

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

SÉRGIO ALMEIDA MIGOWSKI

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM INGRESSANTES:
RECURSO ESTRATÉGICO PARA A MANUTENÇÃO DA QUALIDADE
EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA ROTATIVIDADE

São Leopoldo

2011

Sérgio Almeida Migowski

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM INGRESSANTES:
RECURSO ESTRATÉGICO PARA A MANUTENÇÃO DA QUALIDADE
EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA ROTATIVIDADE

Dissertação ou Tese apresentada como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos – UNISINOS
Área de atuação: Gestão do Conhecimento

Orientador: Dr. José Antônio Valle Antunes Jr.

São Leopoldo

2011

Ficha catalográfica

M636c Migowski, Sérgio Almeida

Capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes : recurso estratégico para a manutenção da qualidade em ambiente hospitalar de alta rotatividade / por Sérgio Almeida Migowski. – 2011.

163 f. ; il., : 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2011.
“Orientação: Prof. Dr. José Antônio Valle Antunes Jr.”.

1. Capacitação. 2. Membros assistenciais ingressantes.
3. Qualidade. 4. Rotatividade. I. Título.

CDU 658

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

Sérgio Almeida Migowski

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM INGRESSANTES -
RECURSO ESTRATÉGICO PARA A MANUTENÇÃO DA QUALIDADE
EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA ROTATIVIDADE

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovado em 31 de outubro 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Yeda Swirski de Souza – UNISINOS

Ivan Lapuente Garrido – UNISINOS

Prof. Dr. Cláudio Reis Gonçalo – UNIVALI

Prof. Dr. Dr. José Antônio Valle Antunes Jr.

Visto e permitida a impressão

São Leopoldo,

Prof^ª. Dr^ª. Yeda Swirski de Souza
Coordenadora PPG em Administração

*“A verdadeira viagem da descoberta
consiste em não procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos!”*

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

Com o temor não citar todos os nomes das pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção desta dissertação, peço, antecipadamente, desculpas pelo esquecimento.

Ao Prof. Dr. José Antonio Valle Antunes Jr. por ser um crítico voraz e não me permitir tergiversar sobre assuntos diversos que me tirariam do foco deste estudo e por fazer-me crer que o dia tem mais de 24 horas.

Aos meus Professores do Mestrado e todos os demais com quem tive chance de conviver, por me sinalizarem que não estava enganado a respeito da profissão. O amor demonstrado por eles deu-me a certeza de ter escolhido a profissão certa.

Ao pessoal do Hospital, objeto deste estudo, através do Seu Armando, do João, da Luciana e da Letícia e de todos aqueles que me auxiliaram nas observações e coleta de dados.

Meu muito obrigado por terem escancarado as portas do conhecimento.

As amigas Ana e Cláudia, além todas as demais amigas que adquiri na Secretaria do

Pós por suas palavras de apoio e carinho ao longo da jornada.

Aos meus novos amigos que adquiri por ter ousado fazer um mestrado e que tão loucos quanto eu, trabalhavam, tinham e faziam filhos e ainda escreviam artigos publicáveis e impúblicáveis. Por seu carinho, apoio e amizade, meus mais sinceros agradecimentos.

Dentre estes, em especial, ao meu parceiro de artigos, Sílvio, que, com sua incansável tesoura crítica, tantas vezes me fez reescrever o que dava como acabado.

Aos meus pais, por terem sido pacientes comigo ao longo de minha vida, dando-me suporte nas minhas más escolhas e festejando com os meus acertos. Se tenho algo de bom, são eles os responsáveis.

Aos meus irmãos de sangue e de coração pelo incansável apoio e carinho, sempre necessários e bem vindos.

À minha família, o que inclui, minha querida Sogra que tantas vezes preocupou-se com o meu bem estar, seja pelas roupas limpas, seja pela qualidade da minha alimentação.

Em especial, aos meus filhos, um, fruto da graduação e outro, do mestrado, pelo carinho com um pai, por vezes, muito cansado, mas incansável no amor por eles, o que me rendeu muitas madrugadas acordado para que não lhes roubasse tempo.

À minha esposa, parceira, namorada e amiga, muitas vezes prejudicada e por quem guardo profunda admiração e gratidão. Eliana, sem você, nada disso teria valido. Te amo!

RESUMO

Um problema considerável enfrentado pelas organizações hospitalares é a alta rotatividade dos seus profissionais de enfermagem. Especificamente, no estado do Rio Grande do Sul, que adota um modelo de hospitais capaz de atender, simultaneamente, clientes particulares e de convênios privados, além do convênio público disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), esta característica implica em perda de valiosas competências, com reflexos no seu desempenho organizacional. O impacto desta rotatividade na redução da qualidade dos serviços prestados tem sido objeto de estudos na literatura, mas não parece ser este o caso de um hospital localizado no estado do Rio Grande do Sul. Apesar de seus elevados índices de rotatividade, tem mantido a certificação que comprova sua qualidade através da Acreditação Hospitalar – Nível 3. Há alguns anos, seu programa de qualidade tem sido focado em métodos de capacitação de profissionais ingressantes, além de programas de educação continuada. O objetivo deste estudo é analisar se métodos de capacitação de enfermeiros e técnicos em enfermagem ingressantes permitem a manutenção da qualidade do serviço de enfermagem prestado. Foram aplicados questionários a 23 enfermeiros e 10 técnicos em enfermagem, do total de 40 profissionais ingressantes, sobre sua percepção em relação à aquisição de competências específicas durante a capacitação. Simultaneamente, 10 enfermeiros e 5 técnicos em enfermagem antigos responderam sobre suas percepções em relação aos enfermeiros novos, enquanto 14 enfermeiros e 12 técnicos antigos responderam sobre os técnicos em enfermagem novos. As variáveis analisadas neste questionário foram *conhecimentos* (conhecimento técnico e prospectivo), *habilidades* (comunicação eficaz e visão integrada de processos) e *atitude* (liderança). Os dados foram inseridos no programa SPSS, versão 18, utilizando o Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney. Foi realizada uma observação não participante de 40 horas, uma entrevista com os profissionais antigos da instituição, a análise de indicadores assistenciais de enfermagem e utilizado um questionário feito pela coordenação do programa de capacitação com os profissionais ingressantes. Houve similaridade nas percepções de enfermeiros ingressantes e profissionais de enfermagem antigos de que ocorreu a apreensão da competência *habilidades* durante a capacitação, enquanto que técnicos em enfermagem ingressantes e profissionais antigos destacaram a competência *atitude* como a mais percebida após a capacitação. Os indicadores assistenciais mostraram redução significativa nos valores de erros de medicação e de flebites e elevação nos índices de queda de pacientes, tendo melhora acentuada após a implantação do atual método de capacitação. As entrevistas com profissionais ingressantes indicam grande satisfação com o método implantado, o que coincide com as entrevistas realizadas com os profissionais antigos que destacam a atitude e os conhecimentos apreendidos pelos profissionais ingressantes como diferenciais do atual método. A triangulação destas evidências sugere que o método de capacitação existente reflete na elevação da qualidade do serviço assistencial prestado pelos profissionais ingressantes, apesar de estarem inseridos em um ambiente de alta rotatividade.

Palavras-Chave: Capacitação. Profissionais de enfermagem ingressantes. Qualidade. Rotatividade

ABSTRACT

A considerable problem faced by hospital organizations is the high turnover of its nursing professionals. Specifically, at the Rio Grande do Sul State, which adopts a model of hospitals capable to assist, simultaneously, private customers and private plans customers, as well the the public health system provided by the Sistema Único de Saúde (Unique Health System), this feature leads to loss of valuable competences, with reflections on its organizational performance. The impact of this turnover in the reduction of the quality of the services provided has been object of studies in the literature, but it doesn't seem to be the case of a hospital located in the Rio Grande do Sul State. Despite its elevated turnover rates, it has maintained the certification that proves its quality through the Hospital Accreditation - Level 3. In the last years, its quality program has focused on incoming professionals training methods and continued education programs. The aim of this study is to analyze if the incoming nurses and nursing technicians training methods allow the maintenance of the quality of the nursing service provided. Questionnaires were administered to 23 nurses and 10 nursing technicians, from a total of 40 incoming professionals, on their perception of the acquisition of specific competences during the training. Simultaneously, 10 current nurses and five existing nursing technicians answered about their perceptions of the new nurses, while 14 existing nurses and 12 current technicians answered about the new nursing technicians. The variables analyzed in this questionnaire were *knowledge* (technical and prospective knowledge), *skills* (effective communication and integrated view of processes) and *attitude* (leadership). Data were inserted into the SPSS program, version 18, using the Non-Parametric Mann-Whitney Test. We performed a non-participant observation of 40 hours, an interview with the current professionals of the institution, the analysis of nursing care indicators and used a questionnaire administered by the training program coordination to the entrant professionals. There was similarity in the perceptions of incoming nurses and existing nursing professional that occurred the apprehension of the competence *skills* during the training, while incoming nursing technicians and existing professionals highlighted the competence *attitude* as the most noticed after the training. The care indicators showed significant reduction in the amounts of medication errors and of phlebitis and elevation in the patient fall rate, with marked improvement after the implementation of the current training method. The interviews with the incoming professionals indicate great satisfaction with the implanted method, coinciding with the interviews performed with the current professionals that highlight the attitude and the knowledge apprehended by the incoming professionals as differentials of the current method. The triangulation of these evidences suggests that the existing training method reflects in the elevation of the quality of the care service provided by the entering professionals, despite being placed in an environment of high turnover.

Keywords: Training. Incoming nursing professionals. Quality. Turnover.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Competências individuais utilizadas como base para a elaboração de método de capacitação, com base na definição de competência adotada neste estudo.....	37
Quadro 2 - Indicadores Assistenciais – Valores Médios (nº de erros/nº de atendimentos)	61
Quadro 3 - Média de horas de Treinamento	62
Quadro 4 - Média Anual de Rotatividade da Equipe Assistencial.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Framework</i> /Modelo Teórico – Capacitação de Profissionais de Enfermagem Ingressantes como Recurso Estratégico pela ótica da RBV.	46
Figura 2 - Método de Trabalho	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da Confiabilidade das Escalas – Enfermeiros Ingressantes x Membros Antigos	67
Tabela 2 - Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente. Valor máximo da Escala é 5 – Enfermeiros Ingressantes x Membros Antigos	68
Tabela 3 - Testes Estatísticos – Enfermeiros Ingressantes x Membros Antigos.....	68
Tabela 4 - Avaliação da Confiabilidade das Escalas – Técnicos em Enfermagem Ingressantes x Membros Antigos	69
Tabela 5 - Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente. Valor máximo da Escala é 5 – Técnicos em Enfermagem Ingressantes x Membros Antigos.....	70
Tabela 6 - Testes Estatísticos – Técnicos em Enfermagem Ingressantes x Membros Antigos.	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

C.C.A - Centro Cirúrgico Ambulatorial

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PGAQS – Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde

PGQP - Programa Gaúcho de Produtividade e Qualidade

PNQP – Programa Nacional de Qualidade e Produtividade

RBV – *Resource Based View*

SPA – *Strategic Position Analysis*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTIA – Unidade de Tratamento Intensivo Adulto

