioğlu (2014); Rodrigues e Lima, (2004).
	As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	
	A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	
	As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem em resultados.	
	A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição.	

De seguida apresentamos uma tabela resumo (**Quadro 7**) que destaca os constructos, as variáveis e o número de itens.

Quadro 7: Dimensões e variáveis do Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora

Dimensões	Variáveis	Itens
Capital Humano	Formação	4
	Atitude inovadora	4
	Criatividade	3
	Incentivos para inovar	3
Capital Estrutural	Cultura organizacional	3
	Confiança	6
	Estrutura da organização	2
	Criação e desenvolvimento de conhecimento	7
Capital Relacional	Redes	4
	Alianças	3
	Clientes/utentes	2
Capacidade Inovadora	Inovação de Produto	5
	Inovação de Processo	7
	Inovação de Gestão	5
Total	14	58

III.3.1. Adaptação e Validação do Questionário

Após autorização da autora do Questionário (Santos-Rodrigues et al., 2008) procedemos à sua adaptação aos serviços de enfermagem portugueses. O questionário foi avaliado por 20 peritos (enfermeiros com funções de gestão e enfermeiros investigadores) para validação da semântica e de conteúdo que se ajustasse ao contexto organizacional dos serviços de saúde, com o objetivo de excluir indicadores que pudessem ter mais do que uma interpretação. Foram introduzidas alterações de conteúdo, tendo por base as observações e sugestões daqueles especialistas. Posteriormente realizou-se o pré-teste numa amostra constituída por 20 enfermeiros, tendo-se verificado a compreensão de todas as questões, pelos inquiridos. Assim, para clarificar termos que se ajustem ao contexto organizacional, característico do setor da saúde. Este contributo serviu para clarificar e depurar o questionário, efetivando como um instrumento de recolha de dados, claro e de fácil resposta. Foi necessário alterar termos como: “empresa” alterado para “instituição” e “pessoal”, “empregados” e “colaboradores” alterado para “enfermeiros”.

O questionário sofreu alterações em vários pontos, relativamente ao capital humano efetuaram-se as seguintes alterações: Atitude inovadora foi removido o item "grande parte do valor da nossa organização depende da atitude inovadora dos nossos colaboradores", por se considerar muito semelhante a outro já existente. No que concerne à criatividade, foi removido o item "a empresa não penaliza os erros de inovação cometidos pelos funcionários", por se considerar que não estavam alinhados com os objetivos do estudo. Quanto ao construto “características da direção”,

achamos que os itens que o caracterizavam se adequavam a outra designação, isto é, "incentivos para inovar".

No domínio do capital estrutural também foram realizadas alterações: relativamente à "confiança", foi retirado o item "os nossos colaboradores confiam nos diretores da empresa" por se considerar muito semelhante a outro já existente. No que respeita às "características da empresa" alterou-se a designação para "estrutura da organização" por considerarmos que traduzia melhor a natureza dos itens no contexto dos serviços de saúde, e removeu-se o item "a maioria das decisões da empresa devem ser aprovadas pela direção", por se considerar redundante a outro.

Relativamente ao capital relacional, também foram realizadas alterações ao questionário, no domínio "clientes" foi removido o item "devido à nossa forte capacidade inovadora o número de clientes está a crescer ano após ano", uma vez que não se adequava aos nossos objetivos de estudo. Quanto ao às variáveis "aliados; concorrentes; fornecedores" foram integrados dentro da variável "Alianças", uma vez que espelhavam a natureza dos itens e objetivos do estudo.

O instrumento final passou a designar-se de Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora dos Serviços de Enfermagem (QCICISE).

Para efetuarmos a avaliação psicométrica do QCICISE em enfermeiros, procedemos: à Análise Fatorial Exploratória (AFE) dos itens em componentes principais, com rotação ortogonal pelo método varimax, para verificar a validade de constructo; e à determinação do coeficiente Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna da escala total e das dimensões. Esta é a medida mais utilizada para avaliar a fiabilidade, variando numa escala de 0 a 1, sendo os valores acima de 0,7 aceitáveis. Marôco e Garcia Marques (2006) consideram que, valores deste índice acima de 0,9 traduzem fiabilidade Elevada e os valores entre 0,8 e 0,9 fiabilidade Moderada a Elevada.

Para Pestana e Gageiro (2014), valores superiores a 0.9 revelam uma consistência interna muito boa, entre 0.8 e 0.9 uma boa consistência interna, entre 0.7 e 0.8 temos uma razoável consistência interna, entre 0.6 e 0.7 uma baixa consistência interna e valores menores que 0.6 são inadmissíveis.

A análise fatorial consiste num conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever (Pestana & Gageiro, 2014). Para extrair os fatores usamos o método de componentes principais. Para realizar a análise fatorial é necessário que haja correlação entre as variáveis, que é medida através do teste estatístico KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) e o teste de Esfericidade de Bartlett. O KMO varia entre 0 e 1. Valores entre 1 e 0.9 indicam uma muito boa correlação, entre 0.8 e 0.9 uma boa correlação, entre 0.7 e 0.8 uma correlação

média, entre 0.6 e 0.7, uma razoável correlação, entre 0.5 e 0.6 uma correlação má e menor do que 0.5 inaceitável.

A **Tabela 1** evidencia os resultados da análise fatorial do QCICISE, contemplando os valores próprios, a percentagem de variância explicada por cada fator, as comunalidades (h^2), o total de variância explicada, as medidas de adequação da amostra através dos Testes de KMO e de TEB.

Tabela 1: Resultados da análise fatorial de componentes principais do QCICISE

Itens	Fatores				h2
	1	2	3	4	
18. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	0,57				0,60
19. A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa.	0,59				0,63
20. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	0,67				0,64
21. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	0,68				0,62
22. As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,80				0,72
23. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,83				0,76
24. As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,82				0,77
25. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	0,75				0,69
26. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa.	0,79				0,76
27. As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	0,78				0,73
28. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	0,79				0,70
29. A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição.	0,70				0,60
30. A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.	0,73				0,64
31. As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,87				0,83
32. As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,87				0,84
33. As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,86				0,83
4. A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva.		0,66			0,65
5. A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição.		0,64			0,66

Itens	Fatores				h2
	1	2	3	4	
6. Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências.		0,67			0,69
7. A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição.		0,74			0,70
8. Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição.		0,74			0,61
9. Os nossos enfermeiros confiam na organização.		0,74			0,64
10. Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação.		0,50			0,50
11. As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas.		0,71			0,55
12. A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação.		0,52			0,63
13. Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.		0,61			0,65
14. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar.			0,72		0,69
15. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar.			0,76		0,71
16. A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar.			0,76		0,69
17. A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.			0,75		0,75
1. Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar.				0,63	0,53
2. Os nossos dirigentes gostam da mudança.				0,79	0,75
3. Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar.				0,75	0,77
Variância total explicada: 68,14%	48,28	11,55	4,63	3,68	
Valor próprio	15,93	3,81	1,53	1,22	
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin: 0,95					
Teste de Esfericidade de Bartlett: 45288,63; p<0,001					

Da análise da **Tabela 1**, verificamos que todos os itens têm uma saturação superior ou igual a 0,50, tendo-se identificado quatro dimensões (ou fatores): Inovação (16 itens), Capital Estrutural (10 itens); Capital Relacional (4 itens); e Capital Humano (3 itens). Estes cinco fatores explicam no seu conjunto 68,14 % da variância total da escala. Ao fator 1 está associada 48,28% da variância total, o valor próprio de 15,93 e é saturado sobretudo pelos 16 itens relacionados com a “Inovação”. Ao fator 2 está associada 11,55% da variância total, o valor próprio de 3,81 e é saturado sobretudo pelos 10 itens relacionados com o “Capital Estrutural”. Por sua vez, ao fator 3 está associada 4,63% da variância total, o valor próprio é de 1,53 e é saturado sobretudo pelos 4 itens relacionados com o “Capital Relacional”. Por fim, ao fator 4 está associada 3,68 % da variância total, o valor próprio de 1,22 e é saturado sobretudo pelos 3 itens relacionados com a “Capital Humano”.

Os resultados da aplicação do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=0,95$) e do Teste de Esfericidade de *Bartlett* ($TEB=45288,63$; $p<0,001$) permitiram confirmar a fatorabilidade da matriz de correlação aferir a adequação da amostra para a realização da análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2014). Desta análise, retiveram-se os itens com valor-próprio igual ou superior à unidade e as cargas fatoriais dos itens, iguais ou superiores a 0,50. Este índice será mais baixo quando o assumir do limiar 0,50 implicar a eliminação do item de qualquer dos fatores isolados

A AFE evidenciou uma estrutura fatorial que possibilitou a explicação das correlações entre as variáveis observáveis, permitindo a construção de uma escala de medida, com o objetivo de avaliar um constructo/ variável latente (Marôco, 2011).

Para avaliar a fidelidade ou consistência interna do instrumento calculamos o coeficiente *Alpha de Cronbach*, quer para cada item quer para a globalidade dos itens. Da análise da primeira versão do QCICISE (58 itens) da matriz de correlações entre os itens e o total da escala, podemos afirmar que foram obtidos índices altamente significativos ($p< .001$), à exceção de 25 itens que para além de não mostrarem correlação significativa com o total da escala (valor não corrigido), coeficientes bastante baixos e em alguns casos, valores que sendo significativos para $p<0,01$ e $p<0,05$, correlacionam-se negativamente com outros itens deste instrumento. Assim, decidiu-se pela sua eliminação. Os restantes itens apresentam correlações significativas ($> 0,20$) entre si e com o total da escala (Almeida & Freire, 2008). A versão final do QCICISE ficou com 33 itens.

Na **Tabela 2** apresentamos os resultados da análise da consistência interna dos 33 itens do QCICISE. A par da média e do desvio-padrão, descrevemos a respetiva correlação do item com o total da sua escala de pertença (coeficiente corrigido) e também o valor do *Alpha de Cronbach* da escala se esse mesmo item fosse eliminado. Apresentamos, também, os coeficientes de *Alpha de Cronbach* das quatro dimensões.

Tabela 2: Resultados da análise de consistência interna do QCICISE e das dimensões.

Itens	Média	Desvio Padrão	r itc*	Alpha de Cronbach se item eliminado
Capital Humano: $\alpha= 0,83$				
1. Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar.	2,28	1,12	0,47	0,97
2. Os nossos dirigentes gostam da mudança.	2,34	1,04	0,51	0,96
3. Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar.	2,23	1,03	0,58	0,96
Capital Estrutural: $\alpha= 0,93$				
4. A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva.	2,52	1,02	0,66	0,96

Itens	Média	Desvio Padrão	r itc*	Alpha de Cronbach se item eliminado
5. A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição.	2,49	1,01	0,68	0,96
6. Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências.	2,62	1,00	0,71	0,96
7. A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição.	2,36	0,98	0,69	0,96
8. Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição.	2,44	0,93	0,59	0,96
9. Os nossos enfermeiros confiam na organização.	2,50	0,95	0,63	0,96
10. Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação.	2,78	1,05	0,63	0,96
11. As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas.	2,14	0,91	0,54	0,96
12. A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação.	2,65	1,05	0,69	0,96
13. Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.	2,09	0,90	0,70	0,96
Capital Relacional: $\alpha = 0,88$				
14. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar.	2,43	0,92	0,64	0,96
15. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar.	2,45	0,96	0,60	0,96
16. A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar.	2,90	1,06	0,59	0,96
17. A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.	2,46	0,96	0,67	0,96
Inovação: $\alpha = 0,97$				
18. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	2,80	0,93	0,74	0,96
19. A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa.	2,67	0,91	0,75	0,96
20. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	2,76	0,92	0,70	0,96

Itens	Média	Desvio Padrão	r itc*	Alpha de Cronbach se item eliminado
21. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	2,80	0,91	0,68	0,96
22. As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	3,03	0,90	0,71	0,96
23. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	3,07	0,89	0,71	0,96
24. As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	3,02	0,92	0,69	0,96
25. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	2,72	0,83	0,72	0,96
26. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa.	2,68	0,83	0,76	0,96
27. As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	2,74	0,85	0,70	0,96
28. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	2,75	0,84	0,68	0,96
29. A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição.	2,73	0,82	0,67	0,96
30. A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.	2,80	0,83	0,70	0,96
31. As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	2,97	0,87	0,73	0,96
32. As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	2,96	0,87	0,74	0,96
33. As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	2,96	0,89	0,74	0,96
Alpha global	0,96			

Os valores inscritos na **Tabela 2** evidenciam que os coeficientes *Alpha de Cronbach* relativos a cada item, com o total da escala (*Alpha* global = 0,96), oscilam entre 0,96 e 0,97, localizando-se, portanto, na categoria de consistência interna “Muito alta”. (Pestana & Gageiro, 2014). Estes valores indicam uma boa correlação entre todos os itens e uma boa homogeneidade dos itens, sugerindo bons índices de consistência interna, distribuídos por 4 dimensões (superiores a 0,80), com valores de *Alpha de Cronbach* a variar entre 0,83 e 0,97.

Seguidamente apresentamos em resumo os itens por dimensão, as variações das médias e dos desvios padrão das dimensões e apuramos de que forma contribuem para a média e desvio padrão, o conjunto dos coeficientes de correlação entre o item e o subtotal de cada fator e, por fim, o coeficiente *Alpha de Cronbach* de cada uma das dimensões (**Tabela 3**).

Tabela 3: Resultados nos itens por dimensões do QCICISE

Dimensões	N.º itens	Varição das médias	Varição dos desvios-padrão	r itc (corrigido)	M Escala	DP Escala	Alpha de Cronbach
Capital Humano	3	2,23-2,34	1,03-1,12	0,56- 0,76	6,84	2,74	0,83
Capital Estrutural	10	2,09-2,78	0,90-1,05	0,64-0,79	24,59	7,67	0,93
Capital Relacional	4	2,43-2,90	0,92-1,06	0,71-0,77	10,23	3,34	0,88
Inovação	16	2,67-3,07	0,82-0,93	0,71-0,86	45,44	11,43	0,97

Da análise da **Tabela 3**, verificamos que, relativamente às dimensões do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem, se destaca a média mais elevada da “Inovação” (45,44), logo seguida do “Capital Estrutural” (24,59).

De seguida quisemos saber qual a associação entre as dimensões do QCICISE e a escala total. Para esta análise procedemos ao estudo das correlações (*r* de *Pearson*) entre as referidas dimensões, considerando a amostra global em estudo ($n=1388$). Na **Tabela 4** expomos a matriz das correlações.

Tabela 4: Matriz de correlação entre as dimensões do QCICISE e a escala total.

Dimensões	Capital Estrutural	Capital Relacional	Capital Humano	Escala total
Inovação	0,60**	0,58**	0,40**	0,90**
Capital Estrutural		0,66**	0,63**	0,87**
Capital Relacional			0,42**	0,76**
Capital Humano				0,64**

** < 0,001

Quando relacionadas as quatro dimensões do QCICISE com a escala total e considerando os critérios de Pestana e Gageiro (2014), verifica-se que a magnitude das correlações varia de moderada a alta (0,40-0,90). De salientar que as quatro dimensões se correlacionam entre si e com a escala total de forma estatisticamente significativa. A dimensão “Inovação” é que melhor se correlaciona com a escala total ($r=0,90$; $p\leq 0,001$).

A validade discriminativa de um item evidencia-se pela diferença entre a correlação do item com a dimensão a que pertence, por comparação com a correlação do item com as dimensões a que

não pertence. Neste sentido, apresentamos na **Tabela 5** a matriz de correlações entre as dimensões e os itens do QCICISE.

Tabela 5: Matriz de correlação entre as dimensões e os itens do QCICISE

Itens	Inovação	Capital Estrutural	Capital Relacional	Capital Humano
Q1	0,31**	0,49**	0,33**	0,81**
Q2	0,34**	0,53**	0,36**	0,89**
Q3	0,39**	0,60**	0,40**	0,90**
Q4	0,46**	0,81**	0,50**	0,53**
Q5	0,47**	0,82**	0,52**	0,56**
Q6	0,50**	0,83**	0,55**	0,56**
Q7	0,50**	0,84**	0,50**	0,51**
Q8	0,41**	0,73**	0,43**	0,44**
Q9	0,46**	0,77**	0,48**	0,45**
Q10	0,47**	0,73**	0,53**	0,43**
Q11	0,37**	0,71**	0,39**	0,42**
Q12	0,51**	0,77**	0,63**	0,46**
Q13	0,50**	0,81**	0,60**	0,52**
Q14	0,50**	0,59**	0,84**	0,39**
Q15	0,46**	0,56**	0,86**	0,34**
Q16	0,48**	0,51**	0,85**	0,32**
Q17	0,53**	0,60**	0,88**	0,40**
Q18	0,75**	0,59**	0,54**	0,41**
Q19	0,77**	0,61**	0,54**	0,40**
Q20	0,78**	0,52**	0,46**	0,32**
Q21	0,77**	0,49**	0,45**	0,32**
Q22	0,83**	0,46**	0,47**	0,32**
Q23	0,85**	0,45**	0,43**	0,31**
Q24	0,83**	0,45**	0,41**	0,29**
Q25	0,83**	0,49**	0,50**	0,32**
Q26	0,87**	0,52**	0,52**	0,33**
Q27	0,83**	0,47**	0,44**	0,28**
Q28	0,82**	0,44**	0,43**	0,29**
Q29	0,77**	0,45**	0,47**	0,33**
Q30	0,79**	0,46**	0,48**	0,34**
Q31	0,88**	0,44**	0,46**	0,31**
Q32	0,88**	0,46**	0,47**	0,33**
Q33	0,87**	0,46**	0,48**	0,33**

** < 0,001

Na **Tabela 5**, a análise de correlação entre os itens, individualmente, com cada uma das dimensões da escala, evidencia que o maior valor de correlação está associado à dimensão a que ele pertence, logo confirmamos que o capital intelectual dos serviços de enfermagem é relevante para a inovação das organizações de saúde portuguesas. Valida-se a relevância diferenciada relativamente a cada um dos elementos do capital intelectual na inovação das

organizações de saúde portuguesas. Podemos constatar que o capital relacional e o capital estrutural dos serviços de enfermagem influenciam diretamente a inovação (produto, processo, gestão). O capital humano é o único elemento que não está diretamente relacionado com a inovação da organização, ainda que, tenha influência indireta, através do capital relacional e do capital estrutural.

Estas conclusões constituem informações importantes a considerar conjuntamente com outros instrumentos de gestão. Podem indicar-nos, qual o nível de intervenção organizacional, uma vez que, expõe de forma clara onde a organização necessitará de reforço dos serviços de enfermagem para alcançar inovação da organização, bem como, indica quais as medidas que estão alinhadas na persecução da inovação.

Os resultados obtidos evidenciam um instrumento fidedigno e robusto para estudar o capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem nas organizações de saúde.

III.3.2 Procedimento de Recolha e Análise de Dados

Após autorização da autora do Questionário (Santos-Rodrigues et al, 2008) procedemos à sua adaptação aos serviços de enfermagem portugueses. O questionário foi avaliado por peritos (enfermeiros com funções de gestão e enfermeiros investigadores) para validação da semântica e de conteúdo que se ajustasse ao contexto organizacional dos serviços de saúde, com o objetivo de excluir indicadores que pudessem ter mais do que uma interpretação. Foram introduzidas alterações de conteúdo, tendo por base as observações e sugestões daqueles especialistas. Seguidamente foi realizado o pré-teste numa amostra constituída por 20 enfermeiros (10 enfermeiros com funções de chefia e 10 com funções de docência), a fim de aferir a compreensão do conteúdo dos itens, tendo-se verificado compreensão de todas as questões, pelos inquiridos.

O instrumento final passou a designar-se de Questionário do Capital Intelectual e da Capacidade Inovadora dos Serviços de Enfermagem como referido anteriormente. Este questionário foi construído online, com base na plataforma *Qualtrics Research Suite*®, com as opções de não indexação do mesmo em motores de busca e com acesso exclusivo através um link único. No referido questionário não foi colocado nenhum campo para recolha de informação pessoal que identificasse o respondente, nem o local de recolha de dados.

Seguidamente, e após parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, formalizamos à Ordem dos Enfermeiros o pedido para envio (Anexo IV) do link de acesso ao questionário (Anexo V), a todos os enfermeiros portugueses inscritos, com endereço eletrónico.

O período de recolha de dados decorreu entre 19 fevereiro a 20 março de 2016. O anonimato e a confidencialidade foram garantidos e a resposta ao questionário foi efetuada de forma voluntária.

Os dados foram analisados a partir do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 22.0 e posteriormente no programa SmartPLS Version 2.0.

A codificação foi feita de acordo com as variáveis ordinais dos itens relativos às diferentes componentes do capital intelectual (capital humano, capital relacional e capital estrutural) e a capacidade inovadora, medidas por uma escala de likert de 5 pontos.

Para efetuarmos a avaliação psicométrica do QCICISE em enfermeiros, procedemos à: análise fatorial exploratória dos itens em componentes principais, com rotação ortogonal pelo método *varimax*, para verificar a validade de construto; e determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach* para avaliar a consistência interna da escala total e das dimensões.

Considerando que estamos perante uma análise fatorial em escalas de avaliação, temos de verificar a consistência interna de cada fator (capital humano, capital estrutural, capital relacional, capacidade inovadora). A consistência interna dos fatores é a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos indivíduos, porque estes têm opiniões diferentes e não porque o inquérito é confuso e leva a diferentes interpretações (Pestana & Gageiro, 2014). Através do *Alpha de Cronbach* verificamos a consistência interna dos fatores, que varia entre 0 e 1. Valores superiores a 0.9 revelam uma consistência interna muito boa, entre 0.8 e 0.9 uma boa consistência interna, entre 0.7 e 0.8 temos uma razoável consistência interna, entre 0.6 e 0.7 uma baixa consistência interna e valores menores que 0.6 são inadmissíveis (Pestana & Gageiro, 2014).

A análise fatorial consiste num conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever (Pestana & Gageiro, 2014). Para extrair os fatores usamos o método de componentes principais. Para realizar a análise fatorial é necessário que haja correlação entre as variáveis, que é medida através do teste estatístico KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) e o teste de Esfericidade de *Bartlett*. O KMO varia entre 0 e 1. Valores entre 1 e 0.9 indicam uma muito boa correlação, entre 0.8 e 0.9 uma boa correlação, entre 0.7 e 0.8 uma correlação média, entre 0.6 e 0.7, uma razoável correlação, entre 0.5 e 0.6 uma correlação má e menor do que 0.5 inaceitável.

Para a descrição da amostra, utilizámos medidas de estatística descritiva. Para a avaliação das dimensões das escalas, recorremos a diferentes procedimentos estatísticos dirigidos à validade dos itens e dimensões, bem como a estudos inferenciais. Dado o formato tipo *likert* dos itens do QCICISE, assumimos as médias dos referidos itens de cada dimensão, tomando assim o

estatuto de variáveis intervalares. Posteriormente, para o estudo das relações entre variáveis prosseguimos com uma análise inferencial, com recurso a análise multivariável, a regressão linear múltipla, para um nível de significância de $p < 0,05$, num intervalo de confiança de 95%.

O modelo de regressão linear múltipla serve para fazer a previsão do comportamento de uma variável dependente tendo como elo uma ou mais variáveis independentes. Como neste estudo existem várias variáveis que modelam o comportamento da variável dependente, utilizamos a regressão linear múltipla. Logo, neste tipo de modelo pressupõe-se que haja uma relação linear entre uma variável dependente e várias variáveis independentes (também classificadas como regressoras ou explicativas, pois fundamentam a variação da variável dependente).

Para uma utilização eficiente deste método, torna-se necessário que as variáveis independentes sejam exógenas; para cada conjunto de valores de variável independente há uma subpopulação de valores da variável dependente (com distribuição normal); os valores da variável dependente são estatisticamente independentes.

III.4 Considerações Éticas e Formais

Na realização deste estudo consideramos a proteção dos princípios éticos fundamentais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em investigação com seres humanos (Polit & Beck, 2011).

Nesta investigação todos os princípios éticos foram respeitados, cumprindo os imperativos inerentes a qualquer estudo que envolva seres humanos (declaração de Helsínquia). Foram garantidos os princípios de privacidade e anonimato, bem como os esclarecimentos relativos ao estudo que se pretende desenvolver, o respeito pela participação voluntária, a garantia da proteção de dados e a confidencialidade dos dados. A participação voluntária e o consentimento consideraram-se aceites com a resposta do participante.

Para garantir o anonimato e a confidencialidade de todos os intervenientes no estudo e a privacidade dos dados, estes foram anonimizados, através da não identificação nominal ou outra do titular no questionário, pelo que o investigador não teve em momento algum acesso à identificação dos participantes. Da mesma forma, a Ordem dos Enfermeiros não teve acesso às respostas dos enfermeiros, dado que as respostas ao questionário online foram direcionadas para uma base de dados sediada no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, à qual só o investigador teve acesso.

O nosso estudo só teve início após parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

CAPÍTULO IV
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

IV.1.1 Introdução

A pesquisa bibliográfica consolidou os componentes teóricos do capital intelectual (capital humano, capital relacional e capital estrutural) afirmando-os como importantes para a esfera organizacional das instituições de saúde. Para alcançar os objetivos deste estudo é necessário aferir os diferentes níveis de relação que cada componente apresenta na capacidade inovadora de uma organização de saúde.

Assim, efetuou-se o tratamento estatístico dos dados recolhidos com o inquérito por questionário (consultar anexo II) onde foram testadas as hipóteses citadas noutra capítulo.

Com a utilização da regressão linear múltipla, permitiu analisar os dados inerentes às diferentes componentes do capital intelectual de enfermagem e sua relevância na inovação das organizações de saúde portuguesas. Os dados que daí resultam serão contrastados e relacionados com as hipóteses estabelecidas.

IV.1.2 Caracterização da Amostra

A amostra em estudo é uma amostra de conveniência constituída por 1388 enfermeiros portugueses, de várias regiões do país, a exercer funções em diversas instituições de saúde, no período de 19 fevereiro a 20 março de 2016.

Para a caracterização da amostra utilizamos as variáveis sociodemográficas: idade, género, formação académica, contexto de exercício de funções, cargo ocupado e vínculo laboral com a instituição (**Tabela 6**).

Tabela 6: Caracterização da amostra.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	364	26,22
Feminino	1024	73,78
Formação académica		
Licenciatura	1388	100,0
Especialidade	303	21,83
Mestrado	353	25,43
Doutoramento	31	2,23
Idade		
M=38,8 anos; DP= 9,87 anos		
Exercício de funções		
Cuidados de Saúde Primários	312	22,48
Cuidados de Saúde Hospitalares	840	60,52
Cuidados Continuados Integrados	74	5,33
Outros	162	11,67

Cargo que ocupa		
Prestação de cuidados de saúde	1176	84,73
Chefia de serviços de enfermagem	150	10,81
Supervisão de serviços de enfermagem	25	1,80
Direção de serviços de enfermagem	37	2,66
Vínculo laboral com a instituição		
Contrato individual por tempo indeterminado	1176	84,73
Contrato trabalho termo certo	212	15,27

Da análise da **Tabela 6** , constatou-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (73,78%), com uma média de idades de 38,8 anos (DP=9,87 anos). A totalidade dos inquiridos detém o grau de licenciado, dos quais 25,43% tem o grau de mestre e 2,23% o grau de doutor. Prevalece o número de enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde Hospitalares (60,52%), seguido dos Cuidados de Saúde Primários (22,48%). Os Cuidados Continuados Integrados são os menos representados nesta amostra (5,33%).

Relativamente à distribuição dos enfermeiros segundo o cargo que ocupam, evidencia-se a prestação de cuidados de enfermagem (84,73%), seguido da chefia de serviços de enfermagem (10,81%). A supervisão de serviços de enfermagem apresenta o valor mais baixo (1,80%). A maioria dos enfermeiros tem o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (87,73%).

IV.1.3 Tratamento e Análise de Dados

O tratamento estatístico permite a análise dos dados através da utilização de técnicas estatísticas ajustadas aos níveis de medida das variáveis e aos objetivos do estudo (Polit & Beck, 2011). Para a prossecução desse objetivo recorreu-se a estatística descritiva, correlacional e inferencial, com recurso ao programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Iniciou-se pela realização de estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central, dispersão, forma e associação (Marôco, 2011). A análise descritiva/exploratória permite através das frequências absolutas e relativas verificar se existem incongruências, dados mal inseridos, “não-respostas” (*missings*) e o número de respostas dadas em cada item.

A estatística inferencial foi utilizada para validar as relações observadas entre variáveis e as diferenças encontradas na amostra, de forma de a generalizar ao conjunto da população de onde provêm, utilizamos estatística inferencial.

Durante a realização dos testes estatísticos atendeu-se ao nível de medida das variáveis, o número de variáveis dependentes, a dimensão da amostra e a verificação dos pressupostos dos testes paramétricos (distribuição normal da variável dependente, homogeneidade das variâncias dos grupos) e não paramétricos (Marôco, 2011).

IV.1.4 Análise Fatorial

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada, que serve os propósitos de análise exploratória de um conjunto, para reduzir um certo número de variáveis a uma dimensão menor, e dessa forma representando-as através de uma nova variável estatística. O facto de na análise fatorial as variáveis se correlacionarem está subjacente na ideia que estas partilham um ou mais componentes, efetivando-se na sua base teórica. Assim, através da análise fatorial estima-se de forma indireta as cargas fatoriais por meio da correlação estimada entre os dados, através de relações lineares que estão presentes nos dados e nas combinações lineares de fatores que lhes estão subjacentes. Para estimar o fator comum supostamente subjacente, optou-se pelo método dos componentes principais, que extrai os fatores que explicam o máximo da variância do conjunto de dados. Desta forma extraiu-se apenas um fator, levando à redução de um conjunto de variáveis num índice que represente cada uma das dimensões analisadas do capital intelectual dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora dos serviços de saúde portugueses, e desta forma, permita sintetizar todas as dimensões.

Sistematizando os métodos utilizados para aplicação de cada análise fatorial, foram efetuados os seguintes testes:

- Para as comunalidades também obtivemos, valores elevados e valores médios superiores a 0,7. Enquanto as comunalidades forem elevadas, o número de fatores esperado é relativamente pequeno, e o erro do modelo é baixo (uma condição que anda de mãos dadas com as comunalidades altas), investigadores e revisores não deverão estar excessivamente preocupados com pequenas amostras (MacCallum, Zhang, Preacher & Rucker, 2002). Mesmo com uma amostra de menor dimensão é, portanto, possível ter resultados consistentes.
- O teste de esfericidade de *Bartlett* testa a hipótese de a matriz de correlações ser a matriz identidade, cujo determinante é igual a um (Pestana & Gageiro, 2014). Se $p < 0.05$, rejeita-se a hipótese de a matriz de correlações ser a identidade, existindo, portanto, correlação entre algumas variáveis. O número de fatores a reter obtém-se observando o total da variância explicada.
- Os testes KMO e *Bartlett* indicam a adequação dos dados para a realização da análise fatorial. O teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, isto é, que pode ser atribuída a um fator comum, logo, quanto mais próximo de 1 (unidade) melhor o resultado, ou seja, mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial. Enquanto que, o teste de esfericidade de *Bartlett* testa se a matriz de correlação é uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlação entre os dados. Dessa forma, pretende-se que, para um nível de significância de 7% rejeitar a hipótese nula de matriz de correlação identidade. Assim, nos dados abaixo reportados, as amostras mostraram-se adequadas para a

aplicação de análise fatorial ($KMO > 0,7$) e Bartlett com rejeição de hipótese nula. Esta opção foi assumida de forma a que posteriormente, os dados sejam submetidos a testes de predição e confirmação (*SmartPLS*).

- Percentagem da variância explicada, através do fator extraído para cada dimensão do capital intelectual dos serviços de enfermagem e a inovação nas organizações de saúde portuguesas. Os valores associados ao fator único extraído, que sendo maiores que a unidade indica apenas um fator, de fato, seria relevante para extrair os componentes comuns aos dados.

Para as análises realizadas em cada uma das dimensões a proporção da variância explicada é no mínimo 68,14%.

A Matriz dos Componentes, que elenca as cargas fatoriais para cada índice estimado, cujos sinais indicam a relação das variáveis com o fator extraído, bem como, a respetiva padronização dessas cargas, e propiciar os cálculos dos índices num intervalo de 0 a 100.

Análise Fatorial é uma técnica exploratória de dados que permitiu descobrir e analisar a estrutura correlacional entre variáveis latentes e variáveis manifestas (Marôco, 2014). A Análise Fatorial Confirmatória foi utilizada para estudar a validade da estrutura fatorial das escalas testadas e utilizadas noutras amostras, em que o número de fatores e de itens já estava estabelecido, isto é, já existia um modelo especificado, em que se pretendia confirmar e determinar a medida do seu ajustamento à estrutura correlacional observada entre as variáveis latentes (Marôco, 2014). A Análise Fatorial Exploratória (AFE) evidenciou uma estrutura fatorial que permitisse a explicação das correlações entre as variáveis observáveis, permitindo a construção de uma escala de medida, com o objetivo de avaliar um constructo/ variável latente (Marôco, 2011).

Tabela 7: Resultados da análise fatorial exploratória do CH; CE; CR e da inovação.

Itens	Fatores				h ²
	1	2	3	4	
Inovação: $\alpha = 0,97$					
11.1. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	0,57				0,60
11.2. A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa.	0,59				0,63
11.3. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	0,67				0,64
11.4. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	0,68				0,62
11.6. As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,80				0,72
11.7. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,83				0,76

Itens	Fatores				h ²
	1	2	3	4	
Inovação: $\alpha = 0,97$					
11.8. As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,82				0,77
11.9. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	0,75				0,69
11.10. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa.	0,79				0,76
11.11. As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	0,78				0,73
11.12. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	0,79				0,70
11.13. A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição.	0,70				0,60
11.14. A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.	0,73				0,64
11.15. As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,87				0,83
11.16. As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,87				0,84
11.17. As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,86				0,83
Capital Estrutural: $\alpha = 0,93$					
9.1. A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva.		0,66			0,65
9.2. A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição.		0,64			0,66
9.4. Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências.		0,67			0,69
9.5. A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição.		0,74			0,70
9.10. Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição.		0,74			0,61
9.11. Os nossos enfermeiros confiam na organização.		0,74			0,64
9.12. Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação.		0,50			0,50
9.14. As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas.		0,71			0,55
9.17. A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação.		0,52			0,63
9.18. Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.		0,61			0,65
Capital Relacional: $\alpha = 0,88$					
9.22. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar.			0,72		0,69
9.23. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar.			0,76		0,71

Itens	Fatores				h ²
	1	2	3	4	
9.24. A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar.			0,76		0,69
9.25. A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.			0,75		0,75
Capital Humano: $\alpha = 0,83$					
8.6. Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar.				0,63	0,53
8.7. Os nossos dirigentes gostam da mudança.				0,79	0,75
8.8. Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar.				0,75	0,77
Variância total explicada: 68,14%	48,28	11,55	4,63	3,68	
Valor próprio	15,93	3,81	1,53	1,22	
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin: 0,95					
Teste de Esfericidade de Bartlett: 45288,63; p<0,001					

IV.1.4.1 Análise de Componentes Principais

Capital Humano

Para todos os itens do Capital Humano verifica-se que o KMO aponta para uma correlação média entre as variáveis (KMO=0,662). Pelo teste de esfericidade de Barlett's recusa-se a hipótese de que a matriz de correlação é a matriz identidade ($p < 0,001$).

Da análise de componentes principais resultou que os 3 itens são explicados em 74,88% por 3 fatores comuns, obtidos através de uma rotação *Varimax*.

Tabela 8: Análise dos fatores do CH dos serviços de enfermagem quanto à inovação da organização de saúde.

Fator	Item	Matriz fatorial
Atitude inovadora	Q8.6.1 Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar.	0,75
	Q8.7.1 Os nossos dirigentes gostam da mudança.	0,90
	Q8.8.1 Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar.	0,91

O fator criado pertence ao capital humano e representa a “atitude para inovar” indica se os funcionários têm iniciativa para inovar na organização em que estão inseridos.

Capital Estrutural

Para todos os itens do Capital Estrutural verifica-se que o KMO aponta para uma muito boa correlação entre as variáveis (KMO=0,920). Pelo teste de esfericidade de Barlett's recusa-se a hipótese de que a matriz de correlação é a matriz identidade ($p < 0,001$).

Da análise de componentes principais resultou que os 10 itens são explicados em 61,31% por 10 fatores comuns, obtidos através de uma rotação *Varimax*.

Tabela 9: Análise dos fatores do CE dos serviços de enfermagem quanto à inovação da organização de saúde.

Fator	Item	Matriz fatorial
Confiança	Q9.1.1 A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva.	0,76
	Q9.2.1 A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição.	0,76
	Q9.4.1 Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências.	0,79
	Q9.5.1 A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição.	0,79
	Q9.10.1 Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição.	0,67
	Q9.11.1 Os nossos enfermeiros confiam na organização.	0,72
	Q9.12.1 Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação.	0,65
	Q9.14.1 As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas.	0,64
	Q9.17.1 A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação	0,71
	Q9.18.1 Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.	0,76

O fator designado por “confiança” inerente ao capital estrutural representa a confiança que enfermeiros têm em relação aos seus serviços e suas unidades de saúde no desempenho das suas funções e da melhoria contínua. Os níveis de confiança traduzem o sentimento que os profissionais nutrem em relação à estrutura da unidade de saúde.

Capital Relacional

Para todos os itens do Capital Relacional verifica-se que o KMO aponta para uma muito boa correlação entre as variáveis (KMO=0,814). Pelo teste de esfericidade de *Barlett's* recusa-se a hipótese de que a matriz de correlação é a matriz identidade ($p < 0,001$).

Da análise de componentes principais resultou que os 4 itens são explicados em 73,43% por 4 fator comum, obtido através de uma rotação *Varimax*.

Tabela 10: Análise dos fatores do CR dos serviços de enfermagem quanto à inovação da organização de saúde.

Fator	Item	Matriz fatorial
Redes e Alianças	Q9.22.1 A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar.	0,73
	Q9.23.1 A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar.	0,74
	Q9.24.1 A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar.	0,71
	Q9.25.1 A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.	0,77

O fator designado por “redes e alianças” representa as relações que os profissionais estabelecem entre organizações similares com intuito de inovar e melhorar.

Inovação

Para todos os itens da Inovação verifica-se que o KMO aponta para uma muito boa correlação entre as variáveis (KMO=0,933). Pelo teste de esfericidade de Barlett’s recusa-se a hipótese de que a matriz de correlação é a matriz identidade ($p < 0,001$).

Da análise de componentes principais resultou que os 16 itens são explicados em 80,60% por 3 fatores comuns, obtidos através de uma rotação *Varimax*.

Tabela 11: Análise dos fatores da inovação.

Fator	Item	Matriz fatorial
Inovação implementada	Q11.6.1 As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,85
	Q11.7.1 As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,88
	Q11.8.1 As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,88
	Q11.15.1 As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,91
	Q11.16.1 As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,92
	Q11.17.1 As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	0,91
Inovação adotada (produto/processo/ gestão)	Q11.9.1 A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	0,83
	Q11.10.1 A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa.	0,87
	Q11.11.1 As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	0,82

	Q11.12.1 A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	0,81
	Q11.13.1 A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição.	0,79
	Q11.14.1 A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.	0,80
Inovação criada (produto/processo/gestão)	Q11.1.1 A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	0,78
	Q11.2.1 A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa.	0,81
	Q11.3.1 As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	0,76
	Q11.4.1 A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	0,68

Da análise fatorial surgiram três fatores que se designam como Inovação Criada (produto/processo/ gestão), Inovação Adotada (produto/processo/gestão) e Inovação Implementada.

O primeiro fator designado por “**inovação implementada**” evidencia que independentemente da origem da inovação dos serviços de enfermagem, esta incide nos resultados da unidade de saúde. O segundo fator designado por “**inovação adotada**” traduz a capacidade que os serviços de enfermagem têm em adquirir inovação fora da sua unidade de saúde. O terceiro fator, “**inovação criada**” traduz a capacidade interna que os serviços de enfermagem têm em criar inovação na própria organização de saúde.

Efetou-se a análise de regressão linear múltipla, em que a variável dependente a Inovação criada (produto/processo/ gestão) e como variáveis independentes, as variáveis do Capital Humano (F1= Atitude inovadora, F2= Formação, F3= Incentivos para inovar, F4= Criatividade), Capital estrutural (F1= confiança, F2= Criação e desenvolvimento de conhecimento; F3= Estrutura organizacional, F4= Cultura) e Capital Relacional (F1= Redes e alianças, F2= Clientes/ Utentes).

Da mesma forma, realizou-se a análise de regressão linear múltipla, tendo como variável dependente a Inovação adotada (produto/processo/ gestão) e como variáveis independentes, as variáveis do Capital Humano (F1= Atitude inovadora, F2= Formação, F3= Incentivos para inovar, F4= Criatividade), Capital estrutural (F1= confiança, F2= Criação e desenvolvimento de conhecimento; F3= Estrutura organizacional, F4= Cultura) e Capital Relacional (F1= Redes e alianças, F2= Clientes/ Utentes).

IV.1.4.2 Análise de Fiabilidade

A medida mais conhecida e utilizada para avaliar a fiabilidade é o índice de *Alpha de Cronbach* variando numa escala de 0 a 1, sendo os valores acima de 0,7 aceitáveis. Marôco et al., (2006) consideram que, valores deste índice acima de 0,9 traduzem fiabilidade Elevada e os valores entre 0,8 e 0,9 fiabilidade Moderada a Elevada.

Através do *Alpha de Cronbach*, verificou-se a consistência interna das afirmações de cada dimensão. Existe uma razoável consistência interna entre os itens do Capital Humano e muito boa consistência interna entre os itens do Capital Estrutural e Capital Relacional (**Tabela 12**).

Tabela 12: Resultados da Análise de Consistência Interna do CH; CE; CR e da inovação.

Itens	Média	Desvio Padrão	r itc*	Alpha de Cronbach se item eliminado
8.6. Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar.	2,28	1,12	0,47	0,97
8.7. Os nossos dirigentes gostam da mudança.	2,34	1,04	0,51	0,96
8.8. Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar.	2,23	1,03	0,58	0,96
9.1. A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva.	2,52	1,02	0,66	0,96
9.2. A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição.	2,49	1,01	0,68	0,96
9.4. Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências.	2,62	1,00	0,71	0,96
9.5. A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição.	2,36	0,98	0,69	0,96
9.10. Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição.	2,44	0,93	0,59	0,96
9.11. Os nossos enfermeiros confiam na organização.	2,50	0,95	0,63	0,96
9.12. Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação.	2,78	1,05	0,63	0,96
9.14. As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas.	2,14	0,91	0,54	0,96
9.17. A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação.	2,65	1,05	0,69	0,96
9.18. Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.	2,09	0,90	0,70	0,96
9.22. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar.	2,43	0,92	0,64	0,96
9.23. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar.	2,45	0,96	0,60	0,96
9.24. A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar.	2,90	1,06	0,59	0,96
9.25. A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.	2,46	0,96	0,67	0,96
11.1. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	2,80	0,93	0,74	0,96
11.2. A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa.	2,67	0,91	0,75	0,96

Itens	Média	Desvio Padrão	r itc*	Alpha de Cronbach se item eliminado
11.3. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	2,76	0,92	0,70	0,96
11.4. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	2,80	0,91	0,68	0,96
11.6. As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	3,03	0,90	0,71	0,96
11.7. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	3,07	0,89	0,71	0,96
11.8. As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	3,02	0,92	0,69	0,96
11.9. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa.	2,72	0,83	0,72	0,96
11.10. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa.	2,68	0,83	0,76	0,96
11.11. As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias.	2,74	0,85	0,70	0,96
11.12. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.	2,75	0,84	0,68	0,96
11.13. A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição.	2,73	0,82	0,67	0,96
11.14. A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.	2,80	0,83	0,695	0,96
11.15. As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	2,97	0,87	0,73	0,96
11.16. As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	2,96	0,87	0,74	0,96
11.17. As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.	2,96	0,89	0,74	0,96

Na **Tabela 12** apresenta-se, em resumo, os itens por dimensão, as variações das médias e dos desvios padrão das escalas e averiguamos de que forma contribuem para a média e desvio padrão da subescala, o conjunto dos coeficientes de correlação entre o item e o subtotal de cada fator e, por fim, o coeficiente *Alpha de Cronbach* de cada uma das dimensões.

Tabela 13: Resultados nos itens dos constructos CH; CE; CR e da inovação.

Dimensões	N.º Itens	Variação das médias	Variação dos desvios- padrão	r itc (corrigido)	M Escala	DP Escala	Alpha de Cronbach
Capital Humano	3	2,23-2,34	1,03-1,12	0,56-0,76	6,84	2,74	0,83
Capital Estrutural	10	2,09-2,78	0,90-1,05	0,64-0,79	24,59	7,67	0,93
Capital Relacional	4	2,43-2,90	0,92-1,06	0,71-0,77	10,23	3,34	0,88
Inovação	16	2,67-3,07	0,82-0,93	0,71-0,86	45,44	11,43	0,97

Da análise da **Tabela 13**, constatamos que relativamente às dimensões do capital intelectual estudadas, destaca-se a média mais elevada da “Inovação” (45,44), logo seguida do “Capital

Estrutural” (24,59). Por fim, o coeficiente *Alpha de Cronbach* das quatro dimensões varia entre 0,83 e 0,97.

Seguidamente quisemos saber qual a associação entre as dimensões do Questionário Capital Intelectual e Capacidade Inovadora e a escala global. Para esta análise procedemos ao estudo das correlações (Produto-Momento ou *r* de *Pearson*) entre as referidas dimensões, considerando a amostra global (n=1388) do estudo.

Na **Tabela 14** apresentamos a matriz de correlações entre as dimensões do QCICISE e a escala global.

Tabela 14: Matriz de correlações entre as dimensões do QCICISE e a escala global.

Itens	Dimensão Inovação	Dimensão Estrutural	Dimensão Relacional	Dimensão Humano
Q8.6	0,31**	0,49**	0,33**	0,81**
Q8.7	0,34**	0,53**	0,36**	0,89**
Q8.8	0,39**	0,60**	0,40**	0,90**
Q9.1	0,46**	0,81**	0,50**	0,53**
Q9.2	0,47**	0,82**	0,52**	0,56**
Q9.4	0,50**	0,83**	0,55**	0,56**
Q9.5	0,50**	0,84**	0,50**	0,51**
Q9.10	0,41**	0,73**	0,43**	0,44**
Q9.11	0,46**	0,77**	0,48**	0,45**
Q9.12	0,47**	0,73**	0,53**	0,43**
Q9.14	0,37**	0,71**	0,39**	0,42**
Q9.17	0,51**	0,77**	0,63**	0,46**
Q9.18	0,50**	0,81**	0,60**	0,52**
Q9.22	0,50**	0,59**	0,84**	0,39**
Q9.23	0,46**	0,56**	0,86**	0,34**
Q9.24	0,48**	0,51**	0,85**	0,32**
Q9.25	0,53**	0,60**	0,88**	0,40**
Q11.1	0,75**	0,59**	0,54**	0,41**
Q11.2	0,77**	0,61**	0,54**	0,40**
Q11.3	0,78**	0,52**	0,46**	0,32**
Q11.4	0,77**	0,49**	0,45**	0,32**
Q11.6	0,83**	0,46**	0,47**	0,32**
Q11.7	0,85**	0,45**	0,43**	0,31**
Q11.8	0,83**	0,45**	0,41**	0,29**
Q11.9	0,83**	0,49**	0,50**	0,32**
Q11.10	0,87**	0,52**	0,52**	0,33**
Q11.11	0,83**	0,47**	0,44**	0,28**
Q11.12	0,82**	0,44**	0,43**	0,29**
Q11.13	0,77**	0,45**	0,47**	0,33**
Q11.14	0,79**	0,46**	0,48**	0,34**
Q11.15	0,88**	0,44**	0,46**	0,31**
Q11.16	0,88**	0,46**	0,47**	0,33**
Q11.17	0,87**	0,46**	0,48**	0,33**

** p<0.001

Através da análise da correlação entre os itens, com cada um dos constructos da escala, podemos afirmar que o maior valor de correlação está ligado à dimensão a que pertence (**Tabela 14**). Por isso, provamos que o capital intelectual dos serviços de enfermagem é relevante para a inovação das organizações de saúde portuguesas. Valida a relevância diferenciada para cada um dos elementos do capital intelectual na inovação das organizações de saúde portuguesas. Também verificamos que o capital relacional e o capital estrutural dos serviços de enfermagem influenciam diretamente a inovação. O capital humano é o único elemento que não está

diretamente relacionado à inovação da organização, embora tenha influência indireta através do capital relacional e do capital estrutural.

Na **Tabela 15** apresentamos a matriz de correlações entre as dimensões do capital intelectual e da inovação.

Tabela 15: Matriz geral de correlação entre as dimensões do capital intelectual e da inovação

	Dimensão Estrutural	Dimensão Relacional	Dimensão Humano	Escala total
Dimensão Inovação	0,60**	0,58**	0,40**	0,90**
Dimensão Estrutural		0,66**	0,63**	0,87**
Dimensão Relacional			0,42**	0,76**
Dimensão Humano				0,64**

Quando relacionado aos quatro constructos do QCICISE com a Escala Total e considerando os critérios de Pestana e Gageiro (2014), evidencia-se que a magnitude das correlações varia de moderada a alta (0,40-0,90). Deve ficar claro que os quatro constructos se correlacionam entre si e com a Escala total de maneira estatisticamente significativa. A dimensão que melhor se correlaciona com a Escala Total é a dimensão "Inovação" ($r = 0,90$; $p \leq 0,001$).

A validade discriminativa de um item é evidenciada pela diferença entre as correlações do item e a dimensão a que ele pertence, em contraste com a correlação do item com os constructos aos quais ele não pertence.

Na **Tabela 16** apresentamos a análise de fiabilidade das variáveis através do *Alpha de Cronbach*.

Tabela 16: Análise de fiabilidade das variáveis através do *Alpha de Cronbach*.

Variáveis	N. ° de itens	Alpha de Cronbach
Capital Humano (CH)	3	0,826
Capital Estrutural (CE)	10	0,929
Capital Relacional (CR)	4	0,878
Inovação (I)	16	0,967

Os valores da **Tabela 16** indicam o número de itens utilizados nas diferentes dimensões do estudo e respetivos valores de consistência interna de cada dimensão, o que permite verificar após a análise existem 33 itens, dos quais 3 apresentam consistência interna moderada e 30 com consistência interna elevada.

IV.1.5 Análise SEM- *Partial Least Squares*

Uma vez que este estudo se centra numa análise confirmatória, após a análise exploratória realizada com a análise dos componentes principais, onde se obtiveram relações os fatores principais das variáveis, iremos desenvolver a análise de equações estruturais com o objetivo de aferir evidências sobre a essência e as relações entre constructos latentes (Williams, Vandenberg & Edwards, 2009).

Considerando que os conceitos teóricos da investigação estão representados nas variáveis latentes (não observadas), os modelos de equações estruturais permitem estimar de que forma as variáveis latentes representam as variáveis observáveis (através da análise do modelo de medida) assim como eventuais relações de causalidade entre os constructos (através da análise do modelo estrutural) (Williams et al., 2009). Estes modelos têm assumido importante relevância na análise multivariante, podem ser operacionalizados através de uma técnica baseada em análise de covariâncias e outra técnica baseada na análise dos componentes, designada por *Partial Least Squares*.

Através da utilização do *software SmartPLS Version 2.0*, analisamos estatisticamente o modelo constituído pelos seguintes constructos: capital humano, capital relacional, capital estrutural que constitui a representação do capital intelectual dos serviços de enfermagem. Relativamente à inovação apresenta-se no modelo com 3 constructos denominados por inovação criada, inovação adotada e resultados da inovação que representam a inovação dos serviços de enfermagem.

Neste modelo de Equações Estruturais-*Partial Least Squares*, apesar dos constructos latentes não serem observáveis, são representados pelas variáveis observáveis.

IV.1.5.1 Avaliação do Modelo Estrutural

Com base nos fatores extraídos na análise dos componentes principais, foram consideradas as variáveis observáveis da dimensão do capital humano, que se evidenciam no modelo através do constructo “Atitude inovadora”: com os seguintes itens: “8.6. Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar”; “8.7. Os nossos dirigentes gostam da mudança”; “8.8. Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar”.

Relativamente ao capital relacional, esta dimensão representa-se através do constructo “Redes e Alianças” que se constitui através dos itens: “9.22. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar”; “9.23. A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar”; “9.24. A nossa instituição

colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar”;9.25. A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.”

A dimensão do capital estrutural efetiva-se neste modelo de análise com o constructo “Confiança” através dos itens: “9.1. A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva”; “9.2. A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição”; “9.4. Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências”; “9.5. A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição”, “9.10. Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição”, “9.11. Os nossos enfermeiros confiam na organização”; “9.12. Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação”; “9.14. As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas”, “9.17. A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação”, “9.18. Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias”.

No que concerne aos constructos da inovação, consideramos os constructos: Resultados de Inovação, Inovação Adotada e Inovação Criada, o último representado pelos itens: “11.1. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa”; “11.2. A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa”; “11.3. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias”; “11.4. A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros.”

Quanto à inovação adotada representa-se através dos itens: “11.9. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa”; “11.10. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu nos processos dos serviços muitas inovações de importância significativa”; “11.11. As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias”; “11.12. A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros”; “11.13. A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição”; “11.14. A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.”

Relativamente à inovação implementada representa-se através dos seguintes itens: “11.6. As inovações de serviço criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados”; “11.7. As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados”; “11.8. As inovações de gestão criadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos

resultados”; “11.15. As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados.”; “11.16. As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados”; “11.17. As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados”.

O objetivo inicial foi verificar em que medida os constructos são medidos de facto pelas variáveis observáveis, realizando-se assim uma validação dos indicadores refletivos, através da avaliação do modelo de medida.

IV1.5.2 Avaliação do Modelo de Medida

Na persecução deste objetivo analisaram-se as cargas fatoriais (*loadings*) dos constructos que apresentavam valores superiores a 0.707. Na tabela seguinte, os constructos que constituem as três dimensões do capital intelectual como: “atitude inovadora” do capital humano, “as redes e alianças” do capital relacional e “confiança” como constructo que representa o capital estrutural; são também indicados os constructos da inovação criada, inovação adotada e da inovação implementada, todos se mantiveram em análise, através dos *loadings*.

Foi também analisada a consistência interna dos constructos, para comprovar a consistência interna de todos os itens e medir o conceito, ou seja, avaliamos com que rigor estamos a medir as variáveis manifestas (itens) no mesmo constructo.

Para Fornell e Larcker (1981) a *Average Variance Extracted (AVE)* deve ser superior a 0.5, para que seja considerado um constructo com validade convergente, logo mais de 50% da variação do constructo deve-se aos seus indicadores, também sustentando por Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2006) e Bagozzi e Yi (2012). Assim, considera-se que o constructo tem validade convergente quando o AVE ultrapassa o valor de 0.5, o que significa que o conjunto de indicadores do constructo representa apenas o constructo em análise, e desta forma, pode ser demonstrado pela sua unidimensionalidade (Henseler, Ringle & Sinkovics, 2009).

Tabela 17: Fiabilidade do Constructo e da Escala

	<i>Construct/Dimension/indicator</i>	<i>Average Variance Extracted (AVE)</i>	<i>Composite Reliability (CR)</i>	<i>Alpha cronbach</i>	<i>Loading</i>
	CH- atitude inovadora	0,7487	0,8989	0,8294	
	CH 8.6.				0,7744
	CH 8.7.				0,8977
	CH 8.8.				0,9168
	CR- redes e alianças	0,734	0,9169	0,8792	
	CR 9.22				0,8538
	CR 9.23				0,8544

	<i>Construct/Dimension/indicator</i>	<i>Average Variance Extracted (AVE)</i>	<i>Composite Reliability (CR)</i>	<i>Alpha cronbach</i>	<i>Loading</i>
	CR 9.24				0,834
	CR 9.25				0,8839
	CE- confiança	0,6131	0,9404	0,9293	
	CE 9.1.				0,8116
	CE 9.2.				0,8187
	CE 9.4.				0,8383
	CE 9.5.				0,8396
	CE 9.10.				0,7284
	CE 9.11.				0,7703
	CE 9.12.				0,7168
	CE 9.14.				0,7043
	CE 9.17.				0,7739
	CE 9.18.				0,8132
	Inovação criada	0,7541	0,9245	0,8907	
	IC 11.1				0,8871
	IC 11.2				0,9034
	IC 11.3				0,8668
	IC 11.4				0,8136
	Inovação adotada	0,7684	0,9521	0,9396	
	IA 11.9.				0,8857
	IA 11.10.				0,8781
	IA 11.11.				0,8649
	IA 11.12.				0,8525
	IA 11.13.				0,8624
	IA 11.14.				0,9144
	Inovação Implementada	0,8558	0,9727	0,9662	
	RI 11.6.				0,89
	RI 11.7.				0,9146
	RI 11.8.				0,9113
	RI 11.15.				0,9402
	RI 11.16.				0,9491
	RI 11.17.				0,9441

*** $p < 0,01$ (based on t (4999), two-tailed test)

Como se observa na **Tabela 17**, o constructo Inovação Implementada tem um AVE de 0,8558 em termos de variação com significado de 86% que é causado pelos seus indicadores. Os restantes constructos apresentam igualmente valores superiores a 0.5, pode verificar-se que no que confere à inovação os valores são elevados, nomeadamente na inovação adotada com um AVE de 0,7684 e a inovação criada apresenta uma AVE de 0,7541.