UTIP - Unidade de Tratamento Intensivo NeoPediátrico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Apresentação do Problema de Pesquisa	15
1.2 Objetivos	16
1.2.1 Objetivo Geral	16
1.2.2 Objetivos Operativos	16
1.3 Justificativa	17
1.4 Delimitação do Trabalho	18
1.5 Estrutura do Trabalho	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 Rotatividade dos Funcionários da Enfermagem no Brasil	20
2.2 Estratégias	22
2.2.1 A Estratégia da RBV	24
2.3 Falconi e a Importância do Método	26
2.4 A Qualidade e a Acreditação Hospitalar	28
2.5 Competências Profissionais na Atividade Assistencial	33
2.5.1 A Tomada de Decisão – a Necessidade da Capacitação para Enfrentar o Inusitado	38
2.5.2 A Capacitação para o Desenvolvimento da Autonomia Operacional	40
2.5.3 O Processo de Comunicação na Prática Assistencial	42
2.5.4 A Importância da Ética Profissional nas Práticas Assistenciais.....	43
2.6 Estrutura Geral da Pesquisa	45
3 MÉTODO	48
3.1 Método de Pesquisa	48
3.2 Método de Trabalho	49
4 ESTUDO DE CASO	55
4.1 Contextualização do Setor Hospitalar, Panorama Geral da Instituição e Métodos de Capacitação Adotados	55
4.2 Observação Não Participante	59
4.3 Indicadores Assistenciais	61
4.4 Treinamento	62
4.5 Rotatividade de Pessoal Assistencial	63
4.6 Relatórios sobre as Capacitações Realizadas no Novo Modelo	64
4.7 Análises Realizadas com Base nos Questionários	65
4.7.1 Enfermeiros Ingressantes.....	66
4.7.2 Técnicos em Enfermagem Ingressantes	69
4.8 Triangulação e Análise das Evidências	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	75
5.1 Considerações Finais	75
5.2 Limitações	77
5.3 Recomendações para Trabalhos Futuros	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS E TÉCNICOS (AS) ANTIGOS (A) RESPONDEREM SOBRE O (A) ENFERMEIRO (A) INGRESSANTE	90
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS (AS) INGRESSANTES ...	95

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS (AS) E TÉCNICOS (AS) EM ENFERMAGEM ANTIGOS (AS) RESPONDEREM SOBRE TÉCNICOS (AS) EM ENFERMAGEM INGRESSANTES	100
APÊNDICE D – PESQUISA QUESTIONÁRIO PARA TÉCNICOS (AS) EM ENFERMAGEM INGRESSANTES	105
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	111
APÊNDICE F - PESQUISA SPSS - RESULTADOS – SÉRGIO ALMEIDA MIGOWSKI	114
APÊNDICE G – INDICADORES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM	142
ANEXO A – QUESTIONÁRIOS REALIZADOS PELA COORDENAÇÃO DO CURSO	144
ANEXO B - INDICADORES ASSISTENCIAIS	153
ANEXO C – ARTIGOS DE JORNAIS SOBRE A QUALIDADE DO HOSPITAL.....	158
ANEXO D – FOLDER	162
ANEXO E – ARTIGOS JORNALÍSTICOS SOBRE A FISCALIZAÇÃO DO COREN-RS	163
ANEXO F – CERTIFICAÇÃO ONA	165

1 INTRODUÇÃO

Da finalidade de apoiar os mais necessitados, o que, aliás, deu origem aos hospitais, para a necessidade em buscar aperfeiçoamento em sua gestão, pouco tempo se passou. O estudo de Arndt e Bigelow (2007) destaca as responsabilidades dos administradores hospitalares, do início do século XX, que nas tomadas de decisões, deveriam ter em mente a necessidade do controle severo dos custos e a busca da eficiência dos trabalhos efetuados.

Sendo complexa, a gestão hospitalar defronta-se com custos crescentes, profissionais de gerações e formações diferentes e uma logística em torno de medicamentos e recursos físicos que devem permanecer sempre disponíveis (BITTAR, 2000), em função das características de imprevisibilidade da prestação de serviços. Dentro deste cenário, focar em aperfeiçoamentos na gestão torna-se imprescindível para a sobrevivência da própria organização.

Por esta razão, a obtenção de certificações de qualidade não é somente a conquista de um título, mas uma mudança dos paradigmas de gestão em vigor, através da alteração de processos. No caso brasileiro, especificamente, o setor hospitalar dispõe da Acreditação Hospitalar, obtida através da Organização Nacional de Acreditação (ONA) que é um reconhecimento formal, concedido por um organismo autorizado pelo Ministério da Saúde, onde a entidade certificada (acreditada) mostra ter competência técnica para realizar serviços específicos, garantindo sua qualidade total (MEZOMO, 2001).

Como consequência, a busca pela qualidade, enquanto vantagem competitiva sustentável, tende a fazer com que a gestão procure a estratégia mais adequada para o seu contexto. Em função disso, sendo os hospitais organizações intensivas em conhecimento (GONÇALO; BORGES, 2010; MILES, 1995; ALVESSON, 1993), parece ser mais lógica a adoção de uma visão baseada em recursos (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991) do que uma estratégia baseada na estrutura do mercado que opera (PORTER, 1986), ou ainda, da Teoria da Complexidade (MORIN, 2000) que vem sendo utilizada em diversos estudos recentes na área da saúde (PRADEBON et al., 2011; ZARDO; FREITAS, 2007; SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008; STADNICK; COELHO, 2006).

Na realidade, o interesse em explicar os pontos fortes – recursos, aprendizado, habilidades – a partir da década de 90, reacendeu a discussão sobre a forma como eles afetavam os competidores, bem como, quais competências seriam necessárias para desenvolver estratégias diversificadas (FOSS, 1997; COLLIS; MONTGOMERY, 1991; BARNEY, 1991).

Especificamente, no segmento hospitalar, sua dependência de estratégias específicas de gestão dos recursos humanos adquire uma importância ainda maior, pois é através de seus membros que os processos são executados, sofrendo influência direta nos resultados das ações e decisões tomadas (COLLIS; MONTGOMERY, 1995; GRANT, 1991). A evasão de pessoas experientes e a escassez de profissionais capacitados fazem com que o risco de perda de competências valiosas, para uma organização de saúde, torne-se iminente (COOMBER; BARRIBAL, 2007; JONES; GATES, 2007; HAYES et al., 2006). Quando se tem uma alta rotatividade de pessoal, diversos processos são afetados, originando, por vezes, mudanças nocivas nas organizações. Hall (2004, p. 163) destaca que uma forma de mudança “[...] ocorre por meio da rotatividade de pessoal. Apesar da seleção e do treinamento cuidadoso, gerações sucessivas de pessoal organizacional não são clones uma da outra”.

Como fator agravante da elevada rotatividade, alguns estudos destacam a baixa oferta de pessoal para contratação como fator de risco para a gestão hospitalar. Dentre as pesquisas sobre a situação do mercado de trabalho para a enfermagem no Brasil, a de Varella (2006) parece ser a mais abrangente e atualizada. A autora aponta para uma absorção de 92% dos egressos da graduação em 2004, o que significa a quase totalidade, podendo sugerir baixa oferta de pessoal assistencial para o setor da saúde, dificultando, ainda mais, a recomposição do quadro de funcionários. Simultaneamente, alguns estudos norte-americanos destacam a grande preocupação com a proximidade da aposentadoria de 41% das enfermeiras nos próximos 12 anos e de outros 41% em 20 anos, o que ocasionaria a perda de grande quantidade de conhecimento que, dificilmente, poderia ser ensinado nas academias (BRYANT-HAMPTON; WALTON, 2010; LARKIN, 2007; HATCHER et al., 2006).

Diante deste quadro, alguns estudos enfatizam não só a necessidade de retenção desta força de trabalho por mais alguns anos, através de incentivos financeiros, mas também a necessidade de atrair acadêmicos de enfermagem, para que possam ser treinados pela convivência com o pessoal mais experiente, mesmo antes da conclusão de sua formação (BRYANT-HAMPTON; WALTON, 2010; LARKIN, 2007; HATCHER et al., 2006). Estes estudos apresentam custos de reposição que podem ser de até duas vezes o salário anual de uma enfermeira, dependendo do seu grau de especialização, variando de US\$ 92 mil até US\$ 145 mil, o que abrangeria desde os custos de recrutamento e seleção até a perda de produtividade e consolidação do relacionamento do ingressante com a equipe de profissionais já existente (BRYANT-HAMPTON; WALTON, 2010; LARKIN, 2007; HATCHER et al., 2006).

Outros autores afirmam que o custo anual gerado pela rotatividade de enfermeiros nos

Estados Unidos, gira em torno de U\$ 10.000 a U\$ 60.000, de acordo com a especialidade (GRAZZIANO; BIANCHI, 2010). Todos eles concordam que o número de ingressantes na profissão é inferior às necessidades do país, o que determina a urgência na criação de elementos que possam atrair um maior número de pessoas (BRYANT-HAMPTON; WALTON, 2010; GRAZZIANO; BIANCHI, 2010; LARKIN, 2007; HATCHER et al., 2006).

Em função dos poucos trabalhos brasileiros sobre o tema da rotatividade, neste segmento, pesquisas nacionais (GAIDZINSKI; NOMURA, 2005) utilizam, como parâmetro, índices americanos, os quais determinam que taxas anuais de desligamento superiores a 30% constituem níveis de rotatividade pouco aceitáveis e, quando atingem 50%, são considerados comprometedores, no que se refere à produtividade e aos custos elevados para a reposição de trabalhadores. Em média, a rotatividade norte-americana está em 21,6% (BRYANT-HAMPTON; WALTON, 2010). Na realidade, este parece ser um problema mundial, já que são diversos os estudos sobre o tema, não só nos Estados Unidos, mas também na Europa (KLUG, 2009; CAMERINO et al., 2009; ANSELMINI et al., 1997).

1.1 Apresentação do Problema de Pesquisa

No segmento hospitalar, em particular, qualquer ação referente à gestão dos profissionais de enfermagem terá reflexos em todo o sistema, uma vez que representam, normalmente, 60% do total de trabalhadores de um hospital (FEDERAÇÃO..., 2011; SILVA; SEIFFERT, 2009; DUTRA, 1983). Por outro lado, ainda que a literatura destaque que alta rotatividade implica em perda da qualidade (NODARI et al., 2010; OLIVEIRA, 2009; JUBILATO, 2008; COOMBER; BARRIBAL, 2007; JONES; GATES, 2007; HAYES et al., 2006; SILVA, 2006; GAIDZINSKI; NOMURA, 2005; WAGNER III; HOLLENBECK, 2003; MARCH, 2001; ANSELMINI et al., 1997), este não parece ser o caso de um hospital localizado na região serrana do Rio Grande do Sul. Apesar da alta rotatividade em suas equipes assistenciais de enfermagem, ele mantém a certificação de Acreditação Nível 3 que é a maior possível. Este fato vai ao encontro do constante questionamento dos estudos sobre estratégia que buscam respostas sobre o que diferencia uma organização de outra na busca da excelência do desempenho, oferecendo, assim, uma lacuna para estudo.