Quanto à fiabilidade composta do constructo (*Composite Reliability*), deve ser considerada quando os valores são superiores a 0.7, tal como, sustentam Werts, Linn e Jöreskog (1974),

deve ser superior a 0.7, assim pode verificar-se valores superiores nos constructos: Inovação Implementada (0,9727), inovação adotada (0,9521), seguido da “confiança” CE (0,9404), da inovação criada (0,9245), das “redes e alianças” (0,9169) e da “atitude inovadora” CH (0,8989).

Relativamente ao coeficiente *Alpha de Cronbach*, uma das referências na estimativa da fiabilidade do constructo, Nunnally (1978) considera que valores inferiores a 0.6 são inadmissíveis, sendo um coeficiente de 0.7 o mais razoável numa etapa inicial de investigação e 0.8 em etapas mais avançadas.

O coeficiente de *Alpha de Cronbach* com consistência muito boa: Inovação Implementada com um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,9662 e inovação adotada com 0,9396; “confiança” CE com *Alpha de Cronbach* de 0,9293. Os constructos que apresentaram um coeficiente de *Alpha de Cronbach* com valores bons foram “inovação criada” com 0,8907; “Redes e alianças” CR com 0,8792 e “atitude inovadora” CH com 0,8294. Como se pode constatar, os constructos têm uma boa e muito boa consistência interna.

Verificamos existir fiabilidade individual das cargas fatoriais (*loadings*) pois apresentam valores acima dos 0.707 propostos para variáveis refletivas. Validamos também a fiabilidade do constructo através do *Alpha de Cronbach*, que se aconselha para esta metodologia que se situe acima dos 0.7 e reliability do constructo que igualmente se aconselha que se situe acima do 0.7.

IV1.5.2.1 Validade Convergente

Continuando a análise realizou-se a análise da validade convergente, que indica se o conjunto de indicadores representa o único constructo subjacente, podendo ser demonstrado por meio da sua unidimensionalidade (Henseler, et al., 2009).

Analisou-se também o AVE; fiabilidade convergente do constructo; (indicador mais sensível) sendo que Fornell e Larcker (1981) recomendam que a variância extraída média seja superior a 0.5, pelo que se estabelece que mais de 50% da variância do constructo se deve aos seus itens. Verificou-se que o AVE para todos os constructos é muito superior aos 0.5 aconselhados para esta metodologia (Anexo VI).

Concluimos, assim, que os constructos são válidos, significativos e medidos de forma adequada para esta análise confirmatória. Pelo que, continua-se com a análise do modelo estrutural.

IV1.5.2.2 Validade Discriminante

Como fase final, realizou-se a análise da validade discriminante dos constructos, como último teste de fiabilidade dos constructos. A validade discriminante é utilizada para verificar em que medida um constructo é diferente dos restantes, e para isso, foram utilizados dois métodos para esta validação. Primeiro, verificou-se se as correlações entre os constructos eram mais baixas que a raiz quadrada da AVE, tendo-se observado tal cenário, assinalado na **Tabela 18**. Neste sentido, verificou-se que a raiz quadrada de AVE é maior que correlação (a-b), para tal realizamos 2 análises.

Primeiro verificamos a correlação entre os constructos, sendo que a raiz quadrada do AVE (na diagonal da tabela seguinte) deve ser maior que a correlação entre as variáveis latentes. O que validamos como é visível na tabela seguinte.

Tabela 18: Modelo SEM-PLS: Validade discriminante - Raiz Quadrada AVE.

	CE- Confiança	CH Atitude Inovadora	CR-Redes e Alianças	Inovação Implementada	Inovação adotada
CE- Confiança	0,783	0	0		
CH Atitude Inovadora	0,6283	0,865	0		
CR-Redes e Alianças	0,6633	0,4261	0,857		
Inovação Implementada	0,4908	0,3439	0,4891	0,925	
Inovação adoptada	0,5394	0,3614	0,5414	0,7759	0,877

Segundo verificamos se um dado item comparte mais variância com o seu constructo do que com outros constructos do modelo para tal, recorreu-se à análise dos valores *Crossloadings* apresentados de seguida, na **Tabela 19**. Nesta análise é importante considerar que as correlações entre as pontuações de um constructo e os seus próprios itens são as cargas, pelo que, as correlações entre as pontuações de um constructo e as pontuações dos itens a que pertencem outros constructos os *crossloadings*. Assim, cada indicador deverá ter carga mais elevada no constructo a que pertence do que nos restantes constructos, desta forma, comprova-se que se encontra no constructo com o qual está relacionado de forma efetiva, que se expõe de seguida na **Tabela 19**.

Tabela 19: Modelo SEM-PLS: Validade discriminante – *Crossloading*.

Variáveis	Itens	CE “confiança”	CH “atitude inovadora”	CR “redes e alianças	Inovação implementada	Inovação adotada	Inovação criada
Inovação adotada	Q11_9_1	0,4883	0,3197	0,5005	0,6834	0,888	0,6993
	Q11_10_1	0,5236	0,3298	0,5252	0,7218	0,9162	0,7399
	Q11_11_1	0,47	0,2826	0,4377	0,6792	0,8746	0,6943
	Q11_12_1	0,4433	0,2895	0,4296	0,6883	0,8603	0,6644

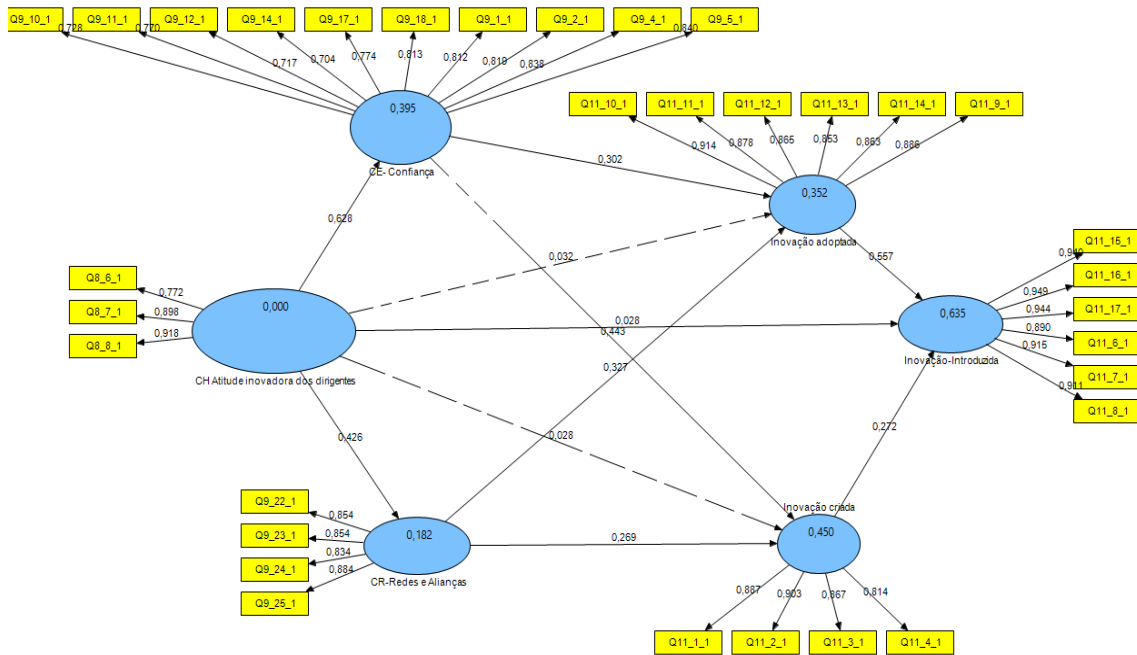
	Q11_13_1	0,4467	0,3354	0,4661	0,6309	0,8548	0,5999
	Q11_14_1	0,4616	0,3441	0,4833	0,6719	0,8637	0,622
Inovação implementada	Q11_6_1	0,4606	0,3241	0,4677	0,8926	0,6761	0,6772
	Q11_7_1	0,4539	0,3122	0,4318	0,9157	0,6929	0,6614
	Q11_8_1	0,4469	0,2954	0,4105	0,9118	0,669	0,6351
	Q11_15_1	0,4399	0,3141	0,4606	0,9385	0,754	0,6555
	Q11_16_1	0,4611	0,328	0,4662	0,9478	0,7546	0,6639
	Q11_17_1	0,4647	0,3342	0,476	0,9431	0,7526	0,6448
Inovação Criada	Q11_1_1	0,5907	0,4104	0,5399	0,5959	0,6446	0,8968
	Q11_2_1	0,6114	0,3993	0,5401	0,6122	0,6587	0,9122
	Q11_3_1	0,5239	0,3264	0,46	0,6372	0,6728	0,8585
	Q11_4_1	0,4905	0,3234	0,4541	0,6308	0,6961	0,8011
CH "atitude inov."	Q8_6_1	0,4931	0,7744	0,3305	0,2591	0,2779	0,3186
	Q8_7_1	0,5305	0,8976	0,3652	0,2926	0,304	0,3574
	Q8_8_1	0,5998	0,9168	0,4054	0,3362	0,3524	0,4149
CE "confiança"	Q9_10_1	0,7281	0,4419	0,4328	0,3366	0,3718	0,4531
	Q9_11_1	0,7705	0,4467	0,4856	0,3815	0,4086	0,485
	Q9_12_1	0,7183	0,432	0,5284	0,4006	0,4327	0,4792
	Q9_14_1	0,7036	0,4197	0,3951	0,2986	0,3262	0,4257
	Q9_17_1	0,7752	0,4637	0,6296	0,4303	0,4549	0,5491
	Q9_18_1	0,8134	0,5153	0,6006	0,4104	0,4622	0,5393
	Q9_2_1	0,818	0,5595	0,5272	0,3851	0,4266	0,4937
	Q9_4_1	0,8375	0,5666	0,5555	0,3932	0,4625	0,5498
	Q9_5_1	0,8393	0,5156	0,5018	0,4086	0,4487	0,5324
Q9_1_1	0,8111	0,5346	0,5061	0,387	0,4123	0,4954	
CR "redes e alianças"	Q9_22_1	0,5925	0,3925	0,8538	0,4353	0,4708	0,4936
	Q9_23_1	0,5618	0,3413	0,8541	0,3861	0,4285	0,4714
	Q9_24_1	0,5106	0,3182	0,8352	0,4166	0,4464	0,4753
	Q9_25_1	0,6044	0,4016	0,8831	0,4367	0,507	0,532

Finda esta análise conclui-se que o modelo de medida é ajustado, não havendo problemas com as medidas utilizadas. Passa-se a analisar o modelo estrutural.

IV.1.5.3 Avaliação do Modelo Estrutural

Uma vez que o objetivo fundamental do PLS é a predição, a bondade de um modelo teórico determina-se através da força de cada caminho (representado pelo β , que nos indica em que medida as variáveis preditoras contribuem para a variância das variáveis dependentes) e a predibilidade das variáveis dependentes, a força relativa das relações estatística. Testou-se então o nosso modelo estrutural, através da análise PLS:

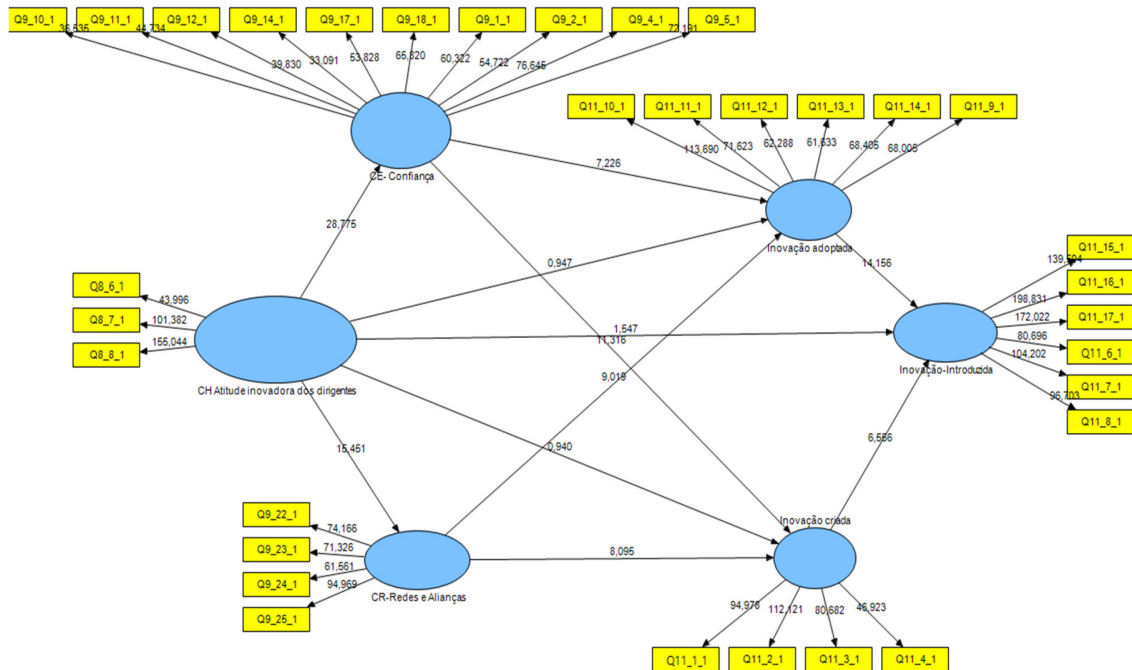
Figura 2: INICIAL Structural Model (PLS analysis)



Assim, para cada constructo dependente o valor R2 é a medida básica utilizada, indicando a quantidade da variância do constructo que é explicada pelo modelo.

Para analisar a significância dos caminhos, utilizamos a técnica do Bootstrap, onde obtemos os valores de t , com uma cola de $n-1$ graus de liberdade, donde n é o número de sub-amostras. Assim, para $n=5000$ sub-amostras $*p < .05$; $**p < .01$; $***p < .001$ (baseado numa distribuição t (4999), teremos que $t(0.05; 4999) = 1,645$; $t(0.01; 4999) = 2,327$; $t(0.001; 4999) = 3,092$, tendo obtido, no nosso estudo um $t(0.01; 4999) < 2,327$ (em anexo).

Figura 3: INICIAL Structural Model (bootstrap analysis)



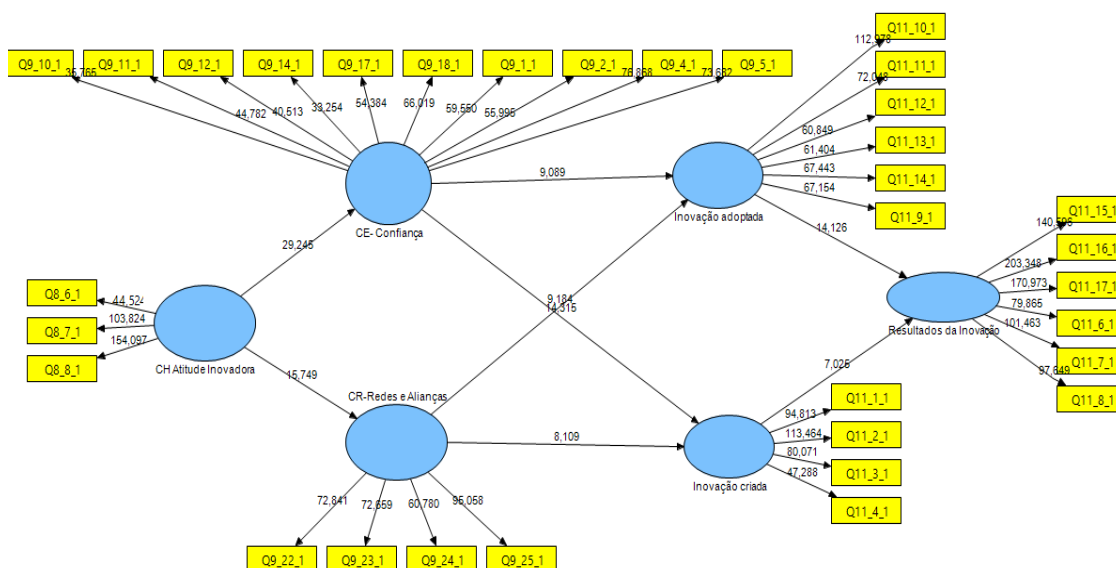
Realizou-se igualmente uma análise aos intervalos de confiança (prova não paramétrica), analisando o percentil do *bootstrap* com 95% de intervalo de confiança, também validamos a significância estatística dos path coeficientes. Verificou-se com esta análise que não se suportam as seguintes hipóteses, dado que da análise dos intervalos de confiança há variação do sinal do percentil, havendo a hipótese de ocorrer a hipótese nula.

Tabela 20: INICIAL Efeitos na variável dependente (*bootstrap path coefficients*)

Hypothesis	Percentile 95% confidence interval	Support
H1. CH Atitude inovadora dos dirigentes -> Inovação-Introduzida	[-0,00631; 0,0642] Sig	Não
H3.1 CR-Redes e Alianças -> Inovação criada	[-0,00631; 0,3319] Sig	Não

Face a este resultado, excluimos as hipóteses acima descritas e realizamos uma nova análise do modelo estrutural, retirando do modelo estrutural as relações anteriormente rejeitadas. (próxima figura).

Figura 4: FINAL-Structural Model (bootstrap analysis)



Assim, novamente, realizou-se uma análise aos intervalos de confiança (prova não paramétrica), analisando o percentil do bootstrap com 95% de intervalo de confiança, também foi validada a significância estatística dos path coeficientes, concluindo que se validam as seguintes hipóteses:

Tabela 21: FINAL Efeitos Diretos na variável dependente (*bootstrap path coefficients*)

	<i>Hypothesis</i>	<i>Direct effect</i>	<i>t-value (bootstrap)</i>	<i>Percentile 95% confidence interval</i>	<i>Support</i>	<i>Explained variance</i>
H.2.2	CE- Confiança -> Inovação adotada	0,3219	9,1067	[0,2523; 0,3918] Sig.	Sim	10%
H.2.1	CE- Confiança -> Inovação criada	0,4603	14,6143	[0,268; 0,634] Sig.	Sim	21%
H.3.1	CR-Redes e Alianças -> Inovação criada	0,27	8,3577	[0,2066; 0,3351] Sig.	Sim	7%
H.3.2	CR-Redes e Alianças -> Inovação adotada	0,3278	9,2797	[0,2570; 0,3955] Sig.	Sim	11%
H.4	Inovação adotada -> Inovação Implementada	0,5593	13,9759	[0,4779; 0,6357] Sig.	Sim	31%
	Inovação criada -> Inovação Implementada	0,2818	6,8942	[0,2019; 0,3632] Sig.	Sim	8%

Como resultados desta análise, verificaram-se efeitos indiretos das seguintes variáveis, suportando as respectivas hipóteses (tabela seguinte).

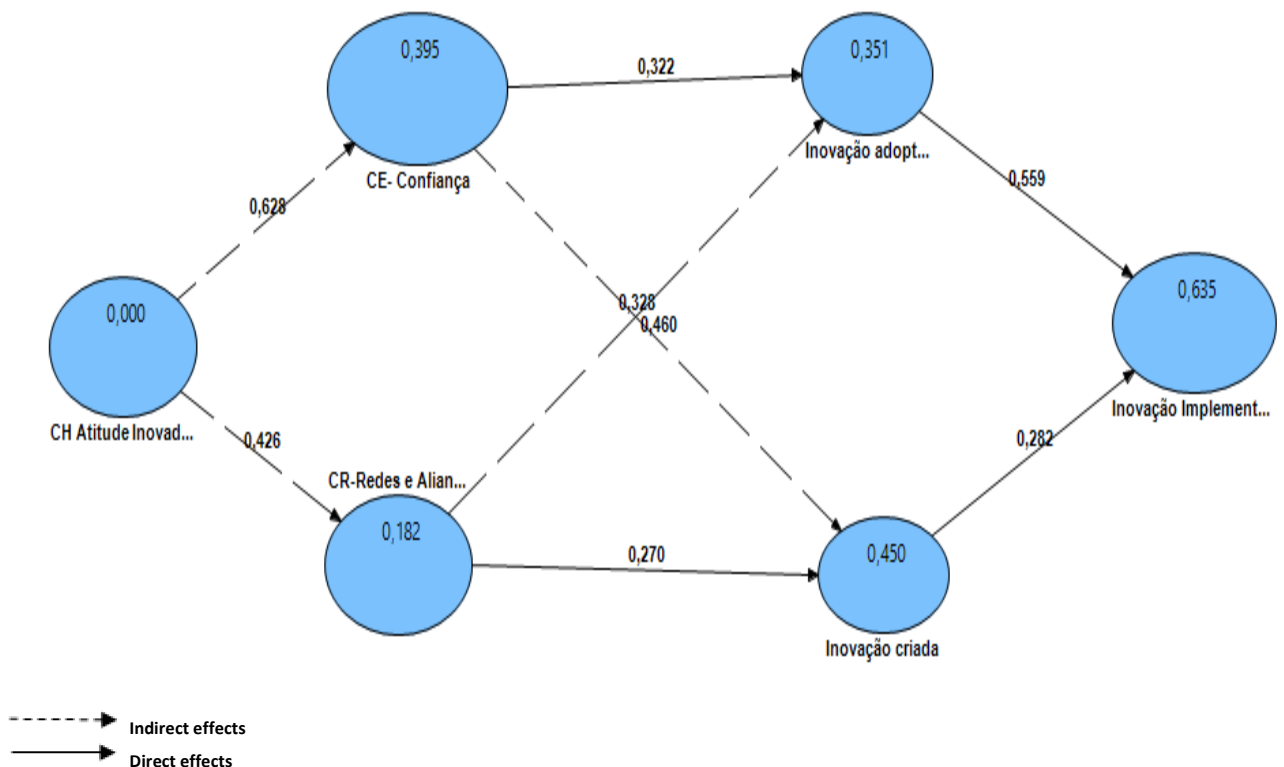
Tabela 22: FINAL-Efeitos indiretos na variável dependente (*bootstrap path coefficients*)

Hypothesis		Direct effect	t-value (bootstrap)	Percentile 95% confidence interval	Support	Explained variance
H.5	CH Atitude Inovadora-> CE-Confiança	0,6283	28,9005	[0,105; 0,532] Sig	Sim	39%
H.6	CH Atitude Inovadora -> CR-Redes e Alianças	0,4261	15,8677	[0,261; 0,578] Sig.	Sim	18%

Face à validação do modelo estrutural, até aqui apresentada, decidiu-se realizar uma última análise estatística, esta mais sensível, que se utiliza para medir a relevância preditiva dos constructos dependentes, para tal foi utilizado o procedimento de *Blindfolding*, que consiste em omitir parte dos dados de um determinado constructo durante a estimação dos parâmetros para posteriormente estimar o omitido usando os parâmetros estimados (Chin, 1998), iremos incluir a discussão sobre o teste de *Stone-Geisser*, dando-nos o indicador Q2, utilizando para o efeito a distância de omissão de 5 a 10. Como regra geral o modelo tem validade preditiva se $Q2 > 0$.

Através da análise do *Cross-validated communality* Q2: analisou-se se a predição dos dados se faz através dos scores da variável latente subjacente, obtemos para todas as análises subjacentes um valor do Q2 o, pelo que concluímos que o modelo tem validade preditiva (ver análise em Anexo VI).

Figura 5: Modelo de investigação final (*PLS ANALYSIS*)



Concluindo uma primeira análise, a estimação do modelo proposto foi iniciada através da realização de um estudo exploratório de forma a melhor compreender e justificar o modo como as variáveis que foram consideradas para o estudo, se agrupam no modelo estrutural. Este procedimento é adotado por outros investigadores de forma a permitir e analisar previamente a unidimensionalidade dos constructos, sustentada pela realização de uma análise fatorial de carácter confirmatório (e.eg., Iglésias, Fernández, del Río & Trespacios, 2002; Zhu, Wymer & Chen, 2002). Para avaliar a fiabilidade das escalas de medição utilizadas, foi necessário efetuar de forma separada, os constructos exploratórios relacionados com o capital intelectual dos serviços de enfermagem (capital humano, capital estrutural e capital relacional), bem como os constructos da “inovação implementada”, “inovação adotada” e “inovação criada”.

Depois de efetuar-se a depuração dos itens, prosseguiu-se à avaliação da consistência interna dos constructos com o objetivo de comprovar se as variáveis que compõe o constructo estão relacionadas entre si. Para realizar a análise da fiabilidade dos constructos, observou-se a validade convergente (AVE), a fiabilidade composta (*Composite Reliability*), o coeficiente do *Alpha de Cronbach* e a validade discriminante de cada constructo.

Considerando as análises expostas, nomeadamente, validade convergente (AVE), fiabilidade composta (*Composite Reliability*), coeficiente do *Alpha de Cronbach's* e validade discriminante, e uma vez que as variáveis observáveis medem corretamente o conceito, e desta forma, satisfazendo os valores de consistência interna e fiabilidade desejáveis, concluiu-se que o modelo de medida está correto.

Seguidamente foi realizada a avaliação do modelo estrutural através da análise do R², que consigna a significância dos caminhos e dos níveis de significância (teste *Stone-Geisser – Q2*).

Sabe-se que o objetivo do *Partial Least Squares* é a predição, logo é importante prever que a robustez de um modelo teórico é determina pela força de cada caminho (β) (que estabelece a relação entre constructos), e também, pela previsibilidade dos constructos endógenos (variáveis dependentes). Assim, será oportuno analisar o R² do constructo dependente, designado pelo nível de variância do constructo que é explicado pelos constructos independentes no modelo.

Tendo em atenção a análise do R², importa fundamentar os valores de referência, que segundo Chin (1998) são (0.16) débeis, (0.33) moderado e (0.67) substancial. Como se observa na tabela 8, o R² é de 0,3945 para o CE “confiança”; 0,1815 para CR” redes e alianças”; 0,635 para Inovação implementada; 0,352 para Inovação adotada; 0,450 para Inovação Criada, que segundo os valores de referência num nível considerado moderado. Para dar continuidade à análise dos dados e saber qual a significância dos caminhos, é utilizada a técnica bootstrapping, que consiste em fazer a previsão do modelo para uma subamostra de 5000 inquéritos, obtendo-se valores t e intervalos de confiança (prova não paramétrica).

De seguida efetuou-se a análise da significância estatística dos caminhos, através da seleção dos valores críticos para a distribuição *t Student*. Nos estudos de investigação, quando as hipóteses não especificam a direção da relação (+/-), é utilizada a distribuição *t Student* que serve de orientação no que respeita à direção das hipóteses, apresenta-se como uma *tale* e n-1 graus de liberdade para n subamostras. Caso não seja suficiente para especificar a direção da relação, recorre-se a uma distribuição *t Student* duas *tale* e n-1 graus de liberdade para n subamostras.

Uma vez que foi efetuada a análise na distribuição *t Student* duas *tale*, n-1 graus de liberdade para 5000 subamostras, partindo dos resultados dos 1388 casos analisados e tendo com referência $t(0.05; 4999) = 1.960$, logo a conclusão é que os valores são considerados todos importantes, são chave para o constructo que irão formar. Os outros valores que não são tão significativos mantêm-se, apesar de não serem significativos acrescentam valor na validação da escala. Assim, considera-se que este estudo apresenta uma base teórica muito sólida. Apresentamos na tabela os valores obtidos. Como se observa, os valores são todos superiores ao valor mínimo, sendo o mais elevado 29,2777 (CH atitude inovadora -> CE confiança).