Neste hospital, percebe-se a ênfase dada ao método de capacitação para os profissionais da enfermagem ingressantes e à educação continuada, sendo esta objeto de estudos específicos (HENSON et al., 2010; KOWLOWITZ et al., 2009; AMESTOY et al.,

2008; IEPSEN et al., 2008). Ambos os recursos são fundamentais, pois possibilitam a minimização da quebra de processos nos casos de substituição de pessoal em função da rotatividade natural do próprio setor, tais como abandono da dupla jornada, ou da própria atividade e mudança de emprego (FREITAS, 2003).

Registre-se, também, que, no Estado do Rio Grande do Sul, são apenas cinco hospitais acreditados, sendo 3 na Acreditação Nível 3 (Excelência); 2 na Acreditação Nível 2 (Plena) e 1 na Acreditação Nível 1 (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA, 2011), o que mostra não se tratar de uma certificação tão comum quanto as certificações ISO existentes. Dentre todos, o hospital utilizado como estudo de caso é o único hospital privado, com, aproximadamente 60% das internações pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde) e as demais por convênios privados e particulares. Dos 4 hospitais restantes, 3 são privados, sem internações pelo SUS e o outro é um hospital público de ensino ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Diante disto, cabe a questão: *como métodos de capacitação de enfermeiros e técnicos assistenciais ingressantes permitem manter a qualidade do serviço assistencial em um ambiente de alta rotatividade?*

1.2 Objetivos

São os seguintes o objetivo geral e os objetivos operativos do trabalho:

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do trabalho consiste em analisar se métodos de capacitação de enfermeiros e técnicos em enfermagem ingressantes permitem a manutenção da qualidade do serviço de enfermagem prestado.

1.2.2 Objetivos Operativos

São os seguintes os objetivos operativos do presente trabalho:

- Identificar e descrever os métodos de capacitação, utilizados no hospital selecionado, para os profissionais ingressantes da equipe de enfermagem;

- Analisar, de forma quali-quantitativa, o método atual de capacitação existente na organização de saúde, comparando-o com o método anterior; e
- Verificar, através da triangulação das evidências encontradas, se os métodos permitem a manutenção da qualidade do serviço de enfermagem prestado.

1.3 Justificativa

O método de capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes vem sendo tema de diversos estudos sobre a gestão do conhecimento, além de envolver fatores como cultura organizacional, tipos de liderança, *stress* no trabalho, motivação, confiança, além de elementos característicos da própria atividade assistencial. Estudos específicos sobre a capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes têm apresentado, todavia, somente pesquisas sobre educação continuada, sendo que a maioria não teve aplicação empírica, indicando uma lacuna para estudo.

As buscas sobre tais estudos foram feitas nos periódicos internacionais específicos da área do conhecimento e do setor de saúde, bem como nos periódicos brasileiros¹, utilizando o EBSCOHost, o Top 25 *Science Direct*, além das bases de dados da Biblioteca da UNISINOS (CAPES e dissertações da UNISINOS²) para o período de janeiro de 2007 a novembro de 2010, Dentre estes, devem ser citados:

- o artigo de Kowlowitz, *et al.* (2009) que utilizou o acesso virtual à biblioteca da Universidade à qual está ligado o hospital utilizado como estudo de caso, de forma a proporcionar atualização constante na equipe de enfermagem da unidade de gerontologia;
- o artigo de Henson, *et al.* (2010) que aplicou a educação continuada na unidade de hemodiálise como forma de redução das infecções;
- o artigo de Amestoy, *et al.* (2008) que tratou da educação continuada para acadêmicos e equipe de enfermagem de uma UTI de um hospital de ensino; e

¹ Journal of Health Services Research & Policy; Research in Nursing & Health; Journal of Advanced Nursing; Worldviews on Evidence-Based Nursing; Health Services Research; Human Resource Management; Journal of Information & Knowledge Management; Journal of Knowledge Management; Intl Journal of Public Administration; Journal of Evidence-Based Social Work; Rev Gaúcha de Enferm; R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde; Rev Esc Enferm USP; RAE e RAC.

² Palavras-chave utilizadas para busca: capacitação; ingressante; hospital; enfermagem; informação; conhecimento; aprendizagem; e seus equivalentes em inglês – *education, practical training, entrant, hospital, nursing, information, knowledge, learning.*

- o artigo de Iepsen, *et al.* (2008) que aplicou um processo de aprendizado contínuo em um hospital privado de pequeno porte.

Devem ser destacados, ainda, os estudos empíricos que têm sido realizados sobre a importância dos ativos intangíveis em hospitais brasileiros. Dentre estes, foi comum a constatação de que programas de treinamento, interação social, padronização de processos, sistemas de gerenciamento do conhecimento e a utilização da tecnologia como ferramenta de comunicação são fundamentais para o desempenho das organizações hospitalares (AITA et al., 2007; ZIGAN et al., 2009; WARD et al., 2009; BORBA, 2009). Alguns estudos sugerem, inclusive, que tanto o número de enfermeiras e técnicas de enfermagem, quanto suas habilidades e conhecimentos são responsáveis pela recuperação mais rápida e satisfatória dos pacientes, gerando menos desperdícios e custos menores (BANSAL, 2001; AITA et al., 2007; ZIGAN et al., 2009; HARRISON et al., 2010).

Enquanto contribuição empresarial, este estudo buscará analisar um método de capacitação de funcionários ingressantes de um hospital, cujo perfil é comum no Rio Grande do Sul, qual seja, aqueles que realizam, no mínimo, 60% de suas internações e atendimentos ambulatoriais pelo convênio SUS e o restante pelos demais convênios e particulares. No estado gaúcho, são 239 hospitais filantrópicos, que disponibilizam 18 mil leitos (66,6% do total de leitos SUS existentes) pelo convênio SUS e 550 mil internações/ano, o que corresponde a 75% da capacidade assistencial SUS no Estado. Além disso, em 220 municípios, é o único hospital, sendo, no seu conjunto, gerador de 55 mil postos de trabalho diretos (FEDERAÇÃO..., 2011)

1.4 Delimitação do Trabalho

Este estudo se restringirá aos profissionais de enfermagem, já que os cuidados assistenciais podem necessitar de uma equipe multidisciplinar. Em uma internação hospitalar, não raro, estão envolvidos, além do médico, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. Enfermeiros e técnicos em enfermagem correspondem a 60% do total de trabalhadores de um hospital (FEDERAÇÃO..., 2011; SILVA; SEIFFERT, 2009; DUTRA, 1983).

1.5 Estrutura do Trabalho

Este trabalho foi estruturado da seguinte forma:

- O capítulo 1 apresenta a introdução sobre o tema, a definição do problema, bem como a questão de pesquisa, a delimitação do tema, objetivos geral e específicos, e as justificativas para a elaboração deste estudo;
- O capítulo 2 contém a revisão teórica referencial da pesquisa abordando temas como: os motivos da alta rotatividade dos profissionais de enfermagem, a indicação da RBV como modelo estratégico, a certificação da qualidade hospitalar, a importância das competências nas práticas assistenciais, os estudos existentes sobre métodos de capacitação de pessoal assistencial ingressante, além do *framework* proposto;
- O capítulo 3 traz o método de pesquisa e o método de trabalho;
- O capítulo 4 trata da contextualização do segmento hospitalar, da descrição do hospital utilizado como objeto do estudo de caso e das análises realizadas nesta unidade de pesquisa, apresentando os resultados encontrados; e
- O capítulo 5 é formado pelas considerações finais, limitações da pesquisa e lacunas para trabalhos futuros, seguido das referências e anexos contendo as pesquisas quantitativas utilizadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica que dá suporte a esta pesquisa, compreende conhecimentos acerca da análise estratégica dos recursos internos, representados, neste estudo, pela capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes de uma organização de saúde que, em função do método utilizado, permite manter a qualidade dos serviços assistenciais prestados em um ambiente de alta rotatividade de pessoal. Para tanto, será realizada uma breve análise da rotatividade do setor hospitalar; das estratégias viáveis para este segmento; a explicação de como ocorre um processo de certificação da qualidade assistencial, bem como quais as competências funcionais a equipe assistencial necessita para mantê-la. Ao final, é proposto um *framework*/modelo teórico que, apoiado no referencial teórico, é a razão para este estudo.

2.1 Rotatividade dos Funcionários da Enfermagem no Brasil

Face à absorção, pelo mercado de trabalho, da maior parte dos profissionais de enfermagem recém graduados, a utilização de políticas de retenção de pessoal indica ser uma estratégia sensata para enfrentar a alta rotatividade e suas conseqüências. Dentre as causas internas para a elevação deste índice, podem ser citados (GRAZZIANO; BIANCHI, 2010; HUZEK; STEFANO, 2009; NICOLA; BARBOZA; MARASCHIN, 2005; GAIDZINSKI; NOMURA, 2005; SILVA; KURCGNANT; QUEIROZ, 1998):

- políticas salariais que, não raro, limitam-se aos acordos estabelecidos por dissídio;
- abandono da profissão;
- políticas de benefícios insatisfatórias;
- estilo de supervisão;
- falta de oportunidade de crescimento profissional;
- condições físicas e ambientais de trabalho;
- política disciplinar;
- falta de experiência;
- treinamento deficiente na admissão;

- longas jornadas de trabalho;
- clima organizacional;
- conflitos interpessoais;
- falta de autonomia;
- *burnout*; e
- número insuficiente de profissionais.
-

Como fatores externos da rotatividade elevada, podem ser citados (BARBOZA; MARASCHIN, 2005; GAIDZINSKI; NOMURA, 2005):

- a oferta e a procura por recursos humanos capacitados;e
- a conjuntura econômica que pode representar a redução da capacidade financeira da organização ou a necessidade da elevação de investimentos em estrutura física e pessoal.

Os estudos realizados por Silva, Kurcgnant e Queiroz (1998) destacam que tais características, combinadas ou individualmente, podem gerar processos de desgaste dos profissionais de enfermagem. Sendo tão variados, podem causar maior ou menor impacto na elevação deste indicador, tendo relação direta com as características de cada organização. Em comum, o fato de que o bem estar favorece o desenvolvimento das práticas assistenciais, com reflexos na qualidade da prestação do serviço (NOGUEIRA, 2007).

Some-se à dificuldade de contratação de novos funcionários, a baixa qualidade da formação acadêmica que acaba gerando problemas para os hospitais já habituados a conviver com escalas enxutas e pouca capacidade financeira de fornecer capacitações de nivelamento dos novos contratados (FREITAS, 2003; VOZ SAUDE, 2010). Além disso, profissionais excedentes e que possam exercer a tarefa única de ensinar, constituem-se em exceção em função dos custos envolvidos (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Na realidade, possuir um diploma não é garantia de conhecimento técnico-científico no agir profissional, mas tende a ampliar-se nas experiências adquiridas durante as atividades anteriores (FREITAS; OGUISSO, 2003). O diploma é estático, normalmente concedido uma só vez; já as habilidades e conhecimentos são dinâmicos e constantemente atualizados pelas práticas diárias (SOBRINHO; CARVALHO, 2004).