Tabela 23: Modelo SEM-PLS: *Outer Weights Bootstrapping*

	<i>Original Sample (O)</i>	<i>Sample Mean (M)</i>	<i>Standard Deviation (STDEV)</i>	<i>Standard Error (STERR)</i>	<i>T Statistics (O/STERR)</i>
CE-> Inovação implementada	0,2978	0,2973	0,0361	0,0361	8,2513
CE -> Inovação adotada	0,3221	0,3224	0,0353	0,0353	9,1308
CE -> Inovação criada	0,4621	0,4619	0,0316	0,0316	14,6434
CH -> CE	0,6281	0,6285	0,0215	0,0215	29,2777
CH -> CR	0,426	0,4263	0,0267	0,0267	15,9403
CR -> Inovação implementada	0,2919	0,2924	0,0369	0,0369	7,9128
CR -> Inovação adotada	0,3285	0,3293	0,0366	0,0366	8,984
CR -> Inovação criada	0,27	0,2708	0,0333	0,0333	8,1109

Continuando a análise dos dados, efetuou-se a análise dos intervalos de confiança, em que para um coeficiente *path* estimado w não deve incluir o valor zero, segundo Henseler et al. (2009) que defendem que o intervalo de confiança não deve incluir o valor zero, estes autores consideram a possibilidade da hipótese ser eliminada, uma vez que, é possível que a hipótese w ser igual a 0, e dessa forma ser considerada nula. Posteriormente foi efetuada a técnica de *bootstrapping* (5000 subamostras) e verificou-se que nos intervalos de confiança não existe a possibilidade da hipótese w ser igual a zero, uma vez que, não existe mudança de sinal no intervalo de confiança.

A técnica de *bootstrapping* foi realizada e posteriormente efetuou-se uma análise dos pesos de regressão standardizados ou coeficientes *path* (β), estes indicam a força da predição dos

caminhos, indica a força relativa das relações estatísticas propostas entre os constructos. Os valores de referência desta técnica variam entre o -1 e 1, sendo que os valores mais próximos de 1 correspondem a uma relação forte e positiva, enquanto que os valores mais próximos de -1 refletem uma relação forte e negativa. Conclui-se, que a análise da multiplicação do coeficiente *path* (β), pelo correspondente coeficiente de correlação entre ambas as variáveis, indica a percentagem de variação da variável dependente, que é explicada pelas variáveis latentes correspondentes que estão em análise. Apresenta-se a análise efetuada na tabela seguinte.

Tabela 24: Modelo SEM-PLS: Variância Explicada

	<i>PLS</i>	<i>Bootstrapping</i>	Variância Explicada
	<i>Beta</i>	<i>Path coeficiente</i>	
CE- Confiança -> Inovação adotada	0,3219	0,3219	10%
CE- Confiança -> Inovação criada	0,4603	0,4603	21%
CH Atitude Inovadora -> CE- Confiança	0,6283	0,6283	39%
CH Atitude Inovadora -> CR-Redes e Alianças	0,4261	0,4261	18%
CR-Redes e Alianças -> Inovação adotada	0,3278	0,3278	11%
CR-Redes e Alianças -> Inovação criada	0,27	0,27	7%
Inovação adotada -> Inovação Implementada	0,5593	0,5593	31%
Inovação criada -> Inovação Implementada	0,2818	0,2818	8%

Finalmente, realizou-se um Teste de *Stone-Geisser* (Q2) com o intuito de medir a relevância preditiva dos constructos dependentes. O Teste de *Stone-Geisser* (Q2) tem como base o procedimento *blindfolding*, que se baseia na omissão de parte dos dados de determinado constructo durante a estimação de parâmetros, para posteriormente tentar obter os dados omitidos a partir dos parâmetros estimados (Chin,1998). Para estimar diferentes Q2 de acordo com a forma de predição, existindo duas formas de predição: a primeira, calcula-se Q2 através *Cross-validated communality* Q2, realizando-se a predição dos dados a partir das pontuações da variável latente subjacente. A segunda forma, calcula-se Q2 através de *Cross-validated redundancy* Q2 verificando-se se a predição é realizada pelas variáveis latentes que predizem a variável endógena em questão. A *Cross-validated redundancy* Q2 é a forma mais adequada para examinar a relevância preditiva do modelo teórico ou estrutural. Considera-se que regra geral, se $Q2 > 0$ existe relevância preditiva. Por sua vez, a distância de omissão varia entre 5 e 10, tendo sido aplicada a técnica de *blindfolding* com uma distância de omissão 9.

Apresenta-se em seguida *Cross-validated communality* Q2 e *Cross-validated redundancy* Q2 dos indicadores e dos constructos.

Esta análise permite concluir que o modelo estrutural proposto é válido, fundamentado nas tabelas anteriores, onde se verifica que Q2 foi sempre superior a zero, e por isso confirma-se a relevância preditiva do modelo estrutural.

IV.6 Discussão dos Resultados e Validação das Hipóteses

Após a análise fatorial exploratória efetuada os 58 itens relacionados com o capital intelectual e a capacidade inovadora dos serviços de enfermagem, constatou-se a eliminação de alguns itens, a existência de seis fatores, que são o capital humano, capital relacional, capital estrutural, resultados da inovação, inovação adotada, inovação criada (tal como inicialmente). Tendo como base as variáveis agrupadas por fatores, comprovou-se que correspondiam aos seis fatores do modelo estabelecido acerca do capital intelectual dos serviços de enfermagem e a inovação nas unidades de saúde portuguesas.

Por sua vez, a análise fatorial exploratória das variáveis correspondentes ao capital humano, ao capital relacional e ao capital estrutural, que constituem o capital intelectual, bem como das variáveis correspondentes aos resultados da inovação, à inovação adotada e à inovação criada, demonstrou a existência de seis fatores que correspondiam a cada uma das dimensões analisadas.

A robustez deste modelo destaca-se, uma vez que, todos fatores mantiveram-se após esta análise mais aprofundada e preditiva. Mais concretamente, evidencia-se que das 58 variáveis iniciais que sustentavam o modelo, mantiveram 33 variáveis que dão forma aos 6 fatores, sendo que, no que respeita ao capital intelectual e suas dimensões, o capital humano é sustentado na “atitude inovadora”, o capital relacional assenta nas “redes e alianças” e o capital estrutural evidencia-se na “confiança”. Relativamente à inovação, a análise define que esta se baseia em três dimensões, inovação implementada (produto/processo/gestão), inovação adotada (produto/processo/gestão) e inovação criada (produto/processo/gestão).

No que concerne ao capital humano, a análise efetuada evidencia que a “atitude inovadora” se sustenta com 3 itens; quanto ao capital relacional, destaca-se as “redes e alianças” que se consubstanciam com 4 itens; o capital estrutural, representa-se através da “confiança” que tem como base 10 itens. Relativamente à inovação implementada tem como suporte 6 itens, bem como a inovação adotada, que se faz representar com 6 itens no modelo, por último, a inovação criada tem como alicerce 4 itens.

A **primeira hipótese** e sub-hipóteses desta investigação consistem:

H1: Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas;

H.1.1 Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada nas organizações de saúde portuguesas;

H.1.2 Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.1.3 Na percepção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

A **hipótese 1** foi testada através dos resultados das diferentes análises realizadas para verificar a validade do modelo de medida. A análise *SEM PLS* aos *loadings*, designados por cargas fatoriais, permitiu concluir que dos três itens revelaram que todos tinham uma carga fatorial superior a 0.7.

Após a depuração dos itens, a avaliação da consistência interna dos constructos demonstrou que o constructo capital humano, medido através da “atitude inovadora”, possuía validade convergente, com um AVE de 0.7487. Este constructo apresentou um valor de fiabilidade composta de 0.8989, consonante com a base teórica que preconiza um valor superior a 0.7, considerado um valor de referência para uma investigação. Foi também efetuado o teste de validade discriminante que comprova que o constructo “atitude inovadora” do Capital Humano distinguia-se dos restantes, através do cálculo da raiz quadrada do AVE, podendo também ser verificada através das baixas correlações entre os restantes constructos são mais baixas do que a raiz quadrada da variância extraída media (AVE).

Por outro lado, a variância explicada do capital estrutural é explicada pelo capital humano em 39%, a variância explicada do capital relacional é explicada pelo capital humano em 18% concluindo-se que o capital humano quanto à inovação, os pesos de regressão não são muito significativos, não se verificando-se uma relação direta. Desta forma, também se conclui que H.5 e H.6, são hipóteses válidas.

No entanto, considera-se que **H.1; H.1.1; H1.2; H1.3** hipóteses **parcialmente válidas**, na medida em que o constructo Capital Humano influencia a inovação apenas de forma indireta. Isto é, através do capital relacional e capital estrutural.

A **segunda hipótese** e sub-hipóteses desta investigação consistem:

H2: Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.2.1 Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada nas organizações de saúde portuguesas;

H.2.2 Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.2.3 Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas;

Na **hipótese 2** do estudo, não verificamos, no entanto, uma relação direta entre o capital estrutural dos serviços de enfermagem e a Inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas.

No que respeita a H.2 foi testada através das análises realizadas no modelo de medida. Esta hipótese pretendia verificar se a variável observável Capital Estrutural demonstrava ser importante na medição dos constructos “cultura”, “confiança”; “estrutura da organização” e no “criação e desenvolvimento de conhecimento”. Durante a análise do modelo SEM-PLS, o teste de depuração dos itens demonstrou aqueles com cargas fatoriais e pesos mais representativos no constructo do capital estrutural foram os itens que caracterizam a “confiança”.

Foi realizada a avaliação da consistência interna dos constructos através do cálculo do AVE – validade convergente – da fiabilidade composta, do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, e da raiz quadrada do AVE e valores *crossloadings* – validade discriminante. Assim, observou-se que os dez constructos relacionados com a confiança apresentaram valores AVE superiores a 0.5, destacando-se um valor mínimo de AVE de 0,7043 e valor máximo de 0,8396, medidos através das variáveis observáveis de “confiança”. Assim a solidez estatística do capital estrutural é evidente, conferindo-lhe validade preditiva. No seguimento de um modelo preditivo, destaca-se que em que medida as variáveis preditoras contribuem para a variância explicada das variáveis endógenas, determinadas pelos *coeficientes path* que indicam os pesos de regressão, e por isso, indicam a força relativa das relações estatísticas.

Assim, para a **inovação adotada a variância explicada de 10% pelo CE; uma variância explicada de 21% para a “inovação criada”** concluindo-se que o **capital estrutural quanto à inovação, os pesos de regressão são significativos**, permitindo **validar H.2; H.2.1; H.2. 2**. E através de **efeito indireto validar parcialmente H.2.3**, uma vez que a inovação implementada é influenciada diretamente pela inovação criada e inovação adotada.

A **terceira hipótese** e sub-hipóteses desta investigação consistem:

H3: Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;

H.3.1 Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada nas organizações de saúde portuguesas;

H.3.2 Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;

H.3.3 Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas;

A **hipótese 3** foi também testada através das análises realizadas para teste do modelo de medida. Esta hipótese pretendia verificar se a variável observável Capital Relacional demonstrava ser importante na medição dos constructos Clientes/utentes e Redes e Alianças. Neste sentido, na delineação do modelo SEM-PLS, o teste de depuração dos itens demonstrou que as variáveis com cargas fatoriais e pesos mais representativos no constructo capital relacional foram as “Redes e alianças”.

Posteriormente, procedeu-se à avaliação da consistência interna dos constructos através do cálculo do AVE – validade convergente – da fiabilidade composta, do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, e da raiz quadrada do AVE e valores *crossloadings* – validade discriminante. Assim, observou-se que os quatro constructos relacionados com as redes apresentaram valores AVE superiores a 0.5, destacando-se um valor mínimo de AVE de 0,834 e valor máximo de 0,8839, medidos através das variáveis observáveis de “redes e alianças”.

O teste de validade discriminante através da raiz quadrada do AVE e dos valores *crossloadings*, confirmaram que o modelo de medida dos constructos era válido. Consubstanciado na validade do modelo de medida e nos resultados que originaram a sua validade, a variável observável “redes e alianças” é de facto determinante na medição dos constructos latentes. Além desta variável ter revelado cargas fatoriais elevadas em quatro itens das “redes e alianças”.

Pode verificar-se que estes itens que dão solidez ao capital relacional, conferindo-lhe validade preditiva. No seguimento de um modelo preditivo, destacam-se que em que medida as variáveis predictoras contribuem para a variância explicada das variáveis endógenas, determinadas pelos coeficientes path que indicam os pesos de regressão, e por isso, indicam a força relativa das relações estatísticas. Assim a variância explicada de um constructo endógeno por outra variável latente advém do valor absoluto do resultado da multiplicação do coeficiente path (β) pelo coeficiente de correlação correspondente entre as variáveis.

Seguindo os imperativos deste modelo preditivo, conclui-se que o capital relacional quanto à inovação, os pesos de regressão são significativos, apresentando $\beta = 0.3278$ e a correlação existente com a “inovação adotada” = 0.3278; como resultado seria $0.3278 \times 0.3278 = 0,107$; assim, obtém-se **11% da variância do capital relacional** que é explicada pela variável latente, “**inovação adotada**”.

Da mesma forma, **obtem-se 7% da variância do capital relacional que é explicada pela variável latente, “inovação criada”**. Pelos resultados apresentados, considera-se que as **“redes e alianças”** constituem uma variável observável importante na medição dos constructos relacionados com o **capital relacional e a “inovação adotada” e com o capital relacional e a “inovação criada”**, o que permite **validar H.3; H.3.1; H.3.2. e validar parcialmente H.3.3**, devido ao efeito indireto do capital relacional na inovação adotada e inovação criada, que por sua vez influenciam diretamente a inovação implementada.

A **quarta hipótese** desta investigação consiste:

H4: Na percepção dos enfermeiros, a inovação criada e adotada nos serviços de enfermagem está relacionada com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas;

Na **hipótese 4**, foi testada através das análises realizadas no modelo de medida. Relativamente à origem da inovação, também foram realizadas análises para constituir o modelo de medida. Com esta análise pretendeu-se verificar se a variável observável “inovação” dos serviços de saúde apresentava diferentes impactos quanto à sua origem (adotada/ criada). Durante a análise do modelo SEM-PLS, o teste de depuração dos itens demonstrou que a inovação adotada e a inovação criada foram suportadas com cargas fatoriais e pesos representativos. No entanto, o número de variáveis que as sustentam é diferente, quanto à “inovação criada” apresenta-se constituída por quatro variáveis; as que representam “inovação implementada” com seis variáveis e “inovação adotada” com seis variáveis. Parece-se adequado concluir que cargas fatoriais permitem concluir, que tanto a inovação criada como a inovação adotada, são importantes para as organizações de saúde portuguesas.

Estatisticamente e após a avaliação da consistência interna dos constructos através do cálculo do AVE – validade convergente – da fiabilidade composta, do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, e da raiz quadrada do AVE e valores *crossloadings* – validade discriminante, destacou-se que dos dezasseis itens relacionados com a inovação apresentaram valores **AVE superiores a 0.5**, destacando-se para a “**inovação criada**” um valor mínimo de **AVE de 0,8136** e valor máximo de **0,9034**; para a “**inovação adotada**” um valor mínimo de **AVE de 0,8525** e o valor máximo de **0,9144**; para a “**inovação implementada**” um valor mínimo de AVE de **0,89** e o valor máximo de **0,9491**, conferindo-lhe uma validade discriminante elevada, e confirma a robustez estatística da inovação, com validade preditiva. Descreve-se de forma mais detalhada o modelo preditivo, destacando-se em que medida as variáveis predictoras contribuem para a variância explicada das variáveis endógenas, determinadas pelos *coeficientes path* que indicam os pesos de regressão, e por isso, indicam a força relativa das relações estatísticas.

Assim, para a **inovação adotada a variância explicada de 31% pela “Inovação Implementada”**; para a **inovação criada uma variância explicada de 8% pela “Inovação**

Implementada” concluindo-se que **a inovação criada e adotada nos serviços de enfermagem está relacionada com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas. O que permite validar H.4.**

A **quinta e sexta hipóteses** desta investigação representam as dinâmicas existentes no seio dos diferentes Capitais representantes do Capital Intelectual:

H5: O capital humano está relacionado com o capital estrutural dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

H6: O capital humano está relacionado com o capital relacional dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.

Assim, as hipóteses que consubstanciam eventuais relações entre componentes do capital intelectual, apenas H.5 e H.6 apresentam-se validadas, significando que a **“atitude inovadora” do capital humano**, se relacionam diretamente com o **capital estrutural com uma variância explicada de 39 % e com o capital relacional com uma variância explicada de 18 %**, permitindo concluir que o capital relacional e o capital estrutural são significativos para a adoção e criação de inovações posteriormente implementadas nos serviços de saúde. O capital humano apesar de não estar diretamente relacionado à inovação adotada e criada, influencia o capital estrutural e relacional, que por sua vez se relacionam de forma direta com a inovação.

Sumariando as conclusões relativas às hipóteses do estudo, pode afirmar-se que a maioria das hipóteses foram validadas, o **Quadro 8**, apresentará de forma detalhada as diferentes hipóteses e sua validade após análise estatística, descrita anteriormente.

Quadro 8: Hipóteses de estudo após análise estatística.

Hipóteses	Designação	Validade
H.1	Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;	Parcialmente validado
H.1.1	Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada nas organizações de saúde portuguesas;	Parcialmente validado
H.1.2	Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas	Parcialmente validado
H.1.3	Na perceção dos enfermeiros, o capital humano dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada das organizações de saúde portuguesas	Parcialmente validado

H.2	Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;	Validado
H.2.1	Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada nas organizações de saúde portuguesas;	Validado
H.2.2	Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;	Validado
H.2.3	Na percepção dos enfermeiros, o capital estrutural dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas;	Parcialmente validado
H.3	Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas;	Validado
H.3.1	Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação criada nas organizações de saúde portuguesas;	Validado
H.3.2	Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação adotada das organizações de saúde portuguesas;	Validado
H.3.3	Na percepção dos enfermeiros, o capital relacional dos serviços de enfermagem está relacionado com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas	Parcialmente validado
H.4	Na percepção dos enfermeiros, a inovação criada e adotada nos serviços de enfermagem está relacionada com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas	Validado
H.5	O capital humano está relacionado com o capital estrutural dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas.	Validado
H.6	O capital humano está relacionado com o capital relacional dos serviços de enfermagem das organizações de saúde portuguesas	Validado

Após a análise estatística apurou-se a validade das hipóteses. Foram validadas as hipóteses: inerentes às correlações entre o capital estrutural dos serviços de enfermagem e a capacidade inovadora, nomeadamente em inovação de produto, inovação de processo e inovação de gestão; e também às correlações entre o capital relacional dos serviços de enfermagem e a capacidade inovadora, nomeadamente em inovação de produto, inovação de processo e inovação de gestão; parcialmente validada, uma vez que tem correlação indireta na capacidade inovadora, a correlação do capital humano dos serviços de enfermagem e a capacidade inovadora, na medida em que o constructo Capital Humano influencia a inovação apenas de forma indireta (consultar capítulo IV.6 Discussão dos Resultados e Validação das Hipóteses); foram também validadas as

hipóteses que evidenciam correlação entre o capital humano e capital estrutural e correlação entre o capital humano e o capital relacional.

IV.7 Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados do estudo servirá para fazer uma constatação mais detalhada, entre os resultados obtidos e o existente na literatura, permitindo aferir e discutir os resultados. Desta forma subdividimos a discussão dos resultados em hipóteses não validadas e hipóteses validadas.

Hipóteses parcialmente validadas inerentes ao capital humano: H.1;

As primeiras hipóteses referem-se às correlações do capital humano na capacidade inovadora dos serviços de enfermagem. Assim podemos verificar, que de uma forma direta, o capital humano dos serviços de enfermagem, não se relaciona com a capacidade inovadora nas organizações de saúde. A relação estabelecida é indireta, o capital humano influencia o capital estrutural e capital relacional, que por sua vez influencia a inovação adotada e inovação criada. Por isso, também o capital humano dos serviços de enfermagem correlaciona-se indiretamente, com a inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão) e inovação implementada, subscrevendo em parte o defendido em alguns estudos práticos (I.A.D.E., 2003; Youndt et al., 2004; Subramaniam & Youndt, 2005; Curado,2006; Cabrita & Vaz, 2006; Santos-Rodrigues et al.,2008; Bontis & Fitz-enz, 2002; Brooking, 1996; Stewart, 1998) contrariando também contributos teóricos de vários autores (Osterloh & Frey, 2000; Ravichandran, 2000; Mouritsen et al., 2001a; Davenport et al., 2003; I.A.D.E,2003; Shelton et al., 2005). Estas hipóteses validadas parcialmente permitem afirmar que as variáveis que constituem o capital humano (formação; a atitude inovadora; a criatividade; os incentivos para inovar) dos serviços de enfermagem se correlacionam indiretamente com a inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão); inovação implementada.

Utilizando a análise SEM-PLS para testar a H1, através da validade do modelo de medida conclui-se que a variável “atitude para inovar” é a variável observável de um constructo latente. A este constructo latente denominou-se de capital humano. Os pesos fatoriais não permitem validar integralmente as relações entre o capital humano e a inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão) e inovação implementada. Esta evidência contraria a opinião da influência direta do capital humano na inovação, defendido por (Bontis & Fitz-enz, 2002; Brooking, 1996; Stewart, 1998; Santos-Rodrigues et al., 2011). Este facto pode também estar associado ao carácter intrínseco e próprio do capital intelectual, e que eventualmente, poderá interferir os restantes constructos do capital intelectual. Assim denota-se

que o elemento capital humano exerce influência nos componentes, capital relacional e capital estrutural, que por sua vez assumem relações diretas com inovação adotada e criada. Desta forma, não se pode descurar o efeito do capital humano nas organizações de saúde, através dos serviços de enfermagem, pois funcionará como influenciador das restantes componentes já elencadas.

Hipóteses validadas inerentes ao capital estrutural: H.2; H.2.1; H.2.2; e parcialmente validada H.2.3.

Estas hipóteses referem-se às correlações do capital estrutural dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora, nomeadamente correlações entre o capital estrutural dos serviços de enfermagem e inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão) e inovação implementada (produto; processo; gestão).

Estas hipóteses validadas, permitem afirmar que existe uma correlação direta entre os elementos que constituem o capital estrutural e a capacidade inovadora. Em particular, conclui-se que os itens inerentes à variável “confiança” se correlacionam diretamente com a inovação (produto; processo; gestão) adotada e criada. Estas correlações são mais fortes entre o capital estrutural e a inovação adotada (H.2.2). Estas evidências também foram sustentadas por estudos de índole prática como Subramaniam e Nilakanta (1996); Schneider (2000); I.A.D.E. (2001); Galford e Drapeau (2003); Jassawalla e Sashittal (2003); Youndt et al. (2004) Subramaniam e Youndt (2005); Wan et al. (2005); Cabrita e Vaz (2006); Curado (2006); Santos-Rodrigues et al. (2008). Da mesma forma, corroborados por trabalhos teóricos (Subramaniam e Nilakanta, 1996; Schneider, 2000; I.A.D.E., 2001; 2003; Galford e Drapeau, 2003; Jassawalla e Sashittal, 2003).

Utilizando a análise SEM-PLS para testar a H2, através da validade do modelo de medida conclui-se que a variável confiança é variável observável de um constructo latente. A este constructo latente denominou-se de capital estrutural. Com cargas e pesos fatoriais elevados, mostrou ser preponderantes para o constructo Capital Estrutural, que apresentou um *Alpha de Cronbach* de 0,93. Assim, considera-se que a hipótese foi validada, a H2 comprovou que o Capital Estrutural converge num constructo no qual a confiança se correlaciona com a inovação criada (produto; processo; gestão) inovação adotada (produto; processo; gestão). Os pesos fatoriais são diferentes, obtendo maior preponderância na relação entre capital estrutural e inovação adotada (produto; processo; gestão). Esta constatação reforça o defendido por Yang e Lin (2009), que consideram uma importante influência do capital estrutural na inovação das organizações de saúde.

Particularizando as hipóteses validadas, enunciamos os itens validados para a variável “confiança” que obtiveram correlações com a inovação criada (produto; processo; gestão) , inovação adotada (produto; processo; gestão), sustentados por Galford e Drapeau (2003); Santos-Rodrigues et al. (2011); Adler e Know (2002); Ford (2001); Arias (2006); Rosseau et al.,

(1998); Jassawall e Sashittal (2003). Esta evidência denota, que, a confiança é um fator preponderante na estrutura da organização, influenciando a inovação nos serviços de enfermagem. Por isso, deve haver mecanismos que permitam bons níveis de confiança na estrutura da organização, elucidando os gestores para a importância de um ativo do capital estrutural, com peso nos serviços de enfermagem. A “confiança” pode ser promotora de novos produtos, processo, serviços e instrumentos de gestão nos serviços de enfermagem.

Hipóteses validadas inerentes ao relacional: H.3; H.3.1; H.3.2; e parcialmente validada H.3.3.

Estas hipóteses referem-se às correlações do capital relacional dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora, nomeadamente com a inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão). Estas hipóteses validadas, permitem afirmar que existe uma correlação direta entre os elementos que constituem o capital relacional com a capacidade inovadora. Em particular, conclui-se que os itens inerentes à variável “redes e alianças” se correlacionam diretamente com a inovação de produto, inovação de processo e inovação em gestão. Estas correlações são mais fortes entre o capital relacional e a inovação criada (produto; processo, gestão) e a inovação adotada (produto; processo, gestão). Estas hipóteses foram também sustentadas por Hii e Neely (2000); I.A.D.E. (2002;2003); Shelton et al. (2005); Cabrita e Vaz (2006); Santos-Rodrigues et al. (2008). Tal como os outros constructos, o capital relacional derivou também de trabalhos teóricos (I.A.D.E., 2002; 2003; Shelton et al., 2005).

Utilizando a análise SEM-PLS para testar a H3, através da validade do modelo de medida conclui-se que as variáveis redes e alianças são as variáveis observáveis de um constructo latente. A este constructo latente denominou-se de capital relacional. Com cargas e pesos fatoriais elevados, mostrou ser preponderantes para o constructo Capital Relacional, que apresentou um Alpha de Cronbach de 0,88. Assim, considera-se que a hipótese foi validada, a H3 comprovou que o Capital relacional converge num constructo no qual as redes e alianças apenas se correlacionam com a inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão) e resultados da inovação. Os pesos fatoriais são diferentes, obtendo maior preponderância na relação entre capital relacional e inovação adotada (produto; processo; gestão) e resultados da inovação. Esta evidência atesta a importância do capital relacional na influência na inovação, tal como defendeu Chung e Gibbons (1997) Evans e Davis (2005).

Especificando as evidências científicas ao nível do capital relacional dos serviços de enfermagem e a capacidade inovadora, destacamos as “redes e alianças” que denotam um papel importante para a inovação dos serviços de enfermagem, tal como, defendem Shelton et al. (2005); Santos-Rodrigues et al. (2011), em outros estudos. As redes e alianças correlacionaram-se estatisticamente, com os constructos inovação criada (produto; processo; gestão); inovação adotada (produto; processo; gestão). Desta forma, fica evidente que eventuais redes de colaboração e/ou alianças, com entidades externas constituem uma forma de direcionar os

serviços de enfermagem para a inovação, defendido por Freire (2001); Ahuja (2000); Santos-Rodrigues et al. (2011).

Hipóteses validadas inerentes à capacidade inovadora (inovação criada e inovação adotada):
H.4

Para a hipótese H4: Na percepção dos enfermeiros, a inovação criada e adotada nos serviços de enfermagem está relacionada com a inovação implementada nas organizações de saúde portuguesas, verificamos que efetivamente a origem da inovação implementada nas organizações de saúde pode ser variada, sendo algumas criadas internamente, seja a nível de inovação de gestão, serviço ou processo, ou adotadas do exterior da organização. Estas últimas podem advir da própria importância do capital relacional e das inovações adotadas que resultam dos ativos de conhecimento resultantes da interação das organizações externas (stakeholders e outros) com a organização.

Hipótese validada inerente ao capital humano e capital estrutural: H.5;

Esta hipótese, validada, refere-se à inter-relação entre os componentes do capital intelectual. A hipótese indica a correlação entre o capital humano com o capital estrutural tal como apoiando o referido na literatura por alguns autores (Edvinsson & Malone, 1997; Cabrita, 2009; Kaveh Asiaei & Ruzita Jusoh, 2015; Schuller, 2000; Nerdrum & Erikson, 2001; Covell & Sidani, 2013c); que referem o capital humano como o responsável por potenciar o capital estrutural.

Hipótese validada inerente ao capital humano e capital relacional H.6;

A referida hipótese validada, refere-se à inter-relação entre os componentes do capital intelectual. Assim os resultados obtidos permitiram constatar que relativamente ao capital humano se relaciona com o capital relacional como defendem os estudos de Yang e Lin (2009), Nahapiet e Ghoshal (1998); Edvinsson e Malone (1997); Rondeau e Wagar (2011); Merrick et al. (2012); Price (2013); Bontis e Fitz-enz (2002).

Assim, podemos constatar que o capital humano “atitude inovadora” influencia a “confiança” capital estrutural e “redes e alianças” capital relacional, o que pode significar que os serviços de enfermagem devem promover a atitude inovadora dos enfermeiros, uma vez que esta será “mediadora/facilitadora” dos restantes constructos do capital intelectual, conferindo um carácter muito próprio e ajustado às necessidades de cada serviço.

Utilizando a análise SEM-PLS para testar a H.5 e H.6, através da validade do modelo de medida conclui-se que a variável atitude para inovar é variável observável de um constructo latente. A este constructo latente denominou-se de capital humano. Com cargas e pesos fatoriais elevados, mostrou ser preponderantes para o constructo Capital Humano, que apresentou um Alpha de Cronbach de 0,83. Assim, considera-se que a hipótese foi validada, a H.5 e H.6 comprovou que

o Capital humano converge num constructo no qual a atitude inovadora apenas se correlaciona com o capital estrutural e o capital relacional e não com a capacidade inovadora. Este facto pode estar subjacente a que capital humano influencia os restantes constructos do capital intelectual, capital relacional e capital estrutural, que por sua vez irão interferir na inovação dos serviços sobre a forma de inovação criada (produto; processo; gestão) , inovação adotada (produto; processo; gestão). Os pesos fatoriais são diferentes, obtendo maior preponderância na relação entre capital humano e capital estrutural, contrariamente ao que defende Schuller (2000), que considera o capital estrutural como o responsável por potenciar o capital humano.

CAPÍTULO V
CONCLUSÕES

V.1 Introdução

O paradigma de gestão das unidades de saúde, em concreto a gestão dos serviços de enfermagem e sua relevância na inovação das organizações de saúde portuguesas, serviram de inspiração para este estudo. Aliado ao suporte teórico existente que, cada vez mais, sustenta a tendência de gestão das organizações de saúde com cariz mais empresarial, estudou-se os serviços de enfermagem, que integram a transversalidades dos serviços de saúde, como potencial de competitividade conferido pelas dimensões do capital intelectual destes serviços, que podem ser relevantes para a inovação das organizações de saúde.

O Alto Comissariado da Saúde (2010) apresenta no Plano Nacional de Saúde 2010-2016 maioritariamente, indicadores centrados no estado de saúde (mortalidade, situação de saúde, incapacidade, bem-estar; indicadores de saúde determinantes (comportamentos, condição de vida e trabalho, recursos pessoais, ambientais): indicadores de saúde de desempenho do sistema de saúde (aceitabilidade, acesso, adequabilidade, capacitação do cidadão, integração de cuidados, efetividade, eficiência, segurança) que fornecem informação sobre a população residente e despesa per capita. Face a este plano, nesta investigação consideramos que através do conhecimento inerente aos serviços de enfermagem se poderia potenciar os recursos da organização de saúde e desta forma contribuir para a capacidade inovadora consubstanciada no conhecimento dos serviços de enfermagem.

A principal proposta deste estudo foi analisar e pesquisar a relação do capital intelectual dos serviços de enfermagem com a inovação das organizações de saúde portuguesas, segundo a perceção dos enfermeiros. O modelo seguido teve como base o modelo preconizado por Santos-Rodrigues et al. (2008) em gestão empresarial, sendo que nesta nossa investigação as premissas estão assentes essencialmente nas relações dos elementos do capital intelectual dos serviços de enfermagem na inovação das organizações de saúde portuguesas.

Assim, neste capítulo serão descritas as conclusões do estudo realizado, tal como os objetivos propostos, que consistiram em:

1. Validar o modelo do capital intelectual ajustado aos serviços de enfermagem e verificar qual a sua relevância na inovação das organizações de saúde portuguesas.
2. Verificar se as hipóteses elencadas comprovam a relação entre os diferentes elementos do capital intelectual têm na inovação das organizações de saúde portuguesas.
3. Aplicar o modelo nos serviços de enfermagem portuguesas, como adjuvante de instrumentos de gestão tradicionais.

O trabalho apresenta várias fases que dão forma aos objetivos, confirmando de forma científica a relevância destes componentes do conhecimento, que estão no capital intelectual dos serviços

de saúde portuguesas. De forma mais detalhada existem especificidades que trazem implicações para a teoria e para a prática. Neste capítulo as conclusões serão apresentadas sobre vários prismas, inicialmente sobre o problema de investigação, contributos para a teoria e para a gestão dos serviços de enfermagem. Por fim, serão apresentadas as limitações do estudo que servirão de reflexão para a continuidade do estudo sobre este paradigma de gestão de serviços de enfermagem e futuras linhas de investigação.

V.2 Conclusões sobre o Problema de Investigação

A investigação apresentada pretendeu analisar a relação do capital intelectual (se configura no capital humano, capital relacional e capital estrutural, como os constituintes do capital intelectual) dos serviços de enfermagem na inovação (inovação de produto, de processo e gestão, adotada, criada e implementada nas organizações de saúde portuguesas. O modelo utilizado e adaptado aos serviços de enfermagem portuguesas foi validado, permitindo concluir enunciar as seguintes conclusões:

- A primeira conclusão do estudo permite afirmar que o capital intelectual dos serviços de enfermagem (CH- atitude inovadora; CE- confiança; CR- redes e alianças) é relevante para a inovação das organizações de saúde portuguesas. Esta conclusão está em linha com Mura et al. (2012) que consideram que na gestão do capital intelectual é necessário explorar o potencial inovador;
- A segunda conclusão retrata a relevância diferenciada relativamente a cada um dos elementos do capital intelectual na inovação das organizações de saúde portuguesas.

Pode constatar-se que o capital relacional (redes e alianças) e o capital estrutural (confiança) dos serviços de enfermagem influenciam diretamente inovação adotada (produto; processo; gestão) e inovação criada (produto; processo; gestão).

O capital humano (atitude inovadora) é o único elemento que não está diretamente relacionado com as diferentes inovações estudadas, ainda que, tenha forte influência indireta, através do capital relacional e do capital estrutural. Estas conclusões indicam-nos qual o nível de intervenção organizacional, uma vez que, expõe de forma clara onde a organização necessitará de reforço dos serviços de enfermagem para alcançar inovação na organização, bem como, indica quais as medidas que estão alinhadas na persecução da inovação.

- A terceira conclusão dá seguimento à conclusão anterior, reforça a correlação entre os diferentes constructos do capital intelectual e da inovação, reforçando a ideia que é necessário o efeito conjunto de todos os elementos para que a sinergia se traduza em inovação efetiva.

- A quarta conclusão é que a inovação (que neste estudo se constitui por “inovação adotada (produto; processo; gestão)” e “inovação criada” (produto; processo; gestão)), influenciam de formas diferentes a “inovação implementada”; nos serviços de enfermagem portugueses, estudados.

Pode concluir-se de uma forma geral, que o capital intelectual influencia a inovação, tal como verificado na literatura consultada, em particular, conclui-se que o capital intelectual dos serviços de enfermagem é relevante para as organizações de saúde portuguesas inovarem.

V.3 Contributos para a Teoria

Na revisão efetuada por Evans et al. (2015) encontram apenas oito artigos empíricos que examinaram a relação entre CI e vários processos organizacionais e resultados. Três dos trabalhos estudaram a ligação entre CI e a capacidade de inovação em organizações de saúde. Pelo que este estudo, em Portugal é pioneiro.

Yang e Lin (2009), num estudo realizado nos hospitais de Taiwan, verificaram que os componentes do capital intelectual serviram de mediador entre as práticas de recursos humanos e o desempenho organizacional. Isto é, foi feita a previsão de relações internas e externas à organização. Facto importante para troca de ideias e sustentar procedimentos e fundamentar decisões e intervenções de enfermagem. As relações com os pares profissionais dentro da mesma organização, fora da organização ou até de organizações de saúde de outros países podem ser uma mais-valia na produção de conhecimento, também sustentado por Nahapiet e Ghoshal (1998).

A transversalidade da influência do capital intelectual e da inovação em vários tipos de organizações é evidente e já foi reportada na literatura para diferentes setores de atividade, igualmente na área da saúde, especificamente, nos serviços de enfermagem começa a dar frutos.

As implicações teóricas relativas ao capital intelectual dos serviços de enfermagem são a constatação da relevância das diferentes dimensões do capital intelectual na inovação das organizações de saúde, tal como já validado em gestão de empresas. Com a validação concetual deste modelo, evidencia-se o capital intelectual como estratégico para criar valor, em particular na forma da implementação das inovações.

O estudo de Evans et al. (2015) também não foi discutido o capital relacional (Covell & Sidani, 2013b; Covell, 2008; Covell & Sidani, 2013c). Concluindo-se desta forma que houve mais contributos para políticas de recursos humanos do que para o CI em enfermagem (Covell & Sidani, 2013b; Hall, 2003; Moody, 2004; Covell & Sidani, 2013c, Corso, 2007). Outra limitação é

relativa à conceptualização de CI no nível individual e de grupo dentro da enfermagem, que apresenta conhecimentos limitados para a compreensão e melhoria do desempenho organizacional. Estes autores defendem que para avançar na pesquisa científica nesta área, precisamos explorar o CI ao nível organizacional.

Na literatura existente analisada, o capital humano, dimensão do capital intelectual, destacou-se como elemento central e essencial na gestão das empresas (Covell & Sidani, 2013; Soares-Faria et al., 2012) e muito relevante por Kane et al. (2007), por Duffield et al. (2011); Fritch et al. (2012) e por Santos-Rodrigues, Figueroa e Fernández-Jardon (2011). No entanto, neste estudo não se confirmou a relevância direta deste sobre a inovação, isto é, o capital humano não se relacionou de forma direta com a inovação, contribuindo indiretamente ao influenciar o capital relacional e capital estrutural (restantes elementos do capital intelectual) tal como se verificou no estudo de Santos-Rodrigues et al. (2008).

O facto de estes ativos interferirem de forma distinta na inovação, permite-nos realçar o carácter complementar e dinâmico dos componentes do capital intelectual dos serviços de enfermagem, como é visível na pesquisa de Evans et al. (2015) que verificaram que o capital relacional desempenhou o papel mais forte e mais direto na promoção de práticas inovadoras (Soares-Faria et al., 2012; Mura, Lettieri & Spiller, 2012), seguido pelo capital organizacional (Radaelli, Mura, Spiller & Lettieri, 2011). Três fatores-chave mediaram a relação entre IC e inovação: o ambiente de partilha de conhecimento na organização, as atividades de partilha de conhecimento entre os funcionários e as atitudes dos funcionários e a intenção de partilhar o conhecimento (Mura et al., 2012; Radaelli et al., 2011).

Bontis e Serenko (2009) verificaram que a liderança afetou positivamente o capital estrutural e o capital humano (via *feedback*) e que o capital estrutural influenciou a execução do processo. Por seu lado, Yang e Lin (2009) descobriram que o CI, especificamente o capital organizacional, explicou o impacto das práticas de recursos humanos sobre o desempenho (operacionalizado por medidas percetivas de satisfação dos funcionários, lealdade do paciente, taxa de rotatividade e qualidade dos cuidados). Quatro práticas de recursos humanos contribuíram para o aumento de capital intelectual e moldaram o desempenho organizacional: recrutamento, seleção, saúde e segurança (através dos três tipos de capital intelectual), avaliação de desempenho (através capital estrutural/organizacional e relacional) e formação e desenvolvimento (através capital humano).

Coletivamente, estes estudos sugerem que o CI influencia os processos e o desempenho nas organizações de saúde. Contudo, outras variáveis contextuais moldam a natureza e a extensão da influência do CI, como as práticas de recursos humanos, as atividades de gestão do conhecimento, o clima organizacional e os comportamentos de liderança.

Outros artigos empíricos e não empíricos, incluídos nesta revisão, também enfatizam estas recomendações. Evans et al. (2015) consideram que faltam evidências empíricas para saber de forma clara quais os fatores e processos que contribuem para o capital intelectual. Para entender quais as melhores estratégias, os gestores devem promover novas estratégias, de forma promover o CI em organizações de saúde, e entender quais fatores que influenciam o seu conteúdo, a qualidade, o valor e a facilidade de transferência de conhecimento dentro e fora das organizações de saúde. Com base nesses resultados, os autores fornecem várias recomendações sobre como melhorar o desempenho através do CI: desenvolver redes fortes e incentivar o trabalho em equipa; promover um contexto organizacional e uma cultura que capacite os funcionários, incentivando a aprendizagem e que facilite a partilha de conhecimento; codificação de conhecimentos e experiências com bases de dados e textos organizacionais; medir as competências e o desempenho dos funcionários (capital humano), bem como outras formas de CI; e contratação, formação e retenção dos melhores funcionários.

Segundo Covell e Sidani (2013c) num artigo sobre as implicações do capital intelectual nos estudos e na prática profissional dos enfermeiros, evidenciou uma diferença destacável na inclusão do capital relacional na teoria do capital intelectual em enfermagem. Os autores referem que o conhecimento que está contido nas relações da organização (relações internas e relações externas) é uma realidade, ainda que, o nível de conceito para o capital relacional ainda não permita espelhar uma estratégia no conhecimento.

Para Bontis e Fitz-enz (2002) o capital relacional é influenciado pelo capital humano e estrutural da organização, reiterado também por Soares-Faria et al. (2012). Neste estudo foi evidente que as variáveis que mais se correlacionaram foram as do capital relacional (confiança; redes e alianças) o que traduz a relevância na capital relacional numa organização de saúde.

Como grande contributo teórico enfatiza-se a forte e positiva relação, verificada, do capital estrutural; através da confiança; e o capital relacional; através das redes e das alianças; com a inovação criada, adotada e implementada de produto processo e gestão.

Quanto às implicações da inovação, neste estudo verificou-se que existem diferentes tipos de relações, entre os constructos do capital intelectual e a inovação implementada (produto; processo; gestão), “inovação adotada (produto; processo; gestão)” e “inovação criada (produto; processo; gestão)”. Detalhando os contributos para a teoria, sabemos que estatisticamente algumas das variáveis explicaram os constructos do capital humano, capital estrutural e o capital relacional na correlação com a inovação dos serviços de enfermagem. O capital humano contribui de forma indireta para a inovação dos serviços de enfermagem, através da “atitude inovadora”; o capital estrutural contribui para a inovação (produto; processo; gestão) dos serviços de enfermagem através da “confiança” e o capital relacional contribui para a inovação (produto; processo; gestão) dos serviços de enfermagem através das “redes e alianças”.

As diferentes e relevantes influências do capital relacional e do capital estrutural dos serviços de enfermagem na inovação dos serviços de enfermagem conferem uma sustentada análise inter-relacional entre das diferentes variáveis que determinam a inovação nas organizações, o que pode ser considerado como um conjunto de inovações incrementais, o que de alguma forma sustenta o preconizado por Pita Barros (2010). Com o estudo, verificou-se que os fatores do capital estrutural e do capital relacional dos serviços de enfermagem influenciavam a inovação das organizações de saúde, de forma relevante, o que pode ajudar na compreensão e eventual melhoria organizacional.

Esta investigação permitiu consolidar a base teórica, e validar um modelo, que se considera estatisticamente robusto, que compreende a inovação das organizações de saúde portuguesas, segundo uma perspectiva estratégica da influência do capital intelectual dos serviços de enfermagem.

V.4 Contributos para Gestão dos Serviços de Enfermagem

As investigações têm implicações teóricas e práticas, é o caso deste trabalho.

O principal contributo para a prática é que a “atitude para inovar” do capital humano, influencia a “confiança” do capital estrutural e as “redes e alianças” do capital relacional, o que nos leva a concluir que os elementos do capital intelectual dos serviços de enfermagem estão interligados e funcionam como um todo, devendo, portanto, ser analisados e geridos como um todo articulado e equilibrado.

E também importante realçar a que a variância explicada do capital estrutural é explicada pelo capital humano em 39% e a variância explicada do capital relacional é explicada pelo capital humano em 18%, pondo estas conclusões em evidência a importância do CH como um elemento determinante para potenciar o CE e o CR como drivers da inovação das organizações.

As organizações de saúde nos últimos anos introduziram um número de iniciativas de desenvolvimento e mudança como forma de melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços, com intuito de aumentar a eficiência operacional e de melhorar a prestação de cuidados aos clientes e a satisfação dos profissionais (Rondeau & Wagar, 2011).

Para Lasiter e McLennon (2015) os enfermeiros contribuem com capital humano, no capital intelectual dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Este auxilia as organizações a alcançar resultados que beneficiam os utentes. Os enfermeiros também usam capital relacional/social, em conjunto com outros prestadores de cuidados de saúde. Os enfermeiros otimizam o atendimento ao utente. Estes autores concluem que ao contribuir com capital humano

e capital relacional/social para a instituição, os seus enfermeiros estimulam a instituição a desenvolver capital intelectual dentro e fora da instituição.

Por outro lado, realça-se o forte significado estatístico dos valores apresentados pela “confiança” do capital estrutural e “redes e alianças” do capital relacional, inerentes aos serviços de enfermagem, em relação à inovação das organizações de saúde portuguesas. Esta relação de influência positiva, sustenta-se quanto ao tipo (produto; processo; gestão) e à origem da inovação, facto que nos permite sugerir que estes fatores devem ser considerados como instrumentos de gestão, que podem sustentar tomadas de decisão nas organizações de saúde. Essas tomadas de decisão podem consistir na manutenção das políticas que coincidirem com os resultados deste modelo, ou então, direcionarem e reajustarem esforços no sentido de melhorar o que não se coaduna com o modelo.

Este modelo identifica as lacunas existentes nos serviços de enfermagem numa perspetiva do alcance da inovação. Desta forma, permite aferir se os constrangimentos existentes nos serviços de enfermagem se encontram ao nível das pessoas (capital humano), ao nível da estrutura da organização (capital estrutural) ou ao nível das relações internas e externas da organização (capital relacional), permitindo uma intervenção ajustada e direcionada para a melhoria dos serviços.

Somos da opinião que estas evidências não podem ser consideradas de forma isolada, serão complementadas com outros instrumentos gestão, e suscetíveis de mensuração objetiva constituindo um instrumento de apoio à tomada de decisão.

Capital humano está indiretamente relacionado com inovação de produto, processo e de gestão

Os ativos do conhecimento do capital humano dos serviços de enfermagem estudados foram: a “atitude inovadora”, “formação”, “incentivos para inovar” e “criatividade”. Os resultados demonstraram que a “atitude inovadora” é o único fator que evidencia relação indireta com a inovação, através do capital estrutural e do capital relacional. Esta conclusão evidencia que os restantes fatores não foram considerados importantes para alcançar a inovação nas organizações de saúde. A “atitude inovadora” representa o elo de relação entre os restantes elementos, que por sua vez influenciam a inovação nas organizações. Este facto evidencia que a política das organizações de saúde nos serviços de enfermagem, potenciam a atitude inovadora como precursor de inovação. Pode concluir-se que os dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar, que gostam da mudança e mostram grande vontade por inovar. Desta forma, evidencia-se a “atitude inovadora” como ativo estratégico que os serviços de enfermagem podem utilizar para promover inovação na sua organização.

Por outro lado, a “formação”, “incentivos para inovar” e “criatividade” não se mostraram preponderantes quanto o constructo do Capital Humano, no entanto, mostraram-se importantes noutros estudos realizados noutros sectores de atividade. Os fatores anteriores não foram considerados decisivos para inovação na organização, talvez por ainda não terem sido implementados como forma de solidificar medidas de qualidade que produzem inovação.

O capital humano está diretamente relacionado com o capital estrutural e capital relacional dos serviços de enfermagem

Os resultados desta investigação permitem concluir que os ativos dos conhecimentos do capital humano, mais concretamente, os ativos da “atitude inovadora” influenciam de forma relevante os ativos do conhecimento da “confiança” inerente ao capital estrutural dos serviços de enfermagem. A atitude inovadora dos profissionais está fortemente relacionada com a confiança que estes apresentam para tomarem iniciativa de inovar e acrescentar maior valor utilidade dos serviços de enfermagem à organização em que inserem.

Da mesma forma que há evidências científicas que a “atitude inovadora” do capital humano influencia diretamente “redes e alianças” do capital relacional dos serviços de enfermagem. Mais uma vez, conclui-se a importância da “atitude inovadora” como importante ativo do conhecimento do capital intelectual dos serviços de enfermagem, conclui-se como relevante para “redes e alianças” que têm influência direta sobre a inovação das organizações.

Pode concluir-se que a implicação prática do capital humano através da “atitude inovadora” se explica de forma indireta e não menos importante, de forma a que o capital estrutural e capital relacional dos serviços exerçam a sua ação sobre os serviços de enfermagem e por sua vez nas organizações de saúde.

Relações mais consistentes e diretas foram evidenciadas pelo capital estrutural dos serviços de enfermagem, que se relacionam diretamente com a inovação das organizações.

Capital estrutural está diretamente relacionado com inovação de produto, processo e de gestão

O capital estrutural dos serviços de enfermagem constitui ativos do conhecimento que residem nas organizações de saúde, independentemente de outros fatores, como entrada e saída de enfermeiros, procedimentos de atuação, mecanismos de recolha e transmissão de conhecimento.

Neste estudo foram estudados “confiança”, “criação e desenvolvimento de conhecimento”, “estrutura da organização” e “cultura organizacional” como fatores que constituíam do capital estrutural dos serviços de enfermagem. No entanto, o fator inerente aos serviços de enfermagem que mais se destacou foi a “confiança”. Assim, pode concluir-se que os enfermeiros afirmam,

que: a instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva; na instituição que a inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição; a instituição é inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências; a instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição; confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição; os enfermeiros confiam na organização; existem grupos de melhoria que facilitam a inovação na instituição; as sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas; a instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação; e existe na instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias.

Parece adequado concluir que a “confiança” é um importante ativo do capital intelectual dos serviços de enfermagem, que promove a cultura de boas relações entre vários profissionais, traduzindo-se em produção de conhecimento sem restrições de ideias, que devidamente apuradas e comprovadas de utilidade podem ser úteis à inovação. Este ativo é sem dúvida a base de qualquer processo inovador, a confiança estimula novas ideias quer sejam no âmbito de produto de enfermagem, processo de enfermagem ou gestão de enfermagem.

Para que a confiança na organização seja efetiva, e se traduza em resultados profícuos, é necessário envolver os enfermeiros no processo de criação de conhecimento, e para que tal aconteça é preciso haver ambiente de confiança. Os líderes de enfermagem e os gestores hospitalares têm por isso um papel essencial na promoção deste ativo do capital intelectual nos serviços de enfermagem.

Outras considerações que se reportam às implicações práticas, direcionam-se para as considerações de Roos e Roos (1997) que indicam que para proceder à gestão de um processo de gestão de capital intelectual a empresa deve aceitar uma forma diferente de medir a sua performance, através do modelo do capital intelectual; passando pela idealização de uma estratégia para aprofundar e aproveitar melhor o capital intelectual. Assim, na perspetiva deste estudo, os serviços de enfermagem devem suportar-se no modelo do capital intelectual numa perspetiva de inovação dos serviços de enfermagem, bem como, apresentar uma estratégia clara com o apoio das chefias.

Não obstante, as sinergias entre os ativos do conhecimento do capital intelectual dos serviços de enfermagem são uma mais-valia para as organizações de saúde, prova disso é a relação do capital relacional dos serviços de enfermagem na inovação da organização de saúde.

Capital relacional está diretamente relacionado com inovação criada e adotada de produto, processo e de gestão

O capital relacional dos serviços de enfermagem foi estudado com suporte nos ativos do conhecimento de fatores como “clientes/utentes” e “redes e alianças” numa perspetiva de

inovação. Neste seguimento, conclui-se que as “redes e alianças” representam uma relação significativa e preponderante na influência da inovação nas organizações de saúde. Os enfermeiros consideraram que as instituições utilizam as redes de colaboração com os fornecedores para inovar; utilizam redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar; que as instituições colaboram com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para inovar e por último que as instituições mantêm (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras.

Quanto à relação do capital estrutural e do capital relacional dos serviços de enfermagem com a inovação (produto, processo, gestão), os enfermeiros consideraram que as inovações de serviço, de processo, de gestão, adotadas e introduzidas pela instituição incidem nos resultados. Consideram também que as inovações de serviços, de processo e de gestão criadas e introduzidas pela instituição incidem nos resultados. Conclui-se de forma clara que os ativos do conhecimento do capital estrutural e do capital relacional dos serviços de enfermagem são de extrema relevância para fomentar a criação e adoção de inovação nas organizações de saúde. Estes ativos do conhecimento relevam a importância de criar, adotar e implementar medidas inovadoras relativamente a produtos, a processos e gestão dos serviços.

Quanto à inovação adotada (produto, processo, gestão), os enfermeiros consideram que as instituições adotam do exterior e introduzem muitas inovações de serviços, de processo e que as últimas são determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias. Por outro lado, os enfermeiros consideram que as instituições adotam do exterior e introduzem muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros; que as instituições usualmente adotam do exterior (compram ou assimilam) inovações e introduz na instituição e que as instituições adotam do exterior e introduzem novos produtos, processos, métodos de gestão e serviços.

Relativamente à inovação criada (produto, processo, gestão), os enfermeiros são da opinião que “as instituições desenvolveram e introduziram muitas inovações de serviços de importância significativa”; e que “as instituições desenvolveram e introduziram no processo de produção dos serviços muitas inovações de importância significativa”; consideram também que “as inovações de processo criadas e introduzidas pelas instituições foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias”. Outro fator relevante é que “as instituições desenvolvem e introduzem muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitem melhorar os resultados financeiros”.

Como principal implicação prática, as organizações de saúde devem investir na formação, desenvolvimento de redes e alianças, pois beneficia a criação e disseminação do conhecimento, melhorando de forma efetiva os serviços de enfermagem e contribuindo para o desígnio da

inovação das unidades de saúde. Assim, é de interesse que estas redes e alianças sejam uma realidade.

A confiança também é considerada peça chave para a inovação das organizações de saúde. Os enfermeiros devem considerar este ativo como elo importante entre a prática e os centros de decisão.

V.5 Limitações do Estudo e Futuras Linhas de Investigação

Os trabalhos de investigação são complexos e devem ser interpretados no devido contexto, devendo as extrapolações ser cautelosas e tomar em consideração o contexto e recursos da organização e do estudo. Este modelo de avaliação do capital intelectual dos serviços de enfermagem numa perspetiva de inovação das organizações de saúde portuguesas é pioneiro em Portugal e na área da saúde (tanto quanto sabemos).

O capital intelectual dos serviços de enfermagem é complexo, pode enquadrar diversos conceitos que sejam considerados importantes nos serviços de enfermagem e nas organizações de saúde portuguesas, por isso, prevê-se a impossibilidade de enquadrar todas as vertentes e conceitos que o caracteriza num só modelo de avaliação. O modelo seguido já foi estudado, e tem um grande poder de explicação na influência do capital intelectual em gestão de empresas, no entanto, admite-se que podem ser consideradas outras dimensões do capital intelectual.

Nesta investigação, consideramos o CI e os seus três componentes como drivers da inovação, ou seja, variável antecedente, tal como Mura et al., 2012; Radaelli et al. (2011) verificaram que dois artigos também analisaram o CI como uma variável antecedente, isto é, um input, como na nossa investigação, verificamos que no que concerne ao CH, a variável “atitude inovadora” apresentou valores mais elevados, e estes valores correlacionam-se com o Capital Relacional e Capital Estrutural. Assim, é possível aferir que as variáveis: “formação”, “criatividade” e “incentivos para inovar” não apresentaram cargas fatoriais significativas para o constructo Capital Humano, pelo que sugerimos que estas dimensões sejam reformuladas ou testadas novamente, neste ou noutros contextos e sectores.

Propomos igualmente que em investigações futuras seja testada a hipótese de o CI ser um resultado e não um input.

Sugerimos adicionalmente que se considere o CI como uma variável moderadora, em linha com as conclusões de Wu e Hu (2012) também concluíram que, embora o CI tenha relação com o desempenho financeiro hospitalar e do paciente, esse relacionamento é mediado por capacidades de processo na gestão interna e externa e por capacidades de aquisição de conhecimento, bem como na sua transferência, integração e aplicação.

Este estudo efetuou-se através de amostragem por conveniência, sendo que o modelo apresentado consubstancia-se como robusto estatisticamente e por isso deve ser objeto de novos estudos e futuras linhas de investigação, aplicando-o, por exemplo, a estudos de caso.

O estudo do capital intelectual dos serviços de enfermagem é muito recente, se o considerarmos numa perspetiva de inovação organizacional, é mesmo pioneiro. Neste sentido, tratando-se de um estudo nível um há sempre sugestões a fazer. Assim, propomos que se realize, uma redefinição dos constructos que constituem cada dimensão do capital intelectual, em linha com a proposta de Evans et al. (2015) que defendem que as pesquisas futuras devem sustentar-se na literatura existente, abrangente, de sub-dimensões relevantes para os cuidados de saúde para cada elemento de CI.