É o que, aliás, vem ocorrendo nos hospitais brasileiros, pois conhecimentos básicos

têm de ser ministrados durante o exercício profissional (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005). A falta de profissionais e da capacidade de treinamento das academias e cursos profissionalizantes de enfermagem não são, contudo, problemas brasileiros apenas. A redução do número de profissionais habilitados e a tendência de elevação na escassez de enfermeiros é assunto de preocupação permanente dos norte-americanos. Relatório de 2007, do *American Hospital Association*, já destacava um déficit de 116 mil enfermeiros nos Estados Unidos, significando que os ingressantes deverão ter acesso a pouco contato com pessoal mais experiente (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

No caso brasileiro, o projeto de lei 2295/2000 que pretende reduzir a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem para 30 horas, será um novo fator desencadeador de falta de pessoal, além de um inevitável aumento nas folhas de pagamento, caso seja aprovado, com indesejáveis reflexos nos resultados operacionais. Diante disso, a escolha da estratégia mais adequada para a minimização dos efeitos da rotatividade no desempenho organizacional ganha vulto, devendo merecer atenção especial dos gestores envolvidos.

2.2 Estratégias

Ainda que a definição do termo estratégia estivesse atrelada a conceitos bélicos em sua acepção original, seu emprego migrou para a economia, no século XX (ANSOFF, 1957; MINTZBERG, 1978; GHEMAWAT, 2007). O debate nesse campo de estudos tem-se empenhado em compreender os motivos que levam o desempenho de uma organização ser superior ao de outra.

Nos últimos anos, a estratégia vem sendo discutida sob diferentes enfoques, sendo que dois são centrais nesta discussão: aquele que sugere que a vantagem competitiva reside no posicionamento da empresa diante das forças que moldam a estrutura da indústria, *Strategic Position Analysis* (SPA), tendo as obras de Porter (1986, 1989) como sustentáculos e o outro, a *Resource-Based View* (RBV), tendo, como base, os trabalhos de Wernerfelt (1984) e Barney (1991, 2007) que destacam a posse de recursos estratégicos como a principal origem de vantagem competitiva das organizações. Especificamente, em relação a este último, cabe salientar o impulso recebido, no meio acadêmico, depois que o artigo de Wernerfelt (1984), “*A Resource-Based View of the Firm*”, acabou selecionado como o melhor trabalho publicado, na década anterior, pela revista *Strategic Management Journal* (WERNERFELT, 1995).

Aliás, uma das primeiras referências à expressão “vantagem competitiva” nos estudos

sobre estratégia, foi feita por Ansoff (1977) que a definiu como a vantagem de perceber, proativamente, tendências de mercado à frente dos concorrentes, ajustando, em função disso, a oferta. Definiu, ainda, estratégia empresarial como tudo aquilo que se refere às relações entre a empresa e seu ambiente.

A discussão sobre a concepção das estratégias com base no ambiente externo ou interno segue há muitos anos, sem que nenhuma das duas correntes possa ser considerada vitoriosa. Kenneth Andrews (1971), tido como autor da análise SWOT, da forma como é mais conhecida, destaca que a identificação conjunta de fatores internos e externos permite a criação de estratégias mais adequadas em meio a um ambiente cada vez mais dinâmico, indicando que a SPA e a RBV devem trabalhar de forma complementar.

De forma paralela a estas discussões, Etzioni (1974) classifica hospitais como organizações complexas, dentre outros motivos, pela assimetria de informações que existe nas relações médico/paciente e enfermagem/paciente, fazendo com que ele seja obrigado a aceitar passivamente as regras que lhe são impostas. A Teoria da Complexidade vem sendo utilizada como base para diversos estudos na área da saúde (PRADEBON et al., 2011; ZARDO; FREITAS, 2007; SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008; STADNICK; COELHO, 2006), já que se trata de um ambiente permeado por relações dinâmicas, imprevisíveis, com pluralidade, contradições e incertezas. São decisões tomadas diante de fenômenos que parecem ser simultaneamente antagônicos, alternando ordem e desordem (BEDIN; SCARPARO, 2011).

A Teoria da Complexidade pode ser resumida como um tipo de pensamento que une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Morin (2000) exemplifica através da proposição de que somos seres humanos ao mesmo tempo em que somos físicos, biológicos sociais, psíquicos e espirituais, tendo a complexidade a missão de realizar a articulação, a identidade e a diferença de todos estes aspectos.

No caso do segmento hospitalar, a capacidade tecnológica pode afetar as vantagens competitivas em função dos altos custos de aquisição. Todavia, pressionados pelos competidores externos e pela necessidade de resolutividade clínica e diferenciação, as organizações de saúde veem-se obrigadas a realizar a capacitação e integração das equipes, em virtude dos diversos processos internos e das competências necessárias para operar a tecnologia adquirida, sob pena de romper elos da cadeia de valor (PORTER, 1989; WERNERFELT, 1984). Desta forma, este estudo utiliza a Teoria da Visão Baseada nos Recursos (BARNEY, 2007) por entender que a resposta para a minimização dos efeitos da rotatividade na qualidade do serviço assistencial poderá surgir da gestão da capacitação dos

recursos humanos , ainda que estejam inseridos em uma organização complexa.

2.2.1 A Estratégia da RBV

As mudanças econômicas ocorridas, com maior ênfase, a partir da década de ´80, trouxeram uma discussão neste tema. A dúvida consistia em saber se as estratégias estariam vinculadas com mais intensidade a fatores externos, no caso, a indústria onde ela estava inserida, ou se os recursos internos teriam maior relevância. A perspectiva da RBV provocou uma discussão sobre a visão porteriana, por considerar que ela tratava as empresas, de um mesmo setor, de maneira homogênea e com ampla mobilidade de recursos. Wernerfelt (1984) propôs que uma vantagem competitiva deveria ser durável ao longo do tempo e que fosse capaz de gerar barreiras de entradas a competidores pela mobilização de recursos e pela lucratividade gerada em comparação a seus competidores.

Para Barney (1991), uma vantagem competitiva, por si só, não seria suficiente para gerar um diferencial. A empresa deveria ter atributos que lhe conferissem sustentabilidade ao longo do tempo. À semelhança de Wernerfelt (1984), o autor considerava tais atributos como: o valor do recurso, raridade, baixo grau de imitabilidade e de risco de vir a ser substituído. Na sua percepção, os recursos da organização possuem um contexto subjetivo que implica num maior grau de imobilidade, isto é, não são de fácil implementação e aquisição. Segundo Barney (1991), isso implicaria em heterogeneidade entre empresas, o que contrariava a visão porteriana.

Barney (1991) distingue os recursos de uma organização em 3 categorias e esta conceituação é a utilizada neste estudo:

- **capital físico** – que inclui tecnologia, instalações e equipamentos, localização geográfica e acesso à matéria-prima;
- **capital humano** – que abrange treinamento, experiência, inteligência e relacionamento dos gestores e trabalhadores do nível operacional;
- **capital organizacional** – que envolve planejamento formal e informal, controle, coordenação de sistemas, relacionamento de grupos com a empresa e da empresa com o ambiente.

Tanto Wernerfelt (1984) quanto Barney (1991) indicam que um atributo da empresa

pode, também, ser considerado um recurso, sendo representado, dentre outros, pela marca, conhecimento da tecnologia interna, conhecimento das pessoas, equipamentos, procedimentos eficientes (métodos), capital, contatos comerciais, reputação e capacidade de inovar.

No início da década de 90, em novas publicações (GRANT, 1991; COLLIS; MONTGOMERY, 1995), a RBV consolida-se como abordagem de análise da estratégia capaz de gerar vantagem competitiva, percebendo-se a coordenação de recursos internos como meio de enfrentar ameaças externas. Tal enfoque permitiu uma maior interface entre a visão econômica racional e a comportamental. A capacidade de organizar rotinas foi reconhecida por Grant (1991) como coordenação de padrões complexos entre pessoas e recursos, no qual o conhecimento tem papel fundamental. Para que esses recursos tenham valor reconhecido como capacidades, devem, à semelhança de Barney (1991) e Porter (1986), aliar escassez (ou raridade), apropriabilidade e possuir demanda. Na intersecção desses fatores, haveria criação de valor, fundamental para que um recurso fosse capaz de ser reconhecido como capacidade.

Em trabalho anterior, Penrose (2006) já reconhecia que o ambiente não era independente das atividades organizacionais, mas que a capacidade organizacional de rearranjar os recursos, poderia superar eventuais dificuldades. A análise baseada em recursos internos pode ser sintetizada através de duas generalizações feitas por Foss (1997):

1. existem diferenças assimétricas entre as empresas em função do controle dos recursos necessários para implementar estratégias; e
2. estas diferenças são, relativamente, estáveis.

Sendo assim, o desempenho da organização está atrelado à dotação de recursos acumulados ou adquiridos e à maneira como são combinados, determinará as vantagens competitivas que provocam as diferenças entre as organizações (FOSS, 1997; PRAHALAD; HAMEL, 1990). As empresas apresentam, por esta razão, diferentes níveis de eficiência em função das competências e do posicionamento que adotam no mercado (COLLIS; MONTGOMERY, 1995; PETERAF, 1993). A estratégia passa, por isso, a focar naqueles recursos capazes de gerar vantagem competitiva, ainda que baseados na economia de escala, patentes, reputação da marca ou curva de experiência. Cabe, ainda, à organização, orientar seus esforços no sentido de adquirir recursos, cujas combinações resultem em barreiras de entrada para os demais concorrentes (GRANT, 1991).

A sustentabilidade das vantagens competitivas está ligada, portanto, à experiência organizacional e à realização das rotinas, o que torna as atividades operacionais mais

eficientes em função do conhecimento e experimentações acumuladas (COLLIS; MONTGOMERY, 1995; GRANT, 1991). Pela perspectiva de Collis e Montgomery (1995), as capacidades organizacionais, construídas ao longo do tempo, são recursos ou ativos intangíveis incorporados às rotinas, processos e à cultura, capazes de gerar uma vantagem competitiva. Nas organizações de saúde, os principais recursos são originados dos processos internos baseados no conhecimento acumulado pelas práticas operacionais (MEZZOMO, 2001). Por não poder ser patenteado e, em geral, ser tácito, tais ativos intangíveis devem ser incorporados pelas empresas, de modo a não sofrer descontinuidade em suas atividades (SVEIBY, 1997).

Sua disseminação, através das rotinas diárias, passa, dessa forma, a ser fundamental para a criação de vantagem competitiva, pois não será de domínio do indivíduo e sim da organização. O empregado, embora não seja uma propriedade da organização, é detentor de competências que o habilitam a agir diante de diversas situações, dada a sua experiência, escolaridade e capacidade de raciocínio (SVEIBY, 1997). Manter o foco na capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes passa a ser considerado um recurso importante para a manutenção de uma importante prioridade competitiva: a qualidade. A maneira como esta capacitação deve ser formatada pode ser respondida por Falconi (1992, 1995, 1998, 1999, 2009) que destaca o uso de um método padronizado como o meio mais eficaz de atingir-se o objetivo desejado.

2.3 Falconi e a Importância do Método

Dentre os diversos autores que consideram a alta rotatividade como algo extremamente nocivo ao sucesso de uma organização, Falconi (1992, 1995, 1998, 1999, 2009) merece atenção especial por ser um estudioso brasileiro que tem realizado seus trabalhos analisando as peculiaridades das organizações nacionais. Para Falconi (2009), um elevado *turnover* de pessoal é fatal para a qualidade do produto, pois costuma indicar a insatisfação das pessoas com as condições de trabalho. Seu impacto na retenção do conhecimento tácito é uma perda, por vezes, irreparável, gerando custos elevadíssimos (FALCONI, 2009).

Apesar disso, uma rede americana de refeições rápidas instalada no Brasil, *McDonald's Restaurant*, tem, como características principais, a padronização de processos de trabalho aliada a uma alta rotatividade de pessoal, objetivando a redução de seus custos de produção. Treina, exaustivamente, seus novos membros, em geral, jovens em busca do

primeiro emprego, para produzir itens iguais e servidos com o mesmo grau de qualidade, em todas as regiões do país (AREND; REIS, 2009).

Ainda que pareça contrariar seus estudos sobre a relação inversamente proporcional entre rotatividade e qualidade, o próprio Falconi (1992, 2009) propõe a padronização como método de trabalho, o que acaba sendo uma solução para este problema. Trata-se da padronização proporcionada pela capacitação como sendo capaz de melhorar a qualidade, de reduzir custos, de cumprir cronogramas e de proporcionar segurança e saúde para os recursos humanos, o que vem ao encontro da estratégia utilizada pela rede americana..

Naturalmente, respeitando-se as peculiaridades dos segmentos saúde e alimentação, o efeito mais visível da prestação, com má qualidade do serviço assistencial, é o prejuízo à saúde do paciente, o que torna ainda mais importantes os estudos sobre o setor. Ao propor a solução da padronização como método de trabalho, Falconi (1992, 2009) explica que método é uma palavra originada do grego pela soma das palavras *META* e *HÓDOS*. *META* significa “resultado a ser atingido” e *HÓDOS*, “caminho”, o que pode levar a duas definições: caminho para o resultado ou uma sequência de ações necessárias para atingir-se certo resultado. Os diversos processos que compõem e agregam valor a este método devem ser capazes de garantir a qualidade para o processo seguinte (FALCONI, 1992).

Falconi (2009) ressalta que, ao ser de domínio de todos os membros de uma organização, independentemente de seu nível educacional, o método permite criar uma linguagem gerencial comum, facilitando a participação de todos. Para isto, o autor destaca algumas condições:

- a) metas bem estabelecidas para todos;
- b) prática da análise e síntese (novos conhecimentos a partir da informação e da aquisição do conhecimento técnico);
- c) execução;
- d) acompanhamento dos resultados e da execução; e
- e) difusão de novas práticas por meio da padronização.

Falconi (1999) afirma que pode alcançar-se a melhoria dos recursos humanos através do recrutamento de pessoas qualificadas, pelo contínuo investimento na educação de funcionários, pelo auto-aprendizado, pelo treinamento no trabalho e pelas técnicas adquiridas de outras empresas, através de contatos com pessoas de outras organizações. Sendo assim, a alta rotatividade, ainda que não deva constituir-se em algo permanente, pode ter seus efeitos

minimizados com um método adequado de trabalho. Falconi (2009) enfatiza a linearidade positiva entre conhecimentos e resultados proporcionada pelo método de capacitação, ressaltando que o conhecimento adquirido na prática facilita a busca deste resultado. Aliás, como destaca Falconi (2009), o verdadeiro poder não é ter informação, mas ser capaz de extrair dela o conhecimento necessário para a tomada de decisão.

Ao disseminar o conhecimento existente de maneira uniforme, o método de capacitação visando a padronização de processos, permite que o conhecimento seja utilizado o mais rapidamente possível. Esta padronização de processos tende a gerar, ao final de cada ciclo, a qualidade almejada.

2.4 A Qualidade e a Acreditação Hospitalar

No dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), qualidade provém do latim *qualitate* que significa aquilo que caracteriza uma pessoa ou coisa e que a distingue dos outros. A discussão da qualidade não é recente. Juran e Gryna (1991) a conceituam como *fitness for use* (adequação ao uso – tradução livre), enquanto Garvin (1992) adotou oito dimensões na tentativa de conceituá-la: desempenho, características, confiabilidade, conformidade, durabilidade, atendimento, estética e qualidade percebida, enfatizando que um produto ou serviço só pode ser bem reconhecido em apenas uma das dimensões. Crosby (1994) definiu-a como uma conformidade com os requisitos, enquanto Oakland (1994) afirma que a noção de qualidade depende da percepção individual. Deming (1990) compreende a qualidade como um atendimento contínuo às necessidades e expectativas dos clientes e a um preço que estejam dispostos a pagar. Para Slack et al. (1999), a melhoria da qualidade exerce forte influência sobre o resultado da organização, atuando no desempenho da produção e no aumento dos lucros pelo incremento das receitas. Falconi (1992) conceitua qualidade como um produto ou serviço de qualidade capaz de atender, perfeitamente, de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo, às necessidades dos clientes.

Estudiosos da qualidade na área da saúde como Donabedian (1980) conceituam-na com base em três conceitos:

- a) **estrutura** – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários à prestação da assistência;
- b) **processo** – atividades baseadas em padrões reconhecidos que resultam na

assistência e no respeito aos processos éticos envolvidos; e

c) **resultado** – o resultado final da assistência tem de ser adequado aos padrões vigentes e à satisfação das expectativas.

Mezomo (2001) destaca os seguintes princípios, como base da qualidade, deste segmento:

a) **equidade** – oferta de recursos de atenção à saúde que respeitem critérios de justiça social quando de sua distribuição à população;

b) **qualidade** – a relação entre aquilo que o serviço se propõe e seu efetivo fornecimento;

c) **eficiência** – otimização dos recursos utilizados;

d) **efetividade** – o grau de obtenção dos objetivos previstos inicialmente; e

e) **aceitabilidade** – o grau de avaliação dos serviços prestados por seus usuários.

O setor de saúde, em particular, tem conhecido um crescimento substancial em programas de qualidade em função do crescimento dos custos da assistência hospitalar. Existem algumas características específicas deste segmento (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002):

a) as leis de mercado não se sobrepõem às necessidades humanas, o que impacta nos custos de produção, já que não se pode deixar de usar um medicamento em um tratamento, por exemplo, devido seu alto custo;

b) a concorrência não é um elemento forte, dado a ser um segmento cronicamente carente em diversos países;

c) as necessidades curativas variam de paciente para paciente, dificultando a padronização de processos assistenciais;

d) não há simetria de informação, pois os clientes são, em geral, leigos e incapazes de julgar seu tratamento, além de nem sempre poderem escolher um prestador por falta de outra opção no local;

e) o consumo do serviço é imediato, impedindo que haja controle da qualidade ou estoque para inspeção;

f) a produção do serviço é executada por equipe multiprofissional, com formações e interesses econômicos distintos;

- g) a categoria médica costuma apresentar forte resistência a programas de qualidade por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica praticada.

Além disso, independentemente da natureza público ou privada do hospital, ele está inserido em um ambiente que o obriga a subordinar-se a princípios éticos e legais e a políticas governamentais que determinam sua forma de atuação (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002). Desta forma, a necessidade de escolher um modelo de gestão que lhe permita ser flexível diante da necessidade de permanente conexão com seu contexto e, paralelamente, seja capaz de realizar a gestão da qualidade em um mercado marcado pela constante falta de recursos, parece ser um paradoxo difícil de transpor.

A própria noção de gestão no caso dos hospitais é algo recente em nosso país. Somente na década de 90, o assunto gestão estratégica ganhou corpo, dentro do segmento hospitalar brasileiro, diante da propalada falência da Previdência Social (MALIK; PENA, 2006). Uma grande parcela dos recursos obtidos pelos hospitais advinha de fonte pública e, com a criação do convênio SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, boa parte dos hospitais privados utilizou outros caminhos legais para manter a filantropia (isenção de diversos impostos), sem que fosse gerada uma única internação pelo convênio público (SILVA, 2007; MEZZOMO, 2001; BITTAR, 2000).

Pressionada pela necessidade crescente de investimentos para a atualização tecnológica e capacitação de pessoal, a profissionalização da gestão tornou-se uma preocupação tanto privada quanto pública. Novas formas de parceria foram perseguidas e a terceirização de parte das atividades ou a divisão de seus custos e receitas com membros do corpo clínico tornaram-se comuns. A exigência de transparência nas contas internas e a busca por rentabilidade passou, então, a ocupar lugar de destaque nas organizações de saúde, fazendo-as realizar análises de cenário, a fim de detectar oportunidades de negócios assistenciais que pudessem trazer maior valor agregado às operações (KUCHENBERCKER; MACHADO, 2007).

Outra característica brasileira que tende a contribuir para o atraso na profissionalização da gestão é a falta do conceito de propriedade, o que pressionaria os gestores a apresentar resultados positivos e sistemáticos aos proprietários do negócio (KUCHENBERCKER; MACHADO, 2007; BITTAR, 2000). Em geral, as instituições hospitalares brasileiras têm, em sua gestão, um médico ou administrador subordinados a um conselho, usualmente composto por pessoas da comunidade, de modo que não há a presença do acionista enquanto interessado em receber dividendos.

Após a criação do SUS, o governo brasileiro buscou adotar modelos de gestão hospitalar semelhantes aos realizados na indústria e, entre eles, o planejamento estratégico e a Acreditação Hospitalar com vistas à gestão da qualidade (MALIK; PENA, 2006). A partir do ano 2000, inclusive em função da própria Acreditação, protocolos para controle de doenças crônicas, normatizações para controle de gastos e a preocupação com a rentabilidade e indicadores assistenciais e econômicos ganharam impulso dentro da área de gestão hospitalar.

A Acreditação Hospitalar, responsável pelo início da profissionalização da gestão teve sua discussão iniciada somente em 1995, através do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Criou-se a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, com membros da PGAQS, representantes de prestadores dos serviços de saúde, técnicos de órgãos responsáveis pelo controle da qualidade, além, naturalmente, de representantes dos usuários dos serviços de saúde. Sua principal atribuição era o levantamento de temas sobre a melhoria da qualidade que poderiam ser transformados em estratégias. Destes encontros, surgiu o projeto Acreditação Hospitalar que, encaminhado ao Programa Nacional de Qualidade e Produtividade (PNQP), acabou gerando o Manual de Acreditação Hospitalar em 1988, tendo como base principal o manual da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Já em 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não-governamental, cujo objetivo era promover um processo permanente de avaliação e certificação dos diversos serviços de saúde, o que inclui não só hospitais, mas também, laboratórios de análises clínicas, serviços de diagnóstico por imagem, bancos de sangue e todos aqueles que produzem serviços ligados ao segmento. Inicialmente, lançado com um prazo de dois anos para sua implantação obrigatória pelos hospitais, sob pena de perda da filantropia, acabou tendo a exigência estendida por mais 2 anos, até sua forma atual de adesão voluntária. Acabou-se compreendendo que a manutenção do caráter compulsório da adesão, levaria ao fechamento de boa parte dos serviços, uma vez que só o Nível 1 de Acreditação, por exemplo, demandaria vultosos investimentos para adequação da área física às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inacessível à boa parte das instituições.