Relativamente aos constructos do capital humano, a atitude das chefias deveria ser mais aprofundada, uma vez que constituem uma forma de promover o capital humano (Cabrita, 2006). Da mesma forma, que a motivação dos enfermeiros, que está associada ao desenvolvimento do capital humano e que potencia a vantagem competitiva das organizações, deveria ser objeto de aprofundamento para que a avaliação no modelo fosse mais evidente e direta. A criatividade é resultado de uma competência intrínseca dos enfermeiros, pelo que esta variável deveria ser aprofundada, por forma a validar a importância da criatividade do Capital Humano, na criação de inovações.

Relativamente ao constructo “formação” deveria ser redefinido/reanalizado por forma a verificar se, por exemplo a formação está a ser definida de uma forma genérica, o que influencia os resultados obtidos, portanto propomos que em futuras investigações este constructo seja redefinido considerando a formação específica relacionada com a atividade em estudo.

Podemos também alvitrar que apesar dos enfermeiros apresentarem elevados níveis de formação, esta não se direciona para a inovação dos serviços, o que suporta a sugestão de investigação anteriormente apresentada.

Cabrita (2009) fundamenta a relação do capital humano com o capital estrutural, com o relatório KOK⁶, determinando que ambas as componentes são uma espécie de associação para levar a cabo a construção do capital intelectual, sendo que há autores que consideram que o capital humano constrói a componente estrutural. Para Schuller (2000) o capital estrutural é o responsável por potenciar o capital humano.

A complexidade dos serviços de saúde, em particular a dos serviços de enfermagem afirmam a necessidade de estes serem estruturados e orientados de forma constante para a finalidade a

⁶ Relatório elaborado por Wim Kok em 2004: “Facing the Challenge: The Lisbon Strategy for growth and employment”.

que se destinam, cuidados de saúde de excelência, assim propomos que em futuros estudos se analise de forma mais aprofundada a validade e importância da relação capital humano-capital estrutural e/ou vice-versa.

O capital estrutural dos serviços de enfermagem é conhecido pelos ativos de conhecimento que ficam na organização, independentemente da equipa de enfermeiros que esteja a trabalhar. A “criação e desenvolvimento de conhecimento” que trata serviços internos ou externos à organização para que haja criação e desenvolvimento de conhecimento é uma realidade na maior parte dos hospitais, no entanto, esta não se destacou como preponderante na perspetiva inovadora da organização, neste estudo. Este facto alude a ideia que estes serviços de produção de conhecimento podem não estar a ser profícuos no tratamento de novas ideias, reforçando-se a ideia de que para inovar é necessário ser útil, não basta ser criativo e que a implementação de sistemas de gestão de ideias criativas pode ser um driver da criação de inovações, importante

Por outro lado, no constructo “estrutura da organização” os indicadores talvez devam ser reformulados por forma a evidenciar a importância da estrutura dos serviços de enfermagem na inovação de uma organização de saúde. Nestes constructos, “criação e desenvolvimento de conhecimento” e “estrutura da organização” deveria existir um suporte através de sistemas de informação ajustados à prática de enfermagem, criando um espaço para sugestão de ideias e troca de informações, com arbitragem de uma comissão de enfermagem, de forma a validar o conteúdo e torna-lo útil.

Por último, o constructo “cultura da organização” poderá reforçar-se melhor a ideia de que a cultura inovadora organizacional é fruto, essencial, das decisões das chefias de topo e por isso, a inovação só é criada e implementada se estes a estimularem. Um estudo elaborado por Asiaei e Jusoh (2015), elaborado na bolsa de Teerão, sugere que a cultura organizacional desempenha um papel significativo no desenvolvimento de capital humano e capital estrutural, enquanto a confiança é um dos principais determinantes de todos os componentes do CI (Capital humano, capital estrutural, capital relacional), pelo que sugerimos que seja testada, futuramente, esta relação, nos serviços de saúde portugueses.

Para Kianto et al. (2014) o capital estrutural é suscetível de moderação positiva através de sistemas de informação, que retratam as questões estruturais nas organizações (por exemplo, sistemas, ferramentas, etc.). Assim, neste raciocínio os recursos intangíveis do capital intelectual seriam promovidos pela informação e comunicação através de tecnologias.

Dando continuidade ao que foi referido anteriormente, o constructo “clientes/utentes” que tenta evidenciar as sugestões dos clientes, bem como a reportar a sua satisfação em relação às inovações dos serviços de enfermagem, poder-se-á futuramente alargar o perfil destes conceitos, de forma a serem facilmente identificados e partilhados pelas equipas de enfermagem sob supervisão de chefias e comissão criada para o efeito.

O carácter ímpar dos ativos do conhecimento do capital intelectual dos serviços de enfermagem é transversal a todas as organizações de saúde, e por isso, com forte componente estruturante e influenciadora da mesma. Assim, seria de interesse criar departamentos específicos direcionados para a potencialização da criatividade do capital humano e subsequente inovação criada e implementada pelos serviços de enfermagem.

Verificamos neste estudo, que as inovações adotadas são as que maior representatividade tem na implementação das inovações nas organizações de saúde. Provavelmente esta situação será diferente nas organizações de saúde Universidade, pois é provável que haja mais liberdade de criação e experimentação de diversas inovações. Seria interessante contrastar as nossas conclusões com a situação dos hospitais universidade.

No que concerne à metodologia de recolha de dados, considera-se que poderia ser ponderada a hipóteses de realizar entrevistas, uma vez que permitem informações mais detalhadas e poderia acrescentar informação a esta investigação. Todavia, devido à natureza do estudo, considera-se que estas se ajustam mais aos estudos de caso. No entanto, e devido aos objetivos do estudo, os dados foram recolhidos através de questionários, considerados mais adequados para o estudo em questão.

Finalmente, consideramos que este trabalho poderá ser aplicado em unidades de saúde, de forma pontual, dando uma orientação estratégica da inovação, e também poderá ser replicado em diferentes períodos temporais, realizando estudos longitudinais, de forma sistematizada aos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Abeysekera. (2006). The project of intellectual capital disclosure: Researching the research. *Journal of Intellectual Capital*, 7(1), 61–77.
- Adler, P. S., & Kwon, S.W. (2002). Social capital: Prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27(1), 17–40.
- Afuah A. (1998). Innovation management: strategies, implementation, and profits. *Oxford University Press*, 38.
- Ahuja, G. (2000). Collaboration networks, structural holes, and innovation: A longitudinal study. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 425–455.
- Aiken, L. M., Cimiotti, J. P., Smith, H. L., Cranley, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient's death in hospital with different nurse work environments. *Medical Care*, (49), 1047–1053.
- Aino Kianto, Paavo Ritala, John-Christopher Spender, & Mika Vanhala. (2014). The interaction of intellectual capital assets and knowledge management practices in organizational value creation. *Journal of Intellectual Capital*, 15(3), 362–375.
- Alavi, M., & Leidner, D. E. (2001). Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *MIS Quarterly*, 107–136.
- Allee, V. (1997). *The knowledge evolution: Expanding organizational intelligence*. Routledge.
- Allee, V. (2000). The value evolution: addressing larger implications of an intellectual capital and intangibles perspective. *Journal of Intellectual Capital*, 1(1), 17–32.
- Almeida. (2007). Los materiales de estudio en el e-learning. *Presented at the Euro American Conference on Telematics and information systems (EATIS), Faro*.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios (5ª Edição).
- Altenburger, O., & Schaffhauser-Linzatti, M. (2006). Controlling universities' intellectual capital: are the recently implemented Austrian instruments adequate. In *Proceedings of the 2nd Workshop on Visualising, Measuring and Managing Intangibles and Intellectual Capital*.
- Alto Comissariado da Saúde. (2010). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração.

American Nurse Association. (2012). *Principles of Nurse Staffing*, 2 ed. Acedido em: <http://www.nursingworld.org/MainaMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NursingStandards/ANAPrinciples>

Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1990). A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. *The Journal of Marketing*, 42–58.

Andriessen, D. (2004). IC valuation and measurement: classifying the state of the art. *Journal of Intellectual Capital*, 5(2), 230–242.

Appleyard, M. M. (1996). How does knowledge flow? Interfirm patterns in the semiconductor industry. *Strategic Management Journal*, 17(S2), 137–154.

Arias, C. J. Miró (2006). *Aprendizaje y conocimiento: un modelo sistémico e integrador para la gestión de la innovación*. (Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla).

Arslan, E. T. (2012). İnovasyon ile iç girişimcilik etkileşimi: bilişim 500 şirketlerinde bir araştırma.

Backes, D. S., Silva, D. M., de Siqueira, H. H., & Erdmann, A. L. (2007). O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 163.

Badaracco, J. (1991). The knowledge link: How firms compete through strategic alliances. *Harvard Business Press*.

Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (2012). Specification, evaluation, and interpretation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(1), 8–34.

Baldrige, J. V., & Burnham, R. A. (1975). Organizational innovation: Individual, organizational, and environmental impacts. *Administrative Science Quarterly*, 165–176.

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120.

Baron, A., & Armstrong, M. (2007). *Gestão do capital humano*. Lisboa: Sociedade e organizações, Instituto Piaget.

Barras, R. (1986). Towards a theory of innovation in services. *Research Policy*, 15(4), 161–173.

Becker, G. S. (1962). Investment in human capital: A theoretical analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5, Part 2), 9–49.

Becker, G. S. (1975). Front matter, human capital: A Theoretical and empirical analysis, with special reference to education. *National Bureau of Economic Research*. Second Edition (pp. 22–0).

Bergendahl, M., & Magnusson, M. (2015). Creating ideas for innovation: Effects of organizational distance on knowledge creation processes. *Creativity and Innovation Management*, 24(1), 87–101.

Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Association*, 289(15), 1969–1975.

Bessant, J., Tidd, J., & Pavitt, K. (2008). *Gestão da inovação*. Porto Alegre, 3.

Blau, P. M. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley and Sons.

Bleich, M. R., Cleary, B. L., Davis, K., Hatcher, B. J., Hewlett, P. O., & Hill, K. S. (2009). Mitigating Knowledge Loss: A Strategic Imperative for Nurse Leaders. *Journal of Nursing Administration*, 39(4). Acedido em http://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2009/04000/Mitigating_Knowledge_Loss_A_Strategic_Imperative.5.aspx

Bock, G. W., Zmud, R. W., Kim, Y. G., & Lee, J. N. (2005). Behavioral intention formation in knowledge sharing: Examining the role of extrinsic motivators. Social-psychological force and organizational climate. *Management Information Systems Quarterly*, 29(1), 87-111.

Boix, C., & Posner, D. N. (1998). Social capital: Explaining its origins and effects on government performance. *British Journal of Political Science*, 28(4), 686–693.

Bontis, N. (1996). There's a price on your head: Managing intellectual capital strategically. *Business Quarterly*, 60(4), 40–46.

Bontis N. (1998). *Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models*. Management Decision (Vol. 2).

Bontis, N. (1999). *Managing an organizational learning system by aligning stocks and flows of knowledge: An empirical examination of intellectual capital, knowledge management, and business performance*. (Dissertation Abstracts International. (AAT NQ40244).).

Bontis, N. (2001). Assessing knowledge assets: a review of the models used to measure intellectual capital. *International Journal of Management Reviews*, 3(1), 41–60.

Bontis, N. (2004). National intellectual capital index: A United Nations initiative for the Arab region. *Journal of Intellectual Capital*, 5(1), 13–39.

- Bontis, N., Chua Chong Keow, W., & Richardson, S. (2000). Intellectual capital and business performance in Malaysian industries. *Journal of Intellectual Capital*, 1(1), 85–100.
- Bontis, Dragonetti, Jacobsen, Kristine, Goran & Roos. (1999). The knowledge toolbox, a review of the tools available to measure and manage intangible resources. *European Management Journal*, p. 391–401.
- Bontis N. & Fitz-enz. (2002). Intellectual capital ROI: a causal map of human capital antecedents and consequents. *Journal of Intellectual Capital*, pp. 223–247.
- Bontis, N., & Nikitopoulos, D. (2001). Thought leadership on intellectual capital. *Journal of Intellectual Capital*, 2(3), 183–191.
- Bontis, N., & Serenko, A. (2009). Longitudinal knowledge strategising in a long-term healthcare organisation. *International Journal of Technology Management*, 47(1–3), 250–271.
- Bouncken, R. B. (2002). Knowledge management for quality improvements in hotels. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 3(3–4), 25–59.
- Boyd D. (2011b). *Corporate Innovation Expert and Thought Leader*. Acedido em: <http://www.washingtonspeakers.com/speakers/speaker.cfm?SpeakerId=6960>
- Boyd D. (2011a). *Innovation Management*. Innovationmanagements. Acedido em: <http://www.innovationmanagement.se>
- Brennan, N., & Connel, B. (2000). Intellectual Capital: Current issues and policy implications. *Journal of Intellectual Capital*, 1(3), 206–240.
- Brooking, A. (1996). Intellectual capital. *Cengage Learning European Medicines Agency*.
- Brooking, A. (1997). *El Capital Intelectual. El Principal Activo de las Empresas del Tercer Milenio*. Barcelona. España: Paidós Ibérica S. A.
- Brown, J., & Duguid, P. (1991). 1991: Organizational learning and communities of practice: toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization Science* 2, 40-57.
- Brown, A. D., & Starkey, K. (1994). The effect of organizational culture on communication and information. *Journal of Management Studies*, 31, 807–828.
- Burca, S. (2000). The learning healthcare organization. *International Journal for Quality in Healthcare*, 12(6), 457–458.

Cabello-Medina, C., Lopez-Cabrales, A., & Valle-Cabrera, R. (2011). Leveraging the innovative performance of human capital through HRM and social capital in Spanish firms. *International Journal of Human Resource Management*, 22(4), 807–828.

Cabrita, M. R. (2009). *Capital intelectual e desempenho organizacional*. Lisboa e Porto: Lidel.

Cabrita, M. R., & Bontis, N. (2008). Intellectual capital and business performance in Portuguese banking industry. Cabrita, M.R. E Bontis, N. (2008):" Intellectual Capital and Business Performance in Portuguese Banking. *Journal of Technology Management*, 43(1/3), 180–235.

Cabrita, M.R., & Vaz. (2006). Intellectual capital and value creation: Evidence from the Portuguese Banking Industry. *The Electronic Journal of Knowledge Management*, 4(1), 11–20.

Cañibano, L., García-Ayuso, & Sánchez. (2000). Accounting for intangibles: A Literature Review. *Journal of Accounting Literature*, 19, 102–129.

Cañibano, L., Sanchez, P., Garcia-Ayuso, M., & Chaminade, C. (2002). MERITUM: *Guidelines for Managing and Reporting on Intangibles*. Madrid: Fundacion Airtel.

Capon, N., Farley, J. U., Lehmann, D. R., & Hulbert, J. M. (1992). Profiles of product innovators among large US manufacturers. *Management Science*, 38(2), 157–169.

Casey, K. L. (2008). *Defining political capital: A reconsideration of Bourdieu's interconvertibility theory*. St Louis, USA: Lab for Integrated Learning and Technology: University of Missouri.

CEN, P. (2004). *European Guide to good practice in knowledge management-Part 1: Knowledge Management Framework*.

Chang, H.-Y., Wu, M.-Y., & Sheu, D.-F. (2014). Perceptions of intellectual capital held by the supervisors of nursing divisions in hospitals in Taiwan. *Management Decision*, 52(6), 1101–1115.

Charles Despres, & Jean-Marie Hiltrop. (1995). Human resource management in the knowledge age: current practice and perspectives on the future. *Employee Relations*, 17(1), 9–23.

Chen, J., Zhu, Z., & Yuan Xie, H. (2004). Measuring intellectual capital: a new model and empirical study. *Journal of Intellectual Capital*, 5(1), 195–212.

Chiavenato. I. (1999). *Introdução à administração geral da administração* (5th ed.). Rio de Janeiro: Campus.

Chiavenato, I. (2005). *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. Editora Manole.

- Chin W.W. (1998). Issues and opinion on structural equation modelling. *Management Information Systems Quarterly*, 21(1), 7–15.
- Chowdhury, S. (2005). The role of affect- and cognition-based trust in complex knowledge sharing. *Journal of Managerial Issues*, p. 310-326.
- Chung, L. H., & Gibbons, P. T. (1997). Corporate entrepreneurship the roles of ideology and social capital. *Group & Organization Management*, 22(1), 10–30.
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 128–152.
- Collier, P. M. (2001). Valuing intellectual capacity in the police. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, p. 437–55.
- Conklin, J. (1998). *Capturing organizational memory, in Groupware and Computer-Supported*.
- Corso, J. A. (2007). Rethinking traditional methods for measuring intellectual capital. *Nursing Administration Quarterly*, 31(1), 13–16.
- Corti, E. (2002). La Gestione Dell'innovazione: le piccoli imprese innovative. ESI.
- Coutinho, C. P. (2008). Estudos correlacionais em educação: potencialidades e limitações.
- Covell, C.L. (2008). The middle-range theory of nursing intellectual capital. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 94-103.
- Covell, C.L. (2009). Outcomes Achieved from Organizational Investment in Nursing Continuing Professional Development. *The Journal of Nursing Administration*, pp. 438–443.
- Covell, C. L., & Sidani, S. (2013c). Nursing intellectual capital theory: Implications for research and practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2). Acedido em: <http://ojin.nursingworld.org/mainmenucategories/anamarketplace/anaperiodicals/ojin/tableofcontents/vol-18-2013/no2-may-2013/nursing-intellectual-capital-theory.html>
- Covell, C. L., & Sidani, S. (2013). Nursing intellectual capital theory: operationalization and empirical validation of concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1785-1796.
- Covell, C. L., & Sidani, S. (2013a). Nursing intellectual capital theory: testing selected propositions. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2432–2445.
- Cox, A., Zagelmeyer, S., & Marchington, M. (2006). Embedding employee involvement and participation at work. *Human Resource Management Journal*, 16(3), 250–267.

Crawford, R. (1994). Na era do capital humano: o talento, a inteligência e o conhecimento como forças econômicas. Seu impacto nas empresas e nas decisões de investimento.

Cunha, N. C. V. da. (2005). As práticas gerenciais e suas contribuições para a capacidade de inovação em empresas inovadoras.

Curado. (2006). *O efeito mediador das estratégias de gestão do conhecimento entre componentes do capital intelectual: um estudo realizado na indústria bancária portuguesa* (Tese de Doutoramento). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Daft, R. L. (1978). A dual-core model of organizational innovation. *Academy of Management Journal*, 21(2), 193–210.

Dakhli, M., & De Clercq, D. (2004). Human capital, social capital, and innovation: a multi-country study. *Entrepreneurship & Regional Development*, 16(2), 107–128.

Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 550–590.

Daólio, L. C. (2004). *Perfis e competências: retrato dos executivos, gerentes e técnicos*. Érica.

Darroch, J. (2005). Knowledge management, innovation and firm performance. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 101–115.

Davenport, T. (1998). Ten principles of knowledge management and four case studies. *Knowledge and Process Management*, 4, 187-208.

Davenport, T. (1999). Knowledge management and the broader firm: strategy, advantage, and performance. *Knowledge Management Handbook*, 2, 1–2.

Davenport, T. (2007). *Capital Humano—Criando vantagens competitivas através das pessoas*. Lisboa, Editora Planeta DeAgostini.

Davenport, T., & Prusak, L. (1998). Working knowledge: How organizations manage what they know. *Harvard Business Press*.

Davenport, T., Prusak, L., & Wilson, H. J. (2003). Whos bringing you hot ideas and are you responding? *Harvard School Press*, 81(2), 58–64.

Deb Williams. (2015). *Theory of Intellectual Capital in Nursing*. Retrieved August 16, 2015, from http://www.academia.edu/7706700/Theory_of_Intellectual_Capital_in_Nursing

Denisi, Jackson & Hitt. (2003). *The knowledge-based approach to sustainable competitive advantage*. San Francisco: Jossey Bass.

- Dewar, R. D., & Dutton, J. E. (1986). The adoption of radical and incremental innovations: An empirical analysis. *Management Science*, 32(11), 1422–1433.
- D'Innocenzo, M., Feldman, L. B., Fazenda, N. R. D. R., Helito, R. A. B., & Ruthes, R. M. (2010). Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. In *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde* (pp. 208-208).
- Djellal, F., & Gallouj, F. (2005). Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, 34(6), 817–835.
- Djellal, F., & Gallouj, F. (2007). Innovation in hospitals: a survey of the literature. *The European Journal of Health Economics*, 8(3), 181–193.
- Downs Jr, G. W., & Mohr, L. B. (1976). Conceptual issues in the study of innovation. *Administrative Science Quarterly*, 700–714.
- Drucker, P. F. (1993). *Post-Capitalist Society*. New York: Harper Collins.
- Drucker, P. F. (1997). *Inovação e Gestão*, Editora Presença (4ª edição). Editora Presença.
- Drucker, P. F. (2000). *Inovação e espírito empreendedor*. Cengage Learning Editores.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244–255.
- Duffy. (2000). Uma ideia de Capital, *HSM - Management*. São Paulo, Brasil.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383.
- Edvinsson, L. (1997). Developing intellectual capital at Skandia. *Long Range Planning*, 30(3), 366–373.
- Edvinsson, L. & Malone, M. S. (1997). *Intellectual Capital: Realizing Your Company's True Value by Finding its Hidden Brainpower*. New York: HarperCollins.
- Ehrenberg, & Smith. (1997). *Modern labor economics*. New York: Harper Collins.
- Elenkov, D. S., Judge, W., & Wright, P. (2005). Strategic leadership and executive innovation influence: an international multi-cluster comparative study. *Strategic Management Journal*, 26(7), 665–682.

- Elliot, J. (1991). *Action research for educational change*. McGraw-Hill Education (UK).
- Emidia Vagnoni, & Chiara Oppi. (2015). Investigating factors of intellectual capital to enhance achievement of strategic goals in a university hospital setting. *Journal of Intellectual Capital*, 16(2), 331–363.
- Ettlie, J. E., Bridges, W. P., & O'keefe, R. D. (1984). Organization strategy and structural differences for radical versus incremental innovation. *Management Science*, 30(6), 682–695.
- Ettlie, J. E., & Reza, E. M. (1992). Organizational integration and process innovation. *Academy of Management Journal*, 35(4), 795–827.
- Evans, J. M., Brown, A., & Baker, G. R. (2015). Intellectual capital in the healthcare sector: a systematic review and critique of the literature. *BMC Health Services Research*, 15(1), 556.
- Evans, W. R., & Davis, W. D. (2005). High-performance work systems and organizational performance: The mediating role of internal social structure. *Journal of Management*, 31(5), 758–775.
- Fagerberg, I. (2004). Registered nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 284–291.
- Fahey, L., & Prusak, L. (1998). The eleven deadliest sins of knowledge management. *California Management Review*, 40(3), 265–276.
- Farr, J., & Ford, C. (1990). *Individual innovation*. In M. West, & J. Farr (Eds.), *Managing innovation* (pp. 63-80). London: Sage.
- Farson, R., & Keyes. (2002). The failure - tolerant leader. *Harvard Business Review*, 80(8), 64–71.
- Fawcett, J. (1998). *The relationship of theory and research* (Philadelphia). Davis Company.
- Feldman, L. B., Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2008). Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Fernández, P. (2007). *Valoración de marcas e intangibles*. Acedido em: <http://ssrn.com/abstract=975471>.
- Figuro-Dorrego, P. (1997). *Un modelo para el análisis de la configuración estructural de la empresa gallega: consideración del factor humano* (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Figuroa-Dorrego P., & Fernández-Jardón, C. (1999). Análisis Estratégico del Factor Humano en la Empresa Gallega: Aspectos críticos y propuestas de mejora.

Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2014). *Administração de Serviços-: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação*. AMGH Editora.

Ford, D. (2001). *Trust and knowledge management: The seeds of success*. Queen's School of Business, Centre for Knowledge-Based Enterprises.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 39–50.

Freire A. (2000). *Inovação: novos produtos; serviços e negócios para Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo.

Freire A. (2001). *Estratégia Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo.

Freitas, M. J. B. dos S. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Freixo, M. J. (2013). *Metodologia científica - Fundamentos, métodos e técnicas* (4^a ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Frith, K. H., Anderson, E. F., Tseng, F., & Fong, E. A. (2012). Nurse staffing is an important strategy to prevent medication error in community hospitals. *Nursing Economics*, 30(5), 288–294.

Gabbay, S. M., & Zuckerman, E. W. (1998). Social capital and opportunity in corporate R&D: The contingent effect of contact density on mobility expectations. *Social Science Research*, 27(2), 189–217.

Galford, R., & Drapeau, A. S. (2003). The enemies of trust. *Harvard Business Review*, 81(2), 88–95.

Gallouj, F. (1994). Les déterminants de l'innovation dans les activités de conseil. *Revue Française Du Marketing*, (149), 33–51.

Gallouj, F., & Savona, M. (2009). Innovation in services: a review of the debate and a research agenda. *Journal of Evolutionary Economics*, 19(2), 149.

Garavaglia, G., Lettieri, E., Agasisti, T., & Lopez, S. (2011). Efficiency and quality of care in nursing homes: an Italian case study. *Health Care Management Science*, 14(1), 22–35.

- García-Meca & Martínez. (2005). Assessing the Quality of Disclosure on Intangibles in the Spanish Capital Market. *European Business Review*, 17(4), 305–313.
- Gardiner, P., Leat, M., & Sadler-Smith, E. (2001). Learning in organizations: HR implications and considerations. *Human Resource Development International*, 4(3), 391–405.
- Gibson R., & Kelly B. (2010). *Stoking your Innovation Bonfire – A Roadmap to a Sustainable Culture as Ingenuity and Purpose*. New Jersey: Wiley & Sons Inc.
- Giustiniano, L. (2002). Modelli manageriali, information technology e performance organizzative. *Organizzazione Sanitaria*, 2, 1–30.
- González Gurriarán, J., & Figueroa Dorrego, P. (2003). Plan Estratégico de Innovación de Galicia”: Xunta de Galicia.
- González-Loureiro, M., & Figueroa Dorrego, P. (2010). Intellectual capital on regional innovation systems: toward the momentum of growth rates of business performance. *International Journal of Transitions and Innovation Systems*, 1(1), 82–99.
- Gopalakrishnan, S., & Damanpour, F. (1997). A review of innovation research in economics, sociology and technology management. *Omega*, 25(1), 15-28.
- Gordon, C. (2007). Innovation strategy: Toss old rules. *KM World*, 16(7), 1–2.
- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: A network theory revisited. *Sociological theory*, 1, 201-233.
- Grossmann, R. (1995). *Die Selbstorganisation der Krankenhäuser. In Veränderung in Organisationen* (pp. 55-78). Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (7th ed ed.). St. Loius: Elsevier/Saunders.
- Gupta, K. (2009). *Cost management: Measuring, monitoring & motivating performance*. Global India Publications.
- Gupta, O., & Roos, G. (2001). Mergers and acquisitions through an intellectual capital perspective. *Journal of Intellectual Capital*, 2(3), 297–309.
- Guthrie, Ricceri, & Dumay. (2012). Reflections and projections: a decade of intellectual capital accounting research. *British Accounting Review*, 44(2), 68–92.
- Habersam, M., & Piber, M. (2003). Exploring intellectual capital in hospitals: two qualitative case studies in Italy and Austria. *European Accounting Review*, 12(3), 753–779.

- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis*, 6.
- Hall, L. M. (2003). Nursing intellectual capital: A theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nursing Economics*, 21(1), 14.
- Heisig, P., Caldwell, N. H., Grebici, K., & Clarkson, P. J. (2010). Exploring knowledge and information needs in engineering from the past and for the future—results from a survey. *Design Studies*, 31(5), 499–532.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *In New challenges to international marketing* (pp. 277–319). Emerald Group Publishing Limited.
- Hermans, R., & Kauranen, I. (2005). Value creation potential of intellectual capital in biotechnology—empirical evidence from Finland. *R&D Management*, 35(2), 171–185.
- Hii, J. J., & Neely, N. (2000). Innovative capacity of firms: on why some firms are more innovative than others. Presented at the 7 th International Annual EurOMA Conference 2000, Ghent.
- Hine A. (2006). Service and capital development. In Walshe K. Smith J (eds). *Healthcare Management*. Holmesland, A.-L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M., & Arnkil, T. E. (2010). Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *International Journal of Integrated Care*, 10(3).
- Holmesland, A.-L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M., & Arnkil, T. E. (2010). Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *International Journal of Integrated Care*, 10(3).
- Hsu, I.-C., Yeh-Yun Lin, C., Lawler, J. J., & Wu, S.-H. (2007). Toward a model of organizational human capital development: Preliminary evidence from Taiwan. *Asia Pacific Business Review*, 13(2), 251–275.
- Hudson, W. J. (1993). *Intellectual capital: How to build it, enhance it, use it*. Wiley.
- I.A.D.E. (2001). Documentos intellectus: identificacion y medicion del capital tecnologico de la empresa. *Centro de Investigación sobre la Sociedad del Conocimiento. Madrid*.
- I.A.D.E. (2002). Documentos intellectus, indentificacion y medicion del capital relacional. *Centro de Investigación sobre la Sociedad del Conocimiento. Madrid*.
- I.A.D.E. (2003). Modelo intellectus y gestion del capital intelectual. *Centro de Investigación sobre la Sociedad del Conocimiento. Madrid*.