Ressalte-se, por outro lado, um dos grandes méritos da certificação: o impacto causado na cultura organizacional. Ao qualificar dos processos e a busca da melhoria contínua, obriga a um novo modo de agir de todos os envolvidos. Seu maior reflexo, na realidade, ocorre na prática, através da mudança da cultura organizacional, com o estreitamento dos laços internos, aumento do comprometimento e com a evidenciação, através de indicadores diversos, dos

resultados obtidos. A tomada de decisão deixa de ser mera intuição para estar baseada em evidências (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

As organizações que decidem pela implantação do programa, acabam conhecendo vantagens para si, com reflexos diretos nos pacientes, através da obediência a regras e critérios estabelecidos pelo Manual que permitem a monitoração de processos e detecção e ajuste de erros em um tempo inferior àquele obtido antes de sua implantação (MEZOMO, 2001). Especificamente, as organizações percebem um aumento nas suas receitas pela melhor anotação de itens nos prontuários de pacientes, o que permite a cobrança de materiais médicos utilizados e a minimização de erros na assistência prestada, impactando na redução de processos judiciais por falhas de atendimento. Para o paciente, aumenta o acesso à informação sobre seu tratamento e a tranquilidade de estar sendo atendido por uma organização que está sob permanente auditoria, já que a certificação é revalidada a cada dois anos, com todos os processos daquele período anterior sendo criticados, de forma aleatória, pelo agente certificador autorizado (MEZOMO, 2001).

Basicamente, a Acreditação pode ser definida como uma cartilha, dividida em três níveis de exigência e que permite ao seu usuário, após a implantação, obter uma certificação de qualidade, através de empresas auditoras, credenciadas junto ao Ministério da Saúde. São eles (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006):

Nível 1 - Padrão: Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. Itens de Orientação: responsabilidade técnica conforme legislação; corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço; condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança;

Nível 2 - Padrão: Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Itens de Orientação: identificação, definição, padronização e documentação dos processos; identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; estabelecimento dos procedimentos; documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada; definição de indicadores para os processos identificados; medição e avaliação dos resultados de processos; programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

Nível 3 - Padrão: Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica. Itens de Orientação: define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade); sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes; estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos; análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

Uma característica importante deve ser ressaltada no processo de certificação: os requisitos do manual são cumulativos. Se atender a todos os requisitos do nível 1, o hospital é certificado; para ser certificado como acreditado pleno, é necessário que sejam atendidos os critérios dos níveis 1 e 2; para ser acreditado por excelência, o hospital precisa atender aos requisitos dos níveis 1, 2 e 3. A manutenção da certificação passa por uma constante dependência da qualidade dos processos envolvidos, sendo, assim, altamente dependente dos membros da organização, através do exercício de suas competências. Mezomo (2001) acrescenta que a Acreditação é um processo de educação a serviço dos hospitais, pela melhoria na qualidade dos serviços prestados e que, além de determinar a seriedade e legitimidade da organização, permite sua sobrevivência, graças à otimização das competências, para a execução de processos, em um contexto tão complexo.

2.5 Competências Profissionais na Atividade Assistencial

Em meio à complexidade experimentada pelos profissionais da área de saúde, envolvidos em um conjunto de preceitos éticos que se confrontam com a carência de boa parte dos hospitais brasileiros, a manutenção da qualidade está, diretamente, ligada à experiência e

à formação acadêmica e técnica. A definição de estratégias para relacionar ensino e aprendizagem, teoria e prática em um currículo integrado, deve ser uma preocupação que ultrapasse as fronteiras da academia. A elaboração de uma formação profissional adequada deve sofrer análise, também, das instituições hospitalares e dos órgãos encarregados pelas diretrizes curriculares nacionais, a fim de determinar quais são as competências exigidas, pelo mercado, para estes profissionais (KAISER; SERBIM, 2009).

Apesar das críticas e das discussões havidas nos últimos anos, representadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e da regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as transformações operadas no âmbito da formação prática de novos enfermeiros e técnicos de enfermagem não têm mostrado efeitos positivos na qualificação das competências destes profissionais. Todavia, não se deve imaginar que este seja um problema brasileiro somente, uma vez que existem pesquisadores envolvidos com a qualidade da formação de enfermeiros tanto nos Estados Unidos quanto na Europa (BORREGO; MUNDINA; FREIRE, 2008; CHRISTENSEN, 2009; CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2010).

Pela definição estabelecida pelo Parecer do Conselho Nacional de Educação, nº 16 (BRASIL, 1999, p. 1), competência é a “capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho”. Fleury, A. e Fleury, M. (2001) definem competência como capaz de agregar valor econômico para a instituição e valor social para o indivíduo, associados ao saber agir, a mobilizar recursos, integrar saberes, saber aprender, engajar-se e assumir responsabilidades. Ulrich e Lake (1990) entendem que o conceito de competência refere-se às características de um indivíduo em termos de conhecimento, habilidades, capacidades e personalidade que afetam diretamente o desempenho no trabalho. Para Sandberg e Dall’Alba (1996), a competência é construída a partir do significado do trabalho, o que não implica, necessariamente, na aquisição de atributos. Sveiby (1997) a interpreta como a soma de conhecimento explícito, habilidades, experiências pessoais e entrega, representada pelos resultados e pela forma como é reconhecido o indivíduo dentro de sua rede social. Dutra et al. (1998) tratam a competência como a capacidade de uma pessoa gerar resultados de acordo com os objetivos organizacionais. Ruas (2005) amplia a definição de competência através de três eixos: o conhecimento (saber); as habilidades (saber fazer); e as atitudes (saber ser e agir).

Os autores brasileiros receberam forte influência da escola francesa que destaca a competência como o fator que diferencia o desempenho de uma pessoa em relação à outra. Nesta corrente de pensamento, a competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em

torno das mesmas situações; é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações; é fazê-los assumir áreas de corresponsabilidade (ZARIFIAN, 2001).

A mobilização dos saberes, por seu turno, envolve: a qualificação profissional, o que permite autonomia e tomada de responsabilidade que passa a ser mais em rede, sem, no entanto, diluir a responsabilidade individual; o controle do trabalho substituído pelo controle da realização de compromissos; e a delegação de confiança. Fazer a gestão das competências é compreender que as pessoas estão, cada vez mais, diante do inusitado (LE BOTERF, 2003; ZARIFIAN, 2001). Não se pode apenas preparar pessoas para as exigências dos cargos que ocuparão, como quer a escola americana (BOYATZIZ, 1982), devendo ser capazes de compreender as demandas que os diversos contextos lhes impõem (ZARIFIAN, 2001).

No segmento da saúde, em particular, enquanto o enfermeiro deve ter duas competências básicas, a gerencial que prevê a organização do trabalho e dos recursos humanos e a assistencial, onde deve focar seus esforços nas necessidades dos cuidados em enfermagem, o técnico em enfermagem deve dar assistência ao enfermeiro, além de executar as tarefas operacionais para as quais foi capacitado. Ambas as funções exigem o saber fazer amparado nos conceitos éticos profissionais, mas, como não há como prever o inusitado em se tratando de vidas humanas, devem, ainda, estar prontas para o saber ouvir e o saber agir após a tomada de decisão, o que implica em liderança formal (enfermeira) e informal (técnica de enfermagem no caso de ausência ou ineficiência daquela). Dessa forma, processos de capacitação e de educação continuada devem contemplar estes elementos, a fim de agregar valor ao profissional e à própria organização (SOBRINHO; CARVALHO, 2004; FREITAS; OGUISSO, 2003; CIAMPONE, 1991).

Por esta razão e em função do segmento estudado, adota-se, para o presente estudo, a definição de competências da escola francesa. Para ela, a competência das pessoas manifesta-se na sua capacidade de julgar e tomar decisões, privilegiando a autonomia, a responsabilidade e o espírito de equipe e de cooperação frente aos comportamentos individualistas (ZARIFIAN, 2001). Trata-se, não só, da capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, saber-fazer, saber-ser) ao enfrentar situações complexas (LE BOTERF, 2003), mas, também, de assumir iniciativas, agir além do prescrito, compreender e dominar situações em constante mutação (ZARIFIAN, 2001).

Estas transformações do mundo do trabalho incorporam novos modelos de organização, novas formas de gestão, além de novas tecnologias, a um ritmo crescente. E, em função dessa reorganização técnica e social do trabalho, são introduzidas novas habilidades,

ampliam-se os conhecimentos, além de provocar uma maior exigência de interação social, acompanhada de enriquecimento técnico. São exigidas novas características no perfil do trabalhador, que transformam, de modo radical, a maneira de proporcionar a formação para o trabalho, desde a sua concepção institucional, até na estruturação de seus programas formativos (ZARIFIAN, 2001).

Estudos realizados especificamente sobre a capacitação de profissionais de enfermagem destacam a importância do desenvolvimento de competências nestas atividades. Suda (2005), em seu estudo, buscou identificar as oportunidades de melhorias e necessidades dos treinamentos voltados aos técnicos em enfermagem para atendimento de pacientes transplantados do Hospital Dom Vicente Scherer (Porto Alegre – RS). Para tal, propôs um plano de capacitação inicial de forma a servir de base para uma construção conjunta com os membros das equipes de enfermagem daquela unidade. Ao longo do trabalho, verificou que a noção de competência não estava bem fundamentada no saber, saber-fazer e saber-agir (RUAS, 2005). Observou, também, que as lideranças ainda não estavam, suficientemente, focadas em programas de capacitação e educação continuada, necessitando de uma conscientização sobre a importância destes programas.

Outro estudo foi o desenvolvido por Sarturi (2009) que objetivava verificar o nível de *stress* dos enfermeiros hospitalares e sua relação com as atividades profissionais e, conseqüentemente, suas competências. Por esta razão, enfatiza a necessidade do desenvolvimento e aperfeiçoamento, pelas organizações de saúde, de programas de gestão de pessoas voltadas à contínua capacitação, como forma de enfrentamento das características estressoras da atividade.

Segundo Pierantoni (2001, p. 47), as modificações exigidas pelo mercado de trabalho:

[...] vêm requerendo novos atributos profissionais: criatividade e autonomia na busca do conhecimento; capacidade de liderança para negociar conflitos analíticos e críticos, que lhes permitam acompanhar o desenvolvimento do conhecimento e as demandas de reconversão profissional.

O segmento hospitalar, assim como os demais segmentos do setor de serviços, mantém suas principais características na organização da produção. O trabalho em saúde, todavia, não acontece apenas no âmbito individual tal qual nas linhas de produção, vindo a ocupar espaços institucionais e a reunir um contingente crescente de trabalhadores que produzem em cooperação. Sua semelhança, com a organização do processo de trabalho do setor produtivo, cessa neste ponto, pois a incorporação tecnológica na saúde, não produz economia de força de

trabalho, mas, ao contrário, demanda novos ocupantes para funções especialistas, configurando o setor como intensivo de mão de obra qualificada (NOGUEIRA, 1994). Além disso, em função dos custos crescentes da tecnologia ligada à medicina, tornou-se altamente dependente de uma gestão moderna e criativa com vistas à redução de erros, à maior qualidade diagnóstica e a um menor tempo de resolução.

Uma das formas de minimizar as possibilidades de erros e a sobrecarga das responsabilidades sobre o profissional assistencial é a criação de protocolos médicos e de enfermagem que funcionem como guias de orientação na tomada de decisão (SILVA; SEIFFERT, 2009). Contudo, os eventos inesperados não encontram respaldo nestes protocolos, exatamente pela sua imprevisibilidade, mas necessitam ser identificados e analisados para gerar uma conduta padrão em caso de posterior repetição (BITTAR, 2000). Deste modo, as organizações devem ser compreendidas como sistemas de coordenação e controle das atividades, em busca da perpetuação e pela legitimidade de suas ações (MEYER; ROWAN, 1977).

A capacitação dos novos membros da equipe de enfermagem ganha, por isso, uma nova dimensão, o que sugere uma atenção diferenciada da gestão, evitando rupturas de processos e danos à qualidade, devendo abordar temas abrangentes e que fazem parte das competências de enfermeiros e técnicos em enfermagem. Para tanto, o método de capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes deve contemplar competências profissionais diversas, adequando-as às necessidades de seu contexto, conforme a ótica da escola francesa. Deve, também, atender os conceitos estabelecidos pela Teoria da Visão Baseada em Recursos para ser considerado um recurso estratégico, quais sejam, o valor que é agregado, a raridade, o baixo grau de imitabilidade e a redução do risco de vir a ser substituído (BARNEY, 1991; WERNERFELT, 1984) :

Quadro 1 - Competências individuais utilizadas como base para a elaboração de método de capacitação, com base na definição de competência adotada neste estudo

Competências Individuais	Variáveis de Análise
CONHECIMENTO	Conhecimento técnico
	Conhecimento prospectivo
HABILIDADE	Comunicação eficaz
	Visão integrada de processos
ATITUDE	Liderança

Fonte: O autor (2011)

Dentre as competências necessárias para profissionais de enfermagem e destacadas nos trabalhos de Agarwal, Sands e Schneider (2010), Negreiros (2009), Sarturi (2009), Sila e Seiffert (2009), Suda (2005), Sobrinho e Carvalho (2004) e Freitas e Oguisso (2003), estão:

- a) a tomada de decisão que é inerente à realização da função, pois é a enfermagem que tem contato direto e constante com o paciente e ocorre em todos os momentos de sua atividade profissional e envolve as competências habilidade e atitude;
- b) a influência da liderança na realização dos processos, o que poderá determinar o grau de cooperação entre os membros e que tem como base as competências habilidade e atitude;
- c) a capacidade de saber ouvir, pois é ela que permitirá ao profissional assistencial detectar alterações no quadro clínico do paciente tão logo ocorram, permitindo alteração ou ajuste em seu tratamento e que envolve as competências habilidade e conhecimento (conhecimento prospectivo); e
- d) a ética profissional, já que é ela que, ao fornecer os limites de atuação e determinar as boas práticas assistenciais, também responsabiliza o profissional em caso de transgressão. Ela está diretamente ligada à competência conhecimento (conhecimento técnico).

2.5.1 A Tomada de Decisão – a Necessidade da Capacitação para Enfrentar o Inusitado

Em razão da diversidade de situações que ocorrem em um serviço, tal qual o prestado em hospitais, é natural que as equipes compartilhem situações que podem ser complexas, demandando, por vezes, decisão e ação imediatas. Nestes casos, a educação continuada e a capacitação mostram sua importância capital, uma vez que, ao serem feitas escolhas, é necessária a exata compreensão do que elas poderão significar, não o fazendo de forma empírica, mas sistematizada (CIAMPONE, 1991). O processo de acerto ou erro não pode ser parte do cotidiano de trabalho do enfermeiro, sob o risco de gerar decisões pouco fundamentadas, baseadas apenas em hábitos ou rotinas, sem explorar variáveis diferenciadas e criativas (CIAMPONE, 1991).

Esse fato, segundo Ciampone (1991, p. 194), “causa angústias, inseguranças e inquietação que, somadas às ansiedades geradas pelo próprio ambiente de trabalho, levam o

profissional a vivenciar situações de permanentes conflitos e insatisfações”. O autor sugere que a tomada de decisão em enfermagem pode ser influenciada por padrões, normas e diretrizes, mas que não devem ser seguidas cegamente. Usar o pensamento crítico, para tomar uma decisão, é essencial no momento de reconhecer quando a situação requer soluções criativas, o que só é possível em função do conhecimento adquirido (BROWN; DUGUID, 1998).

A capacidade para tomar decisões, prontamente e de forma adequada, não deve ser compreendida como uma habilidade nata, mas pode e deve ser desenvolvida, através de exercícios que estimulem a capacidade de tomá-las (NEALE; NOTHCRAFT, 1989). Para tal, é preciso que haja estabilidade no ambiente de trabalho e baixa rotatividade de pessoal, pois a migração contínua de talentos significa quebra de processos, danos em seus resultados e à imagem corporativa, bem como desgaste dos remanescentes da equipe (MARCH, 2001). Falconi (1995) também condena a alta rotatividade e destaca que quanto mais padronizado for o negócio e mais treinada a equipe, menor será a necessidade de supervisão.

Ambientes de incerteza provocam a necessidade de constante reavaliação das decisões tomadas, o que, se por um lado, obriga a todos a se manterem em estado de alerta (ZARIFIAN, 2001), propicia vantagem competitiva àquelas organizações que detêm empregados com a experiência necessária para fazê-lo (BARNEY, 1991). Quando o ambiente propício é criado, os participantes do diálogo comprometem-se, mutuamente, com os resultados do processo, através da escolha da melhor solução para os envolvidos, respeitando “o pluralismo das convicções e das cosmovisões” (HABERMAS, 2004, p. 77), resultando, em geral, na decisão mais adequada para o momento.

Na visão de Simon (1979), dispor e saber utilizar as informações são duas tarefas árduas, mas necessárias aos membros de uma organização. Para este autor, os homens não são máquinas infalíveis e que têm capacidade para absorver e processar tudo o que lhe está sendo solicitado: ele é racional, porém limitado. Morgan (2002, p. 95) enfatiza que “as organizações são sistemas de informações” com o objetivo de tomar decisões, considerando não haver exagero em classificá-las como “cérebros processadores de informações”. Argyris e Schon (1978) entendem que os indivíduos aprendem ao refletir e questionar sobre contextos prévios, criando novas estratégias de resolução, o que acaba por relacionar-se com as práticas organizacionais.

Soto (2005, p. 14) ao escrever sobre o comportamento organizacional, menciona a racionalidade limitada, desenvolvida por Simon, para explicar como a organização utiliza as emoções no processo decisório com a seguinte observação:

[...] a capacidade da mente humana para formular e resolver problemas complexos é muito pequena para reunir os requisitos da racionalidade completa, os indivíduos operam dentro de limites de racionalidade limitada. Constroem modelos simplificados para extrair as características essenciais dos problemas sem capturar toda a sua complexidade. Os indivíduos podem, então, comportar-se racionalmente dentro dos limites do modelo simples.

Processos de capacitação e educação continuada são investimentos necessários por fornecerem, aos tomadores de decisão, os insumos básicos, para que façam a melhor escolha possível, quando se fizer necessário. Examinado sob uma lente contábil, isso tem um custo significativo para as empresas, já que, para treinar, é preciso afastar o empregado de sua atividade laboral. Entretanto, o valor intangível que este conhecimento agrega à organização é de difícil mensuração (EDVINSSON; MALONE, 1998).

No caso específico dos profissionais de enfermagem, conviver com o inusitado (decisões não-programadas) é normal, assim como são vários os momentos solitários de tomada de decisão. O enfoque destes processos de capacitação passa a ser o da competência laboral ou competência profissional que é a capacidade de mobilizar, com autonomia e discernimento, múltiplos recursos – dentre os quais saberes teóricos, profissionais e experiências – em situações de trabalho, que podem ocorrer, inclusive de forma inesperada (ZARIFIAN, 2001; LE BOTERF, 2003).

2.5.2 A Capacitação para o Desenvolvimento da Autonomia Operacional

Dois pressupostos distintos devem ser levados, primeiramente, em consideração quando se discute autonomia operacional: indivíduos talentosos assumem posição ativa, dedicando-se, ao máximo, para a superação dos objetivos; e não é possível que o principal gestor esteja todo o tempo disponível. Tendo estes pressupostos como base, as organizações devem posicionar, nos cargos de gestão intermediária, indivíduos capazes de exercer a liderança ao invés de atuarem, apenas, como gerentes setoriais. Determinar o perfil deste gestor tornou-se, então, um fator decisivo na retenção de vitais talentos para a empresa.

Além disso, em um setor de serviços, com funcionamento ininterrupto, como é o caso das organizações hospitalares, certo grau de liberdade e autonomia decisória precisam ser dados. Desta forma, a condição básica para o desenvolvimento da aptidão decisória é, além das informações que servirão de base, o treinamento que, como lembra Simon (1979, p. 16), “permite ao membro da organização decidir satisfatoriamente por conta própria, sem necessidade do exercício constante da autoridade e do aconselhamento.” É este empregado

capacitado e motivado que se deseja manter na empresa.

Assim, o desenvolvimento das competências individuais torna-se um elemento importante dentro da prestação de serviços assistenciais. Os gestores de nível intermediário que adotarem tal prática em seu modelo de liderança, delegarão autoridade aos demais, por compreenderem que não podem estar presentes em todos os momentos em que se fizer necessária a tomada de decisão. Cabe à organização definir estes critérios de liderança para o(a) novo(a) enfermeiro(a) contratado, já no momento da capacitação, já que, oportunamente, assumirá sua condição como gestor(a) da unidade onde será alocado(a). Zarifian afirma que (2001, p. 68), “a autonomia e a tomada de responsabilidade implicam mudança bastante profunda nos métodos de controle de trabalho e deve ser acompanhada de uma verdadeira delegação de confiança por parte da chefia.”

O estilo de liderança exerce influência, inclusive, na saúde do trabalhador e na qualidade dos serviços prestados. Dentre as diversas profissões que trabalham na área da saúde, a enfermagem tem sido considerada a mais suscetível ao *stress* o que leva ao surgimento de patologias nos membros da equipe assistencial e à redução da eficiência. Por exemplo, o surgimento do *burn out* tem como causas primárias, fatores organizacionais e relações interpessoais. Nos (as) enfermeiros (as) mais jovens, a supervisão exercida sobre elas costuma ter grande influência na geração desta patologia (GARROSA et al., 2008), como também, no relacionamento entre acadêmicos de enfermagem e membros da equipe assistencial (HIBINO et al., 2009).

Naturalmente, o *stress* do funcionário tende a gerar repercussões diretas nos custos organizacionais. Os Estados Unidos, país reconhecido pelos diversos indicadores que possui, apresenta estudos que apresentam gastos 50% superiores para funcionários vitimados por *stress* em relação àqueles sem esta patologia. Em termos reais, isto significa um gasto anual de US\$ 1.700/trabalhador (GRAZZIANO; BIANCHI, 2010).

O *stress* surge quando o indivíduo tem que enfrentar situações que, por exigirem uma adaptação à nova realidade, poderão interpretá-las como um desafio ou uma ameaça. Uma ou outra visão dependerá das características pessoais e dos ganhos gerados pela mudança que o indivíduo seja capaz de perceber.