Iglésias, V., Fernández, M., del Río, A., & Trespalacios, J. (2002). Las actitudes ante el servicio y su influencia en la evaluación de la calidad: una aplicación a la ITV. *Cuadernos de Economía Y Dirección de La Empresa* (13), 447–467.

International Council of Nurses. (2009). *Delivering quality, serving communities: nurses leading care innovations*. Geneve.

Isidro-Filho, A., Guimarães, T., & Perin, M. G. (2011). Determinantes de inovações apoiadas em tecnologias de informação e comunicação adotadas por hospitais. *Revista de Administração e Inovação*, São Paulo, 8(4).

ISTAT. (2006). Capitale intellettuale e amministrazioni pubbliche. *Quaderni MIPA*.

Itami, H. (1987). *Mobilizing Invisible Assets*. Harvard University Press.

Jacob, M., & Ebrahimpur, G. (2001). Experience vs. expertise – the role of implicit understandings of knowledge in determining the nature of knowledge transfer in two companies. *Journal of Intellectual Capital*, 74–88.

Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effortreward fairness, and innovative work behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 287-302.

Jassawalla, A. R., & Sashittal, H. C. (2003). The DNA of culture that promote product innovation. *Ivey Business Journal Online*, 1, 1–6.

Jay Liebowitz, & Ching Y. Suen. (2000). Developing knowledge management metrics for measuring intellectual capitalnull. *Journal of Intellectual Capital*, 1(1), 54–67.

Jenkinson, C., Coulter, A., & Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353–358.

Johanson, U. (2000). *Characteristics of intangibles – proposals generated from literature and experienced Swedish firms'*, in Grojer, J. E. and Stolowy, H. (eds) (Classification of Intangibles.). Jouy-en-Josas: Groupe HEC.

Joia, L. A. (2001). Medindo o capital intelectual. *Revista de Administração de Empresas*, 41(2), 54–63.

Júnior, P. C. R., & Guimarães, T. (2012). Inovação em serviços: o estado da arte e uma proposta de agenda de pesquisa/Service Innovation: the state of the art and a proposal of a research agenda/Innovación en Servicios: el estado del arte y una propuesta de programa de estudio. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 14(44), 293.

- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195–1204.
- Kang, S. C., & Snell, S. A. (2009). Intellectual Capital Architectures and Ambidextrous Learning: a framework for human resource management. *Journal of Management Studies*, 65-92.
- Kaveh Asiaei, & Ruzita Jusoh. (2015). A multidimensional view of intellectual capital: the impact on organizational performance. *Management Decision*, 53(3), 668–697.
- Kaya, N., Turan, N., & Aydın, G. (2016). Innovation in Nursing: A Concept Analysis. *Journal of Community and Public Health Nursing*, 2, 108.
- Kimberly J.R., & Evanisko M.J. (1981). Organizational Innovation: the influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of Management Journal*, 24(4), 689–713.
- Kinnie N., Swart J., Morris S., Kang S.C. & Snell S. (2006). *Managing People and Knowledge in Professional Service Firms*. Londres: CIPD.
- Kirpal, S. (2004). Work identities of nurses: between caring and efficiency demands. *Career Development International*, 9(3), 274–304.
- Klein D.A. (1998). *A gestão estratégica do capital intelectual (Recursos Para a Economia)*. Quality Mark.
- Knoke, D. (1999). Organizational networks and corporate social capital. *In Corporate social capital and liability* (17–42). Springer.Boston.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. (Vol. 6). National Academies Press.
- Krackhardt, D., & Hanson, J. R. (1993). Informal networks. *Harvard Business Review*, 71(4), 104–111.
- Kumar, J. A., & Ganesh, L. S. (2009). Research on Knowledge Transfer in Organizations: a Morphology. *Journal of Knowledge Management*, 161-174.
- Laschinger, H. K. S., Read, E., Wilk, P., & Finegan, J. (2014). The influence of nursing unit empowerment and social capital on unit effectiveness and nurse perceptions of patient care quality. *Journal of Nursing Administration*, 44(6), 347–52.
- Lasiter, S., & McLennon, S. M. (2015). Nursing professional capital: a qualitative analysis. *Journal of Nursing Administration*, 45(2), 107–112.

- Leitner, K.H. (2004). Intellectual capital reporting for universities: conceptual background and application for Austrian universities. *Research Evaluation*, 13(2), 129–140.
- Leitner, K.H. (2005). Managing and reporting intangible assets in research technology organisations. *R&D Management*, 35(2), 125–136.
- Leitner, K.H. & Warden, C. (2004). Managing and reporting knowledge-based resources and processes in research organisations: specifics, lessons learned and perspectives. *Management Accounting Research*, 15(1), 33–51.
- León, I. M., & Navarro, G. C. (2003). Gestión Dinámica del Capital Intelectual desde la Perspectiva de los Indicadores Externos. In *Universidad Politécnica de Cartagena. XIII Congreso da Asociación Científica de Economía y Dirección de Empresa (Salamanca): Dirección de Empresas y Creación de Valor*, (Vol. 7).
- Leonard, D. (1998). *Wellsprings of Knowledge: Building and Sustaining the Sources of Innovation*: Harvard Business School Press. Boston. MA.
- Lettieri, E., Borga, F., & Savoldelli, A. (2004). Knowledge management in non-profit organizations. *Journal of Knowledge Management*, 8(6), 16–30.
- Lettieri, E., & Masella, C. (2006). Measuring the value and sustainability of internet-based ICTs in healthcare organizations. *International Journal of Healthcare Technology and Management* 7(3.4), 319-332.
- Lettieri, E., & Masella, C. (2009). Priority Setting for Technology Adoption at a Hospital Level: relevant Issues from the Literature. *Health Policy*, 90(1), 81-88.
- Lettieri, E., Masella, C., & Radaelli, G. (2009). Disaster Management: findings from asystematic review. *Disaster Prevention and Management*, 18(2), 117-136.
- Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties. *Social Networks*, 8(4), 365–385.
- Liu, M. S., & Liu, N. C. (2008). Sources of Knowledge Acquisition and Patterns of Knowledge-sharing Behaviors – an empirical study of Taiwanese Hightech Firms. *International Journal of Information Management*, 423-432.
- Liu, S.S. & Lin C.Y. (2007). Building customer capital through knowledge management processes in the healthcare context. *Health Care Management Review*, 32(2), 92–101.

- Longo, M., Mariani, M. M., & Mura, M. (2009). The effect of intellectual capital attributes on organizational performance. The case of the Bologna Opera House. *Knowledge Management Research & Practice*, 7(4), 365–376.
- Longo, M., & Mura, M. (2007). A Multidimensional Measure of Employees' Intangibles. A Managerial Implementation of the Tool. *Management Research News*, 30(8), 548-569.
- Longo, M., & Mura, M. (2008). Stakeholder Management and Human Resources. Development and implementation of a Performance Measurement System Corporate Governance. *The International Journal of Business in Society*, 191-213.
- Longo, M., & Mura, M. (2013). Developing a tool for intellectual capital assessment: an individual-level perspective. *Expert Systems*, 30(5), 436–450.
- Longo, M., Mura, M., & Bonoli, A. (2005). Corporate social responsibility and corporate performance: the case of Italian SMEs. Corporate Governance: *The International Journal of Business in Society*, 5(4), 28–42.
- López, J. E. N. & Criado, U. (2002). El capital intelectual en la empresa: análisis de criterios y clasificación multidimensional. *Economía industrial*, (346), 163-172.
- Lovelock, C. (2004). Serviços: marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2006. MATTA, J. Afinal, o que é CRM. *Escola Superior de Marketing e Propaganda*, 10(5), 28.
- Lumpkin, G. T., & Dess, G. G. (1996). Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance. *Academy of Management Review*, 21(1), 135–172.
- Luther, R., Tayles, M., & Haniffa, R. (2013). Human capital disclosures in developing countries: figureheads and value creators. *Journal of Applied Accounting Research*, 14(2), 180–196.
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J., & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological Methods*, 7(1), 19.
- Machlup F. (1980). Knowledge: Its creation, distribution, and economic significance. *Princeton University Press*.
- McCann, J. E. (1991). Design principles for an innovating company. *The Executive*, 5(2), 76–93.
- Magalhães, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Malhotra, Y. (2000). Knowledge assets in the global economy: assessment of intellectual capital. Knowledge Assets in the Global Economy: Assessment of Intellectual Capital. *Journal of Global Information Management*, 8(3), 5–15.

- Malhotra, Y. (2003). Measuring knowledge assets of a nation: knowledge systems for development. In *Invited Research Paper Sponsored by the United Nations Department of Economic and Social Affairs. Keynote Presentation at the Ad Hoc Group of Experts Meeting at the United Nations Headquarters, New York City, NY*
- Marr, B., Schiuma, G., & Neely, A. (2004). Intellectual capital—defining key performance indicators for organizational knowledge assets. *Business Process Management Journal*, 10(5), 551–569.
- Martins, E. (2000). Avaliação de empresas: da mensuração contábil à econômica. *Caderno de estudos*, (24), 28-37.
- Marôco, J. (2011). Análise Fatorial com o SPSS Statistics. *Pêro Pinheiro: ReportNumber-Análise*.
- Marôco, J. (2014). Análise de Equações Estruturais. *Pêro Pinheiro: Report Number*.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de psicologia*, 1, 65-90.
- Marr, B., & Roos, G. (2005). *Perspectives on Intellectual Capital*. Elsevier Butterworth–Heinemann.
- Martin, G. P., Currie, G., Finn, R., & McDonald, R. (2011). The medium-term sustainability of organisational innovations in the National Health Service. *Implementation Science*, 6(19), 1–7.
- Martin-de Castro, G., Delgado-Verde, M., Navas-Lopez, J. E., & Cruz-Gonzalez, J. (2013). The moderating role of innovation culture in the relationship between knowledge assets and product innovation. *Technological Forecasting and Social Change*, 80(2), 351–363.
- Matheson, N. W. (1995). Things to come: postmodern digital knowledge management and medical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2(2), 73.
- Mayo, A., & Torres, J. M. P. (2003). *O valor humano da empresa: valorização das pessoas como ativos*.
- Mcelroy M.W. (2002). Social innovation capital. *Journal of Intellectual Capital*, 30–39.
- McEvily, S. K., & Chakravarthy, B. (2002). The persistence of knowledge-based advantage: an empirical test for product performance and technological knowledge. *Strategic Management Journal*, 23(4), 285–305.
- McEwen, M., & Willis, E. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

McSherry, R., & Douglas, M. (2011). Innovation in nursing practice: a means to tackling the global challenges facing nurses, midwives and nurse leaders and managers in the future. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 165–169.

Mention A-L. (2012). Intellectual capital, innovation and performance: a systematic review of the literature. *Business and Economic Research*, 2(1), 1–37.

Mention, A.L., & Bontis, N. (2013). Intellectual capital and performance within the banking sector of Luxembourg and Belgium. *Journal of Intellectual Capital*, 14(2), 286–309.

Merrick, E., Duffield, C., Baldwin, R., & Fry, M. (2012). Nursing in general practice: organizational possibilities for decision latitude, created skill, social support and identity derived from role. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 614–624.

Meyer, A. D., & Goes, J. B. (1988). Organizational assimilation of innovations: A multilevel contextual analysis. *Academy of Management Journal*, 31(4), 897–923.

Micheli, P., Mura, M., & Agliati, M. (2011). Exploring the roles of performance measurement systems in strategy implementation: the case of a highly diversified group of firms. *International Journal of Operations and Production Management*, 1115-1139.

Moody, R. C. (2004). Nurse productivity measures for the 21st century. *Health Care Management Review*, 29(2), 98–106.

Morais, L. F., & Graça, L. M. (2013). A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: Case studies in health organizations. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 129–144.

Morcillo, P., Alcahud, M. C., & Mari, C. (2005). Creatividad que estáis en los cielos. *Revista Sistema Madridmasd*, 28–41.

Mouritsen, J., Bukh, P. N., & Larsen, H. T. (2001a). Intellectual capital and the “capable firm”: narrating, visualising, and numbering for managing knowledge. *Accounting, Organizations and Society*, 26(7–8), 735–62.

Mouritsen, J., Bukh, P. N., & Larsen, H. T. (2001b). Valuing the future: intellectual capital supplements at skandia. *Accounting, Auditing E Accountability Journal*, 14(4), 399–422.

Mouritsen, J., Bukh, P. N., Larsen, H. T., & Johansen, M. R. (2002). Developing and Managing Knowledge Trough Intellectual Capital Statements. *Journal of Intellectual Capital*, 3(1), 10–29.

Mouritsen, J., Thorsgaard Larsen, H., & Bukh, P. N. (2005). Dealing with the knowledge economy: intellectual capital versus balanced scorecard. *Journal of Intellectual Capital*, 6(1), 8–27.

- Mumford, M. D. (2000). Managing creative people: Strategies and tactics for innovation. *Human Resource Management Review*, 10(3), 313–351.
- Mura, M., Lettieri, E., & Spiller, N. (2012). Intellectual Capital and Innovative Work Behaviour: Opening the Black box. *International Journal of Engineering Business Management*, 4.
- Mura, M., & Longo, M. (2012). Developing a tool for intellectual Capital assessment: An individual-level perspective Expert Systems. *The Journal of Knowledge Engineering*.
- Mussak, E. (2003). *Metacompetência*. Editora Gente.
- Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23(2), 242-266.
- Nelson, R. (2002). Major theories supporting health care informatics. *Health Care Informatics: An Interdisciplinary Approach*. St. Louis: Mosby, 3–27.
- Nerdrum, L., & Erikson, T. (2001). Intellectual capital: a human capital perspective. *Journal of Intellectual Capital*, 127–135.
- Newhouse, R. J. (2005). Perioperative nurses and patient outcomes -- mortality, complications, and length of stay. *AORN Journal*, 508.
- NHS. (2011). Institute for innovation and improvement; innovation making it happen.
- Nonaka I. (1991). The Knowledge-Creating Company. *Harvard Business Review*, (November-December).
- Nonaka I. & Takeuchi, H. (1995). The knowledge creating company how japanese companies create the dynamics of innovation. *Oxford University Press*.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (2004). *Criação de conhecimento na empresa*. Elsevier Brasil.
- Nonaka, I. & Von Krogh, G. (2009). Perspective—Tacit knowledge and knowledge conversion: Controversy and advancement in organizational knowledge creation theory. *Organization Science*, 20(3), 635–652.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric methods*.
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Bunhan, J., Duffield, C., Hughes, F. & Stone, P. W. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: A pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy, Politics, Nursing Practice*, Vol. 7
- OCDE (1998). "Human capital investment- an international comparison." Paris.

OCDE Manual, Oslo (2005). Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. *Organização Para a Cooperação E Desenvolvimento Econômico*.

OECD. (2015). *Country note: how does health spending in Portugal compare?* Acedido em: <http://www.oecd.org/portugal/Country-Note-PORTUGAL-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public-Sector Innovation Journal*, 15(1), 1–20.

Osterloh M., & Frey B.S. (2000). Motivation, knowledge transfer and organizational forms. *Organization Science*, 11(5), 538–550.

O’Sullivan, D., & Dooley, L. (2008). Defining innovation. *Applying Innovation*. SAGE Publications Inc.

Sánchez P., Chaminade C, & Olea M. (2000). Management of intangibles – An attempt to build a theory. *Journal of Intellectual Capital*, 1(4), 312–327.

Sánchez, M., & Elena, S. (2006). Intellectual capital in universities: Improving transparency and internal management. *Journal of Intellectual Capital*, 7(4), 529–548.

Pasquini Miguel, L. A., & Mendes Teixeira, M. L. (2009). Valores Organizacionais e Criação do Conhecimento Organizacional Inovador. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 13(1), 36–56.

Pavitt, K. (1984). Sectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and a theory. *Research Policy*, 13(6), 343–373.

Peng, T., Pike, S., & Roos, G. (2007). Intellectual capital and performance indicators: Taiwanese healthcare sector. *Journal of Intellectual Capital*. 8(3), 538-556.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 6ª ed., Lisboa: Edições Sílabo.

Petratos, P. (2005). Does the private finance initiative promote innovation in health care? The case of the british national health service. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30(6), 627–642.

Petty, R, & Guthrie, J. (2000). Intellectual capital literature review: measurement, reporting and management. *Journal of Intellectual Capital*, 1(2),155–76.

Pew Tan H.; Plowman D. & Hancock P. (2008). “The evolving research on intellectual capital.” *Journal of Intellectual Capital*, 9(4), 585–608.

Pfeffer, J. (1998). *The human equation: Building profits by putting people first*. Harvard Business Press.

Pierce, J. L., & Delbecq, A. L. (1977). Organization structure, individual attitudes and innovation. *Academy of Management Review*, 2(1), 27–37.

Pita Barros, P. (2011). “Organização Hospitalar.” Acedido em: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apah-PPB.pdf>

Poe, S. (2011). Building Nursing Intellectual Capital for Safe Use of Inform: *Journal of Nursing Care Quality*. Acedido em: http://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2011/01000/Building_Nursing_Intellectual_Capital_for_Safe_Use.2.aspx

Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Pomeda J., Moreno C., Rivera C., & Mártil L. (2003). “Hacia un modelo regional de capital intelectual: el caso de la region de madrid.” in *Comunicação apresentada no XII Congresso AECA, “Transparencia Empresarial y Sociedad de Conocimiento.Madrid*.

Pompa Antunes, M. T., & Martins, E. (2007). Gerenciando o Capital Intelectual: uma proposta baseada na controladoria de grandes empresas brasileiras. *REAd-Revista Eletrônica de Administração*, 13(1).

Popadiuk, S., & Choo, C. W. (2006). Innovation and knowledge creation: How are these concepts related? *International Journal of Information Management*, 26(4), 302–312.

Priberam. (2017). *Dicionário de lingua portuguesa*. Acedido em: <https://www.priberam.pt/dlpo/criatividade>

Priberam. (2018). *Dicionário de lingua portuguesa*. Acedido em: <https://www.priberam.pt/dlpo/intangiveis>

Price, B. (2013). Understanding nursing “nous” in the context of service improvements. *Nursing Management*, 20(4), 28–34.

Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America’s declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1), 65–78.

Putnam, R. D. (1996). *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna*. trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas.

- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.
- Quinn, R. E. (2003). *Competências gerenciais: princípios e aplicações*. Elsevier.
- Radaelli, G., Mura, M., Spiller, N., & Lettieri, E. (2011). Intellectual capital and knowledge sharing: the mediating role of organisational knowledge-sharing climate. *Knowledge Management Research & Practice*, 9(4), 342–352.
- Ravichandran T. (2000). Redefining organizational innovation: towards theoretical advancements. *The Journal of High Technology Management Research*, 10(2), 243–274.
- Reed, K. K., Lubatkin, M., & Srinivasan, N. (2006). Proposing and testing an intellectual capital-based view of the firm. *Journal of Management Studies*, 43(4), 867–893.
- Reilly, R. F. (2009). Intangible asset valuation, damages, and transfer price analyses in the health care industry. *Journal of Health Care Finance*, 36(3), 24–33.
- Reis Takahashi, L. B., Gonçalo, C. R., Teza, P., De Souza, J. A., & de Abreu, A. F. (2012). Tipologia de inovação: um estudo empírico em um hospital universitário. *RAHIS*, 8(8), 73–80.
- Rifkin, J. (2000). *The Age of Access* (Jeremy P. Tharcher/Putnam.). New York.
- Roberts, H. (2000). *Classification of intellectual capital- Classification of Intangibles*. France: Groupe HEC, Jouy-en-Josas.
- Rodrigues, F. C. P., & Lima, M. A. D. da S. (2004). A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. 25(3), 314-322.
- Rodriguez J.M. (2005). “El capital intelectual como diferencia entre los activos y los pasivos intangibles.” *Revista de Investigación En Gestión de La Innovación Y La Tecnología*, (28).
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*, 5th edition. Free Pres., New York.
- Rolland, N., & Chauvel, D. (2000). Knowledge transfer in strategic alliances. In *Knowledge Horizons* (pp. 225-236).
- Rondeau, K., & Wagar, T. (2011). Organizational Development Activities and Social Capital Accumulation: Exploring Relationships in Canadian Healthcare Organizations. In *ECIC2011- Proceedings of the 3rd European Conference on Intellectual Capital: ECIC* (p. 369). Academic Conferences Limited.

Roos, G., & Roos, J. (1997). Measuring your company's intellectual performance. *Long Range Planning*, 30(3), 413–426.

Roos, G., Roos, G., Góran, Dragonetti & Edvinsson. (1997). *Intellectual Capital: Navigating the New Business Landscape* (Macmillan Press Ltd). London.

Roslender, R., & Fincham, R. (2001). Thinking critically about intellectual capital accounting. Roslender, R. and Fincham, R., *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 14(4), 383–98.

Roslender, R., & Fincham, R. (2004). Intellectual capital accounting in the UK: a field study perspective. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 17(2), 178–209.

Rouse, M. J., & Daellenbach, U. S. (1999). Rethinking research methods for the resource-based perspective: isolating sources of sustainable competitive advantage. *Strategic Management Journal*, 20(5), 487–494.

Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23(3), 393–404.

Ruas, R. (2001). Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. *Gestão Estratégica Do Conhecimento: Integrando Aprendizagem, Conhecimento E Competências*. São Paulo: Atlas, 242–269.

Ruggles R. (1998). The State of Notion: Knowledge Management in Practice California. *Management Review*, 40(3), 80-89.

Russell, R. D., & Russell, C. J. (1992). An examination of the effects of organizational norms, organizational structure, and environmental uncertainty on entrepreneurial strategy. *Journal of Management*, 18(4), 639–656.

Saint-Onge, H. (1996). Tacit knowledge the key to the strategic alignment of intellectual capital. *Planning Review*, 24(2), 10-16.

Sakellarides C. (2010). *Novo Contrato Social da Saúde - incluir as pessoas*. Lisboa: Diário de Bordo.

Sales, A., Sharp, N., Li, Y., Lowy, E., Greiner, G., Liu, C., & Needleman, J. (2008). The association between nursing factor and patient mortality in the Veterans Health Administration. *Medical Care*, 46(9), 938–945.

Salicru, S., Perryer, C., & Hancock, P. (2007). Intellectual Capital and Company Performance—Literature Review and Research Opportunities in Australia. In *proceedings of 21st annual Australian and New Zealand Academy of Management Conference—ANZAM* (pp. 4-7).

Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego, & Fernández-Jardon. (2008). *“Modelo de Análisis del capital intelectual bajo la perspectiva de la incidencia en la capacidad de innovación: aplicación al sector de automoción de la Eurorregión Galicia Norte de Portugal”*. Tese de Doutoramento apresentada a Universidade de Vigo, España.

Santos-Rodrigues, Figueroa-Dorrego & Fernández-Jardon. (2011). *La influencia del capital intelectual en la capacidad de innovación de las empresas del sector de automoción de la Eurorregión Galicia Norte de Portugal*. Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.

SARIOĞLU, A. (2014). Bireysel Yenilikçilik Ölçeğinin hemşirelikte geçerlik ve güvenilirliği.

Saviotti, P., & Metcalfe, J. S. (1991). Evolutionary theories of economic and technological change: present status and future prospects. *Harwood Academic Publishers*.

Serena Chiuichi M. (2013). Intellectual capital accounting in action: enhancing learning through interventionist research. *Journal of Intellectual Capital*, 14(1), 48–68.

Scarborough & Elias. (2002). *Evaluating Human Capital*. Londres: CIPD.

Schinkel, W., & Noordegraaf, M. (2011). Professionalism as symbolic capital: Materials for a Bourdieusian theory of professionalism. *Comparative Sociology*, 10(1), 67–96.

Schmidt P. & Santos J.L. (2002). *Avaliação dos Activos Intangíveis*. São Paulo, Brasil: Atlas.

Schneider, W. E. (2000). Why good management ideas fail: the neglected power of organizational culture. *Strategy & Leadership*, 28(1), 24-29.

Schuller, T. (2000). Social and human capital: the search for appropriate technomethodology. *Policy studies*, 21(1), 25-35.

Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (2005). A quarter-century review of human resource management in the US: The growth in importance of the international perspective. *Management Review*, 11–35.

Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1-17.

Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behavior: a path model of individual innovation in the workplace. *Academy of Management Journal*, 37(3), 1442-1465.

Seemann, P., DeLong, D., Stuke, S., & Guthrie, E. (2000). Building intangible assets: a strategic framework for investing in intellectual capital. *Knowledge Management: Classic and Contemporary Works*, 85–98.

Shelton, R., Davila, T., & Brown, P. (2005). The seven rules of innovation. *Optimize*. Acedido em: [www. optimizemag. Com](http://www.optimizemag.com).

Silva, D. O. Da (2011). *Proposta para análise da gestão da inovação em serviços hospitalares: um estudo no Hospital Mãe de Deus-Porto Alegre, RS*.

Sink D.S. (1985). *Productivity management: Planning, measurement and evaluation, control and improvement*. New York, U.S.A.: ohn Whileey and Sons.

Siqueira, H. C. H. de. (2001). As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir.

Soares-Faria, J., Santos-Rodrigues, & Morais, C. (2012). *A influência do capital intelectual na capacidade inovadora de um hospital*. Tese Mestrado apresentada a APNOR-IPVC, Viana do Castelo, Portugal.

Spender, J.C.& Grant, R. M. (1996). Knowledge and the Firm: Overview. *Strategic Management Journal*, 17, 5–9.

Spender, J.-C., Bednarz-Łuczewska, P., Bordianu, A., & Rohaert, S. (2013). Intangibles: theory, categories, and the Kozminski matrix. *Knowledge Management Research & Practice*, 11(2), 101–111.

Stewart. T.A. (1991). “Brainpower.” *Fortune*, 123(11), 44–50.

Stewart. T.A. (1994). Your Company’s Most Valuable Asset: Intellectual Capital. *Fortune*, 28–33.

Stewart. T.A. (1998). *La Nueva Riqueza de las Organizaciones El Capital Intelectua*. Barcelona. España: Ediciones Granica.

Stewart, T. A., & Ceitil, M. (1999). Capital Intelectual: a nova riqueza das organizações.

Storey, J. (1995). Foreword. *Human Resource Management Journal*, 5(4), 3–3.

Subramaniam, M. & Nilakanta. (1996). Organizational innovativeness: Exploring the relationship between organizational determinants of innovation, types of innovations, and measures of organizational performance. *Omega*, 24(6), 631-647.

Subramaniam, M. & Youndt, M. A. (2005). The influence of intellectual capital on the types of innovative capabilities. *Academy of Management Journal*, 48(3), 450–462.

Sullivan P.H. (1998). *Profiting from intellectual capital: Extracting value from innovation*. New York: John Wiley & Sons.

- Sullivan P.H. (2000). *How to covert intangible corporate assets into market value*. New York: John Wiley.
- Sundbo, J., & Gallouj, F. (1998). Innovation in services–SIS4 project synthesis. *Work Package*, 3(4), 11.
- Sveiby, K. (1997). *The new organizational wealth*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Swart, J. (2006). Intellectual capital: disentangling an enigmatic concept. *Journal of Intellectual Capital*, 7(2), 136–159.
- Tamburris, O., Bonacci, I., & Mori, A. R. (2010). *Information Intellectual Capital in the Healthcare Sector: managing knowledge and dealing with innovation*.
- Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic Capabilities and Strategic Management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509–533.
- Teixeira, A. (2002). On the link between human capital and firm performance. A Theoretical and. The MenziesS'ous Australian Health Survey. (2012). The MenziesS'ous Australian Health Survey Report, 2012.
- Tierney, P., Farmer, S. M., & Graen, G. B. (1999). An examination of leadership and employee creativity: The relevance of traits and relationships. *Personnel Psychology*, 52(3), 591–620.
- Tourangeau, A., Doran, D., McGillis Hall, L., L., O'Brien-Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. (2007). Impact of hospital nursing care on 30- day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 32–44.
- Tsou, H. T., & Hsu, H. Y. (2011). E-service innovation within open innovation networks. World Academy of Science, *Engineering and Technology*, 5(1), 306–310.
- Ulrich, D. (1998). A new mandate for human resources. *Harvard Business Review*, 76, 124–135.
- Utterback, J. M., & Abernathy, W. J. (1975). A dynamic model of process and product innovation. *Omega*, 3(6), 639–656.
- Van Caenegem, W. (2002). Intellectual property and intellectual capital. Law papers, 20.
- Van de Ven A.H. (1986). Central problems in the management of innovation Management Science. *Management Science*, 32, 590-607.
- Vargas, E. R. de. (2006). A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França.