Dentre os indicadores úteis para sinalizar, à organização, a existência do *burnout* estão: o absenteísmo, a rotatividade, a desumanização da assistência, a baixa produtividade, a elevação dos atestados médicos e até a intenção de abandono da profissão (GRAZZIANO; BIANCHI, 2010). Como reflexo desta situação, os funcionários remanescentes percebem-se forçados a aumentar, ainda mais, o ritmo de trabalho, o que pode significar prolongamento de

jornadas, troca de turnos com perda de coesão da equipe e possibilidade de confrontos com colegas e supervisores pela redução da tolerância em função do cansaço, com reflexos na qualidade do serviço assistencial (CAMERINI et al., 2009).

2.5.3 O Processo de Comunicação na Prática Assistencial

O processo de comunicação no ambiente hospitalar dá-se em diversos momentos, mas merece uma análise especial aquela que se desenvolve entre a enfermagem e o paciente, durante sua hospitalização. Graças ao desenvolvimento de competências que possibilitem ao profissional de enfermagem compreender os anseios de um paciente, é que ele se torna capaz de estabelecer um plano de cuidados adequado, além de obter informações adicionais que permitam melhor qualidade do diagnóstico médico (NEGREIROS, 2009). Sendo assim, a experiência e a troca de informações ganham dimensão especial dentro da estrutura hospitalar, o que torna compreensíveis os estudos sobre as barreiras comunicacionais envolvendo acadêmicos e profissionais recém-formados. Eles apontam a falta de domínio do processo de comunicação, ansiedade e dificuldades no oferecimento de apoio (NEGREIROS, 2009).

Furukawa et al. (2010) destacam a importância da equipe assistencial, da crescente demanda por indivíduos qualificados e das taxas de *turnover* como elementos impactantes na prestação qualificada de serviços. A necessidade de inserção das informações em meio eletrônico, por exemplo, faz com que a enfermagem dedique menos de 20% do total de seu tempo às atividades diretas com pacientes e, em torno de 35%, em documentação das atividades (FURUKAWA et al., 2010). Tais estudos corroboram a necessidade de serem criadas políticas organizacionais de capacitação de trabalhadores assistenciais, uma vez que são eles os detentores do maior contato com os pacientes, sendo, ainda, responsáveis pela correta administração de medicações e detecção de possíveis anomalias do quadro clínico.

Além disso, a relação com os clientes de um hospital é baseada na confiança e o seu retorno depende de quanto valor foi adicionado na experiência anterior de modo a estimulá-lo a usar os serviços novamente. Esse relacionamento, baseado em uma avaliação pessoal, é construído em todos os momentos de contato com algum membro da organização, inclusive através de conexões emocionais (elementos intangíveis). Em um hospital, o contato pessoal é altamente dependente da qualidade da comunicação entre as partes (VOSS; ROTH; CHASE, 2008).

Os clientes podem ser convencidos a permanecer leais à organização pela combinação

de aspectos tangíveis e de ações psicológicas que possam disfarçar ou minimizar as falhas ocorridas, representada pela sincera preocupação com suas necessidades. A utilização da empatia e a intenção de que se busca reparar o erro são ferramentas de custo zero, mas com efeito imediato para a retenção do cliente (MILLER; CRAIGHEAD; KARWAN, 2000).

A comunicação responde, também, pela velocidade e qualidade da assistência prestada e sua reestruturação só traz benefícios aos hospitais, pois evita erros de processos e rupturas nas relações internas. Por vezes, as falhas de comunicação ocorrem em função da rotatividade de pessoal, pela demora no recrutamento e pela qualidade da capacitação motivo (AGARWAL; SANDS; SCHNEIDER, 2010). A falta de monitoramento destes eventos poderá acarretar em danos à imagem da instituição, com repercussões econômicas. Alguns estudos apontam perdas de U\$ 2,4 bilhões anuais em função das falhas de comunicação em hospitais norte-americanos, valor que inclui erros médicos causados por este motivo (AGARWAL; SANDS; SCHNEIDER, 2010).

Uma das formas de se promover uma melhor comunicação com o paciente está previsto nos protocolos assistenciais através da entrevista inicial que deve ser realizada pela enfermeira e a própria admissão do paciente na unidade, além de todos os momentos de administração de medicações e demais procedimentos, pela técnica em enfermagem (NEGREIROS, 2009). Assim como outras empresas de serviço, os hospitais estão sujeitos à imprevisibilidade da ação humana. Mas, neste tipo de organização, o impacto de um ato imperfeito reflete na vida de outro ser humano.

O assunto tem tal importância que, no que se refere à política governamental, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, definiu, em 2004 (Ato portaria nº198/GM), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como forma de incentivo à aprendizagem no trabalho, agregando o saber científico com aquele que ocorre no cotidiano. Contudo, não há estudos capazes de validar os resultados desta política até o momento (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

2.5.4 A Importância da Ética Profissional nas Práticas Assistenciais

Os hospitais possuem diversos protocolos de atendimento médico e de enfermagem que funcionam como norteadores da melhor conduta a ser tomada diante de patologias e que, em geral, foram elaborados por grupos multidisciplinares (SILVA; SEIFFERT, 2009). Por outro lado, diversos são os eventos inesperados existentes nas atividades assistenciais diárias

e que não foram normatizados em protocolos, exatamente em função de sua eventualidade.

Dentre elas, pode-se citar a ocorrência de diabetes conjugada a uma crise hipertensiva não pré-existente ou a intolerância à medicação sem qualquer indicação anterior de crise alérgica. A exemplo de outros fatores inesperados, poderão tornar-se dados que subsidiem indicadores válidos e confiáveis, de modo a identificar ou dirigir a atenção das organizações de saúde para uma revisão dos processos existentes, sob uma perspectiva crítica, para a tomada de decisão (BITTAR, 2000).

Em relação aos eventos inesperados ou, usando o termo hospitalar corrente ‘intercorrências’, pode-se citar Dejours (2004, p. 28):

As situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes.

Tratando-se dos profissionais assistenciais, várias podem ser as intercorrências causadas pelo próprio indivíduo e que podem abranger desde a aplicação da medicação errada ou sua dosagem até a não utilização de técnicas preventivas como o uso de luvas ou a movimentação de pacientes no leito que, por si só, podem evitar o aparecimento de escaras ou pneumonia. No caso do enfermeiro, conforme preconiza o Código de Ética Profissional, em seu cap. III, Art. 16 das Responsabilidades (“Assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”) e Artigo 20 (“responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”), de modo que aqueles indivíduos que trabalham sob sua supervisão, trazem consequências ao enfermeiro, quando da realização de ações que tragam prejuízo ao cliente (CÓDIGO..., 2002, p. 30).

Para Freitas e Oguisso (2003), a imperícia caracteriza-se, em especial, pela inabilidade e ausência de conhecimento técnico-científico no agir do profissional, o que não é garantido, segundo os autores, pela posse do diploma, mas pela experiência adquirida nas atividades operacionais. Sobrinho e Carvalho (2004, p. 106) complementam que “habilidades e conhecimentos, porém, são algo dinâmico, que precisam ser constantemente atualizados.”

A negligência também é parte dos estudos de Freitas e Oguisso (2003) que a definem como sendo característica do profissional que possui conhecimentos para a realização de determinada ação, mas deixa de realizá-la, podendo causar danos aos pacientes. Dentre as diversas ações cotidianas que podem incidir em tal erro estão a falta de zelo pela demora no

início ou continuação de tratamento, a não utilização de proteção lateral para pacientes com riscos de queda ou erros de medicação, a omissão de notificação dos diversos tipos de erros, exames clínicos superficiais ou o simples abandono do paciente.

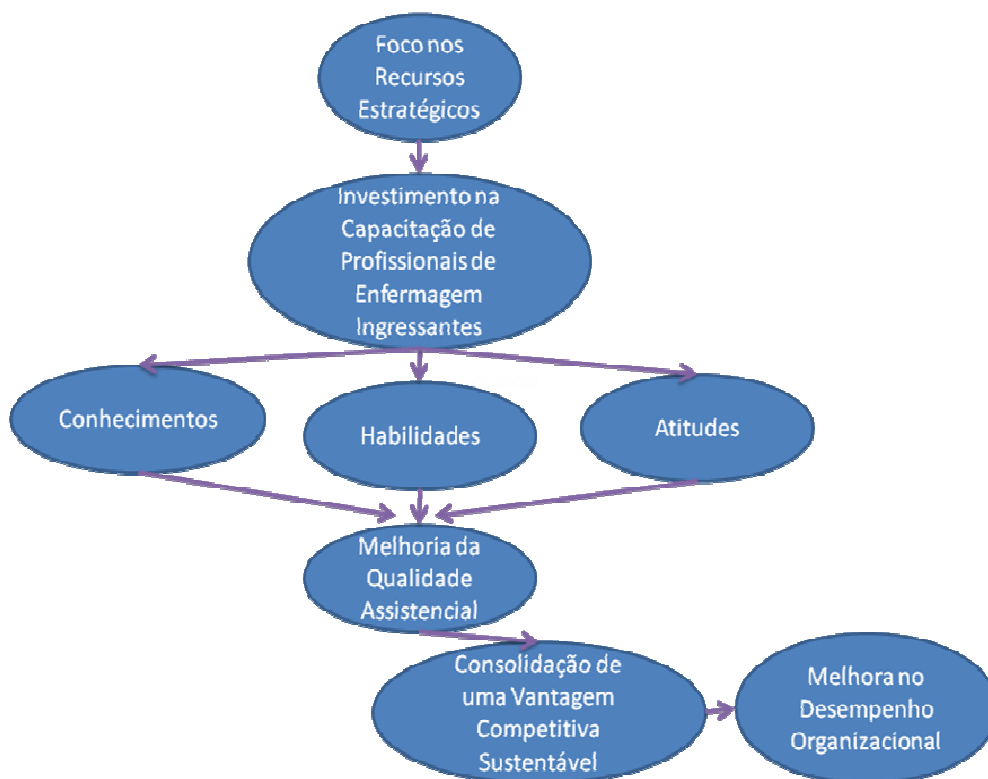
Conforme Sobrinho e Carvalho (2004, p. 105), a imprudência é “[...] a descuidada, descuido, prática de ação irrefletida ou precipitada, que se evidencia na imprevisão, na desatenção culpável, causando um mal presumido” e pode ser percebida nos casos em que o profissional assume, sozinho, responsabilidades que deveriam ser comunicadas e compartilhadas. Como exemplos, procedimentos invasivos que exigem técnica estéril, mas que não recebem a importância necessária, causando a contaminação do paciente e demais membros da equipe.

Os eventos mencionados são passíveis de ocorrer em um hospital pela ação individual, com repercussões por todo o sistema, pois os prejuízos causados ao paciente podem ser transformados em processos judiciais ou na perda de credibilidade da instituição perante a sociedade. Processos não conformes semelhantes podem ser percebidos em organizações de outros segmentos, com resultados igualmente desastrosos, até por atos de má fé, de um ou mais indivíduos e por inadequação ou inexistência da capacitação de funcionários ingressantes, com resultados indesejáveis para toda a organização.

2.6 Estrutura Geral da Pesquisa

Com base nos objetivos descritos anteriormente e no referencial teórico utilizado, propõe-se o seguinte *framework*/ modelo teórico:

Figura 1 - *Framework/Modelo Teórico* – Capacitação de Profissionais de Enfermagem Ingressantes como Recurso Estratégico pela ótica da RBV.



Fonte: O autor (2011)

O modelo proposto procura mostrar, de forma simples, que um método de capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes pode