- Veltri, S., Bronzetti, G., & Sicoli, G. (2011). Reporting intellectual capital in health care organizations: Specifics, lessons learned, and future research perspectives. *Journal of Health Care Finance*, 38(2), 80–97.
- Vickery, G. (2000). Accounting for intangibles: issues and prospects, in Buigues, P. et al. (eds). *Competitiveness and the Value of Intangible Assets.*, 72–99.
- Wan, D., Ong, C. H., & Lee, F. (2005). Determinants of firm innovation in Singapore. *Technovation*, 25(3), 261-268.
- Wang, W.-Y., & Chang, C. (2005). Intellectual capital and performance in causal models: Evidence from the information technology industry in Taiwan. *Journal of Intellectual Capital*, 6(2), 222–236.
- Wejnert, B. (2002). Integrating models of diffusion of innovations: A conceptual framework. *Annual Review of Sociology*, 28(1), 297–326.
- Werts, C. E., Linn, R. L., & Jöreskog, K. G. (1974). Intraclass reliability estimates: Testing structural assumptions. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 25–33.
- Westnes, P. (2005). What is Intellectual Capital? Defining and describing the concept. *Arbeidsnotat RF [Interaktyvus]*, (54), 10.
- Wickramasinghe, N., Sharma, S., & Gupta, J. (2005). *Knowledge management in healthcare. Creating Knowledge-Based Healthcare Organizations*, Idea Group Publishing.
- Wiig KM. (1997). Integrating Intellectual Capital and Knowledge Management. *Long Range Planning*, 30(3), 399-405.
- Wilcox King, A., & Zeithaml, C. P. (2003). Measuring organizational knowledge: a conceptual and methodological framework. *Strategic Management Journal*, 24(8), 763–772.
- Williams, L. J., Vandenberg, R. J., & Edwards, J. R. (2009). 12 structural equation modeling in management research: a guide for improved analysis. *The Academy of Management Annals*, 3(1), 543–604.
- Winter, S., & Teece, D. (1998). Knowledge and competence as strategic assets. *The Strategic Management of Intellectual Capital*, 187.
- Wolfe R.A. (1994). Organizational innovation: Review, critique and suggested research directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405-431.
- Wößmann, L. (2000). Specifying human capital: a review, some extensions, and development effects.

- Wright, P. M., McMahan, G. C., & McWilliams, A. (1994). Human resources and sustained competitive advantage: a resource-based perspective. *International Journal of Human Resource Management*, 5(2), 301–326.
- Wu, L., & Hu, Y.-P. (2012). Examining knowledge management enabled performance for hospital professionals: A dynamic capability view and the mediating role of process capability. *Journal of the Association for Information Systems*, 13(12), 976.
- Yang C.C. & Lin C.Y.Y. (2009). “Does Intellectual capital mediate the relationship between HRM and organizational performance? Perspective of a Healthcare industry in Taiwan.” *Journal of Human Resource Management*, 1957–1978.
- Youndt, M. A., Snell, S. A., Dean, J. W., & Lepak, D. P. (1996). Human resource management, manufacturing strategy, and firm performance. *Academy of Management Journal*, 39(4), 836–866.
- Youndt, M. A., Subramaniam, M., & Snell, S. (2004). Intellectual capital profiles an examination of investments and returns. *Journal of Management Studies*, 335–362.
- Zajac, E. J., Golden, B. R., & Shortell, S. M. (1991). New organizational forms for enhancing innovation: The case of internal corporate joint ventures. *Management Science*, 37(2), 170–184.
- Zanaboni, P., & Lettieri, E. (2011). Institutionalizing Telemedicine applications: The Challenge of Legitimizing Decision-Making. *Journal of Medical Internet Research*, (13)3.
- Zapata Rotundo, G. J. (2011). Variables estructurales de diseño organizativo y formas básicas de organización: un estudio desde las perspectivas burocrática y orgánica. *Ciencia Y Sociedad*, 36(4).
- Zhu, F. X., Wymer, W., & Chen, I. (2002). IT-based services and service quality in consumer banking. *International Journal of Service Industry Management*, 13(1), 69–90.
- Zigan, K., Macfarlane, F., & Desombre, T. (2007). Intangible resources as performances drivers in European hospitals. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57(1), 57–71.
- Zigan, K., Macfarlane, F., & Desombre, T. (2009). The identification of important intangible resources in hospitals. *Intl Journal of Public Administration*, 32(13), 1162–1181.
- Zigan, K., Macfarlane, F., & Desombre, T. (2010). Knowledge management in secondary care: a case study. *Knowledge and Process Management*, 17(3), 118–127.

Anexos

ANEXO I PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

ANEXO II QUESTIONÁRIO DO CAPITAL INTELECTUAL E DA CAPACIDADE INOVADORA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM (QCICISE)

ANEXO III PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UCP

ANEXO IV PEDIDO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – OE

ANEXO V LINK DE ACESSO AO QUESTIONÁRIO (OE)

ANEXO VI ANÁLISE PLS-SEM

ANEXO I

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO**

Exm^a Senhora

Prof. Doutora Helena Santos Rodrigues

Eu, João José Soares Faria, como é do V/ conhecimento, sou doutorando na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto, do qual aceitou ser responsável pela orientação do estudo sobre a relevância do capital intelectual dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora nas organizações de saúde. Pelo exposto, venho desta forma formalizar o pedido de autorização de utilização do questionário da qual é autora.

Os melhores cumprimentos,

Viana do Castelo, 9 de dezembro de 2013.

João José Soares Faria

Assinatura para autorização

A handwritten signature in black ink that reads "Helena Santos Rodrigues". The signature is written in a cursive, flowing style.

Prof. Doutora Helena Santos Rodrigues

ANEXO II
QUESTIONÁRIO

ICS UCP | O capital intelectual dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas

Este instrumento metodológico enquadra-se na investigação desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa. Solicito a V. Ex^a, enquanto Enfermeiro, a colaboração no estudo sobre "O capital intelectual e a capacidade inovadora nos serviços de enfermagem nas organizações de saúde portuguesas: perceção dos Enfermeiros". Numa fase em que se consolidam reformas no sector da saúde procuramos conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do capital intelectual e da capacidade inovadora dos serviços de enfermagem nas organizações de saúde portuguesas. A sua participação é muito importante para este estudo. Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais. Os dados de identificação solicitados servem apenas para efeitos organizativos e interpretativos das respostas. Peço-lhe que assinale em cada afirmação o valor da escala que melhor indique a sua opinião. Reconhecidamente agradeço a sua preciosa colaboração para o desenvolvimento deste estudo.

Com os meus respeitosos cumprimentos,

João Faria, doutorando no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa

Q2 Sexo

- Masculino (1)
- Feminino (2)

Q3 Formação Académica

- Licenciatura (1)
- Especialidade (2)
- Mestrado (3)
- Doutoramento (4)

Q4 Idade

- 21 a 30 anos (1)
- 31 a 40 anos (2)
- 41 a 50 anos (3)
- mais de 51 anos (4)

Q5 Exerce funções de enfermagem em:

- Cuidados de saúde primários (1)
- Cuidados de saúde hospitalares (2)
- Cuidados continuados integrados (3)
- Outra, por favor refira qual (4) _____

Q6 Cargo que ocupa

- Prestação de cuidados de saúde (1)
- Chefia de serviços de enfermagem (2)
- Supervisão de serviços de enfermagem (3)
- Direção de serviços de enfermagem (4)

Q7 Vínculo Laboral com a Instituição

- Contrato individual por tempo indeterminado (1)
- Contrato trabalho termo certo (2)

Q8 Capital Intelectual dos Serviços de Enfermagem Solicitamos que assinale a valorização que confere a cada um dos aspetos, centrando-se na sua profissão.

	Nada de acordo (1)	Não concordo parcialmente (2)	Indiferente (3)	Concordo parcialmente (4)	Totalmente de acordo (5)
A atitude inovadora dos enfermeiros é incentivada por meios (financeiros e outros). (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geralmente os enfermeiros limitam-se a executar tarefas, demonstrando pouca motivação para mudar. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atitude inovadora da nossa instituição é o que determina a satisfação dos nossos enfermeiros. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros contribuem para encontrar soluções criativas, novas formas de fazer as coisas e do funcionamento do trabalho. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se alguns enfermeiros deixassem a instituição, teríamos problemas pela criatividade perdida. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos dirigentes são hábeis a influenciar as pessoas para	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

que se empenhem voluntariamente e apliquem a sua iniciativa para conseguir inovar. (6)					
Os nossos dirigentes gostam da mudança. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos dirigentes mostram grande vontade por inovar. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos enfermeiros têm elevada formação especializada para a tarefa ou função que desempenham na instituição. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos enfermeiros são considerados os melhores do nosso ramo, devido à sua formação. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos enfermeiros têm muitas habilidades para a atividade que desempenham. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos enfermeiros são muito talentosos. (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9 Capital Intelectual dos Serviços de Enfermagem Solicitamos que assinale a valorização que confere a cada um dos aspetos, centrando-se na sua organização.

	Nada de acordo (1)	Não concordo parcialmente (2)	Indiferente (3)	Concordo parcialmente (4)	Totalmente de acordo (5)
A nossa instituição facilita o aparecimento de novas ideias e o desenvolvimento da capacidade inventiva. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A inovação e a tentativa de mudar as coisas são um princípio básico da instituição. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consciente ou inconscientemente, a cultura da nossa instituição é o reflexo da direção. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejo a nossa instituição como inovadora e com vontade de desenvolver novas experiências. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A nossa instituição tem um ambiente de trabalho que propicia a participação ativa das pessoas na inovação da instituição. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe uma grande confiança entre as pessoas da nossa instituição. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todos os enfermeiros são vistos como "iguais/pares". (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos enfermeiros são abertos a revelar os seus verdadeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>pensamentos e propor ideias e soluções inovadoras através de interações formais e informais com os restantes membros. (8)</p> <p>Os nossos enfermeiros gostam de participar em reuniões criativas. (9)</p> <p>Os nossos enfermeiros confiam nas pessoas que tomam as decisões estratégicas da instituição. (10)</p> <p>Os nossos enfermeiros confiam na organização. (11)</p> <p>Na nossa instituição existem grupos de melhoria que facilitam a inovação. (12)</p> <p>Os nossos enfermeiros fazem sugestões inovadoras. (13)</p> <p>As sugestões feitas pelos enfermeiros são quase todas implementadas. (14)</p> <p>Existe na nossa instituição um departamento orientado para a inovação (I&D, Qualidade ou outro). (15)</p> <p>Conseguimos extrair valor do processo de inovação. (16)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<p>A nossa instituição tem um conjunto de processos e procedimentos centrados em impulsionar a aprendizagem e a inovação. (17)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Existe na nossa instituição um bom sistema de recolha e implementação de novas ideias. (18)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Utilizamos descrições detalhadas de tarefas e procedimentos para guiar a ação dos enfermeiros. (19)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Os nossos enfermeiros são contratados e formados para desenvolver uma tarefa específica num departamento específico. (20)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Os nossos utentes colaboram com a nossa instituição para inovar. (21)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os fornecedores para inovar. (22)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A nossa instituição utiliza redes de colaboração com os outros hospitais concorrentes para inovar. (23)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A nossa instituição colabora com instituições de conhecimento (universidade, laboratórios, I&D e outros) para</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>inovar. (24)</p> <p>A nossa instituição mantém (intensos, contínuos e estruturados) acordos de colaboração com aliados para desenvolver soluções inovadoras. (25)</p> <p>Os nossos utentes estão satisfeitos com a nossa capacidade de inovação. (26)</p> <p>Os nossos utentes fazem muitas sugestões de inovação. (27)</p> <p>Vemos nos outros hospitais uma fonte de inovação. (28)</p> <p>Os nossos fornecedores são uma importante fonte de inovação. (29)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Q11 Capacidade Inovadora das Organizações de Saúde Portuguesas Esta secção do questionário pretende caracterizar a capacidade inovadora da sua instituição, assim, solicitamos que assinale a valorização que confere a cada um dos aspetos.

	Nada de acordo (1)	Não concordo parcialmente (2)	Indiferente (3)	Concordo parcialmente (4)	Totalmente de acordo (5)
A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de serviços de importância significativa. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A nossa instituição desenvolveu e introduziu no processo de produção do serviço muitas inovações de importância significativa. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As inovações de processo criadas e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A nossa instituição desenvolveu e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>processos dos serviços muitas inovações de importância significativa. (10)</p> <p>As inovações de processo adotadas do exterior e introduzidas pela nossa instituição foram determinantes para a redução dos custos ou outras melhorias. (11)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A nossa instituição adotou do exterior e introduziu muitas inovações de gestão e/ou administrativas importantes que permitam melhorar os resultados financeiros. (12)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A nossa instituição usualmente adota do exterior (compra ou assimila) inovações e introduz na instituição. (13)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A nossa instituição adota do exterior e introduz novos produtos,</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>processos, métodos de gestão e serviços. (14)</p> <p>As inovações de serviço adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados. (15)</p> <p>As inovações de processo adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados. (16)</p> <p>As inovações de gestão adotadas e introduzidas pela nossa instituição incidem nos resultados. (17)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

ANEXO III

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA
DO INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UCP**

Parecer nº 15/2015

**Projeto de Tese de Doutoramento em Enfermagem –
Especialização em Gestão e Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem**

**O CAPITAL INTELECTUAL E A CAPACIDADE INOVADORA NOS SERVIÇOS DE
ENFERMAGEM DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE PORTUGUESAS:
A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS**

Candidato: João José Soares Faria

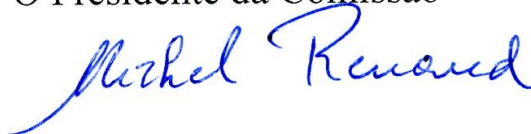
Orientadora: Prof.ª Doutora Helena Santos Rodrigues

Coorientadora: Prof.ª Doutora Beatriz Rodrigues Araújo

Na sua reunião de 9 de novembro de 2015, a Comissão de Ética do ICS da UCP procedeu à análise, numa perspetiva ética, do Projeto de Tese acima referido e concluiu que o Projecto já não levanta, para a sua realização, objecções de natureza ética.

Lisboa, 9 de Janeiro de 2016

O Presidente da Comissão



Prof. Michel Renaud

ANEXO IV

PEDIDO APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – OE

Exmo. Senhor
Enfermeiro Jorge Cadete
Presidente da Secção Regional do Norte
Da Ordem dos Enfermeiros

Assunto: Pedido para realização de colheita de dados

João José Soares Faria, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa solicita a V. Ex.cia. autorização para que possa realizar a colheita de dados para a tese com vista à obtenção do grau de Doutor, cujo projeto intitulado: “A relevância do capital intelectual dos serviços de enfermagem na capacidade inovadora das organizações de saúde portuguesas: A perceção dos enfermeiros” foi já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde e teve parecer favorável da Comissão de Ética.

Da recolha de dados, a fazer junto dos Enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros Portugueses, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para o Enfermeiro. O estudo não implica danos para a saúde das pessoas envolvidas, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato.

Da colheita de dados consta a aplicação de um questionário sobre o Capital Intelectual dos Serviços de Enfermagem com as componentes: capital humano, capital relacional e capital estrutural e capacidade inovadora das Organizações de Saúde Portuguesas.

Pretende-se fazer a recolha de dados através do envio aos enfermeiros, pela Ordem dos Enfermeiros, via correio eletrónico, dum link de acesso ao referido questionário.

Agradecendo desde já a colaboração de V. Ex.cia. ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível, manifestando a nossa disponibilidade para qualquer esclarecimento.

Em caso de deferimento agradecemos que emitam declaração da autorização, para que conste no documento de dissertação de doutoramento.

Com os meus melhores cumprimentos

Porto, 22 de janeiro de 2016

João José Soares Faria.

ANEXO V

LINK DE ACESSO AO QUESTIONARIO ENVIADO PELA OE



04-03-2016

Reminder: Participe no estudo inédito sobre capital intelectual e capacidade inovadora dos enfermeiros – responda até 20 de março de 2016 (inclusive)

Quer contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem? Faça a diferença e participe na investigação «O capital intelectual e a capacidade inovadora nos serviços de Enfermagem das organizações de saúde portuguesas: a perceção dos enfermeiros». Este é o tema de um estudo inédito promovido pelo Enf. João Faria, sob a égide do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Para participar basta [clique aqui e preencher o questionário](#).

A investigação, que surge no decurso de uma tese de doutoramento, viu o prazo de resposta ser alargado para 20 de março.

Não perca tempo! Dê o testemunho.

ANEXO VI
ANÁLISE PLS-SEM

ANÁLISE PLS-SEM

Tabela 1 Validez Discriminante

	CE- Confiança	CH Atitude inovadora dos dirigentes	CR-Redes e Alianças	Inovação adoptada	Inovação criada	Inovação- Introduzida
Q11_10_1	0,5233	0,33	0,5254	0,9143	0,7402	0,7219
Q11_11_1	0,4699	0,2826	0,4378	0,878	0,6999	0,6794
Q11_12_1	0,4431	0,2896	0,4297	0,8648	0,6714	0,6885
Q11_13_1	0,4464	0,3355	0,4661	0,8527	0,6009	0,6315
Q11_14_1	0,4613	0,3441	0,4832	0,8626	0,624	0,6726
Q11_15_1	0,4395	0,3143	0,4605	0,754	0,6578	0,9402
Q11_16_1	0,4608	0,3281	0,4661	0,7546	0,6656	0,9491
Q11_17_1	0,4643	0,3343	0,4759	0,753	0,6471	0,9441
Q11_1_1	0,5904	0,4105	0,54	0,6435	0,8871	0,5955
Q11_2_1	0,6112	0,3995	0,5402	0,6575	0,9035	0,6119
Q11_3_1	0,5239	0,3266	0,46	0,674	0,8667	0,6367
Q11_4_1	0,4905	0,3236	0,4541	0,6981	0,8135	0,6303
Q11_6_1	0,4602	0,3242	0,4677	0,6762	0,6799	0,89
Q11_7_1	0,4536	0,3123	0,4318	0,6932	0,6637	0,9146
Q11_8_1	0,4466	0,2955	0,4105	0,6698	0,6381	0,9113
Q11_9_1	0,488	0,3199	0,5006	0,8857	0,6994	0,6836
Q8_6_1	0,4931	0,7719	0,3306	0,2776	0,3169	0,2588
Q8_7_1	0,5309	0,8982	0,3653	0,3035	0,3559	0,2924
Q8_8_1	0,6	0,9183	0,4055	0,3519	0,4137	0,336
Q9_10_1	0,7284	0,4419	0,433	0,372	0,4544	0,3365
Q9_11_1	0,7703	0,4469	0,4857	0,4085	0,4841	0,3812
Q9_12_1	0,7169	0,4321	0,5284	0,4321	0,4767	0,4001
Q9_14_1	0,7043	0,4197	0,3951	0,3266	0,4259	0,2983
Q9_17_1	0,7739	0,4637	0,6298	0,4543	0,5463	0,4298
Q9_18_1	0,8131	0,5152	0,6008	0,4617	0,5377	0,4101
Q9_1_1	0,8116	0,5347	0,5064	0,4119	0,4935	0,3869
Q9_22_1	0,592	0,3926	0,8538	0,4703	0,4925	0,4349
Q9_23_1	0,5614	0,3413	0,8544	0,4278	0,4702	0,3857
Q9_24_1	0,5101	0,3183	0,834	0,4456	0,4741	0,4165
Q9_25_1	0,604	0,4016	0,8839	0,5061	0,5305	0,4364

Q9_2_1	0,8187	0,5596	0,5274	0,4262	0,4921	0,3849
Q9_4_1	0,8383	0,5669	0,5557	0,4618	0,5482	0,3928
Q9_5_1	0,8396	0,5156	0,502	0,4485	0,5311	0,4083

Tabela 2. MODELO FINAL Bootstrap outer wheights (media, STDEV, T-values)

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics (O/STERR)
Q11_10_1 <- Inovação adoptada	0,2051	0,2051	0,0043	0,0043	47,3678
Q11_11_1 <- Inovação adoptada	0,1871	0,187	0,0046	0,0046	40,9841
Q11_12_1 <- Inovação adoptada	0,1862	0,186	0,0044	0,0044	42,6048
Q11_13_1 <- Inovação adoptada	0,1791	0,1791	0,0047	0,0047	38,3888
Q11_14_1 <- Inovação adoptada	0,1887	0,1887	0,0044	0,0044	43,0403
Q11_15_1 <- Inovação Implementada	0,1864	0,1864	0,0027	0,0027	69,2806
Q11_16_1 <- Inovação Implementada	0,1872	0,1872	0,0025	0,0025	74,1923
Q11_17_1 <- Inovação Implementada	0,1853	0,1853	0,0026	0,0026	70,2403
Q11_1_1 <- Inovação criada	0,2918	0,2919	0,0058	0,0058	50,5246
Q11_2_1 <- Inovação criada	0,2992	0,2992	0,0056	0,0056	53,3299
Q11_3_1 <- Inovação criada	0,2838	0,2839	0,0061	0,0061	46,3782
Q11_4_1 <- Inovação criada	0,2764	0,2763	0,0076	0,0076	36,5208
Q11_6_1 <- Inovação Implementada	0,1749	0,175	0,0028	0,0028	62,8277
Q11_7_1 <- Inovação Implementada	0,1765	0,1765	0,0026	0,0026	69,1988
Q11_8_1 <- Inovação Implementada	0,1702	0,1702	0,0026	0,0026	65,8284
Q11_9_1 <- Inovação adoptada	0,1939	0,1939	0,005	0,005	38,4666
Q8_6_1 <- CH Atitude Inovadora	0,3488	0,3493	0,013	0,013	26,7427
Q8_7_1 <- CH Atitude Inovadora	0,3786	0,3784	0,0097	0,0097	38,9683
Q8_8_1 <- CH Atitude Inovadora	0,4255	0,4253	0,0098	0,0098	43,6105
Q9_10_1 <- CE- Confiança	0,1147	0,1147	0,0043	0,0043	26,811
Q9_11_1 <- CE- Confiança	0,121	0,1209	0,004	0,004	30,4313
Q9_12_1 <- CE- Confiança	0,1208	0,1208	0,0045	0,0045	27,0321
Q9_14_1 <- CE- Confiança	0,1063	0,1062	0,0048	0,0048	22,171
Q9_17_1 <- CE- Confiança	0,1322	0,1323	0,0041	0,0041	32,3029
Q9_18_1 <- CE- Confiança	0,1368	0,1369	0,0038	0,0038	36,3979
Q9_1_1 <- CE- Confiança	0,1304	0,1303	0,0038	0,0038	34,0553
Q9_22_1 <- CR-Redes e Alianças	0,2988	0,2988	0,0084	0,0084	35,4299

Q9_23_1 <- CR-Redes e Alianças	0,2744	0,2744	0,0078	0,0078	35,1258
Q9_24_1 <- CR-Redes e Alianças	0,2752	0,2753	0,0091	0,0091	30,3882
Q9_25_1 <- CR-Redes e Alianças	0,3179	0,3179	0,0083	0,0083	38,2346
Q9_2_1 <- CE- Confiança	0,1337	0,1337	0,0045	0,0045	29,92
Q9_4_1 <- CE- Confiança	0,1426	0,1427	0,0037	0,0037	38,9311
Q9_5_1 <- CE- Confiança	0,1351	0,1352	0,0035	0,0035	38,7709

SEM-PLS

Tabela 3: Modelo SEM-PLS: Indicador Cross-validated communality.

		SSO	SSE	1-SSE/SSO
Inovação Adotada	Q11_9_1	1388	470,242	0,6612
	Q11_10_1	1388	346,1824	0,7506
	Q11_11_1	1388	500,27	0,6396
	Q11_12_1	1388	496,1791	0,6425
	Q11_13_1	1388	520,3779	0,6251
	Q11_14_1	1388	499,6363	0,64
Inovação implementada	Q11_15_1	1388	292,7747	0,7891
	Q11_16_1	1388	265,0239	0,8091
	Q11_17_1	1388	298,1793	0,7852
	Q11_6_1	1388	441,4032	0,682
	Q11_7_1	1388	364,6734	0,7373
	Q11_8_1	1388	390,5606	0,7186
Inovação Criada	Q11_1_1	1388	510,5618	0,6322
	Q11_2_1	1388	460,2762	0,6684
	Q11_3_1	1388	600,1648	0,5676
	Q11_4_1	1388	760,2556	0,4523
CH Atitude Inovadora	Q8_6_1	1388	964,9501	0,3048
	Q8_7_1	1388	597,018	0,5699
	Q8_8_1	1388	581,8129	0,5808
CE Confiança	Q9_10_1	1388	777,6827	0,4397
	Q9_11_1	1388	686,3661	0,5055
	Q9_12_1	1388	805,4892	0,4197
	Q9_14_1	1388	817,1111	0,4113
	Q9_17_1	1388	683,454	0,5076

	Q9_18_1	1388	594,7273	0,5715
	Q9_1_1	1388	617,2137	0,5553
	Q9_2_1	1388	574,4626	0,5861
	Q9_4_1	1388	533,0752	0,6159
	Q9_5_1	1388	548,0442	0,6052
CR Redes e Alianças	Q9_22_1	1388	652,6386	0,5298
	Q9_23_1	1388	619,1317	0,5539
	Q9_24_1	1388	685,6416	0,506
	Q9_25_1	1388	568,6691	0,5903

Tabela 4. FINAL-: Indicador Cross-validated redundancy.

		SSO	SSE	1-SSE/SSO
Inovação Adotada	Q11_9_1	1388	995,8707	0,2825
	Q11_10_1	1388	945,4413	0,3188
	Q11_11_1	1388	1055,1257	0,2398
	Q11_12_1	1388	1073,5185	0,2266
	Q11_13_1	1388	1042,4227	0,249
	Q11_14_1	1388	1018,2872	0,2664
Inovação implementada	Q11_15_1	1388	1060,573	0,2359
	Q11_16_1	1388	1029,0072	0,2586
	Q11_17_1	1388	1040,5525	0,2503
	Q11_6_1	1388	1044,5929	0,2474
	Q11_7_1	1388	1056,8418	0,2386
	Q11_8_1	1388	1095,8243	0,2105
Inovação Criada	Q11_1_1	1388	860,8929	0,3798
	Q11_2_1	1388	837,6578	0,3965
	Q11_3_1	1388	980,7079	0,2934
	Q11_4_1	1388	1016,5843	0,2676
CH Atitude Inovadora	Q8_6_1	1388	964,9501	0,3048
	Q8_7_1	1388	597,018	0,5699
	Q8_8_1	1388	581,8129	0,5808
CE Confiança	Q9_10_1	1388	1120,2657	0,1929
	Q9_11_1	1388	1113,4547	0,1978
	Q9_12_1	1388	1129,875	0,186

	Q9_14_1	1388	1147,1968	0,1735
	Q9_17_1	1388	1133,9543	0,183
	Q9_18_1	1388	1053,4196	0,2411
	Q9_1_1	1388	1073,666	0,2265
	Q9_2_1	1388	1005,9557	0,2752
	Q9_4_1	1388	1008,1007	0,2737
	Q9_5_1	1388	1091,7009	0,2135
CR Redes e Alianças	Q9_22_1	1388	1175,5315	0,1531
	Q9_23_1	1388	1226,4901	0,1164
	Q9_24_1	1388	1249,3153	0,0999
	Q9_25_1	1388	1165,2405	0,1605

Tabela 5. FINAL - Blindfolding-indicador crossvalidadted communnality

	SSO	SSE	1-SSE/SSO
CE Confiança	13880	6637,626	0,5218
CH Atitude Inovadora	4164	2143,7811	0,4852
CR Redes e Alianças	5552	2526,0811	0,545
INOVResultatdos	8328	2052,6151	0,7535
INOVAotada	8328	2832,8877	0,6598
INOVCriada	5552	2331,2584	0,5801

Tabela 6. FINAL- Blindfolding Construct Cross-validated redundancy

	SSO	SSE	1-SSE/SSO
CE Confiança	13880	10877,5893	0,2163
CR Redes e Alianças	5552	4816,5774	0,1325
INOVResultados	8328	6327,3918	0,2402
INOVAotada	8328	6130,6661	0,2638
INOVCriada	5552	3695,8429	0,3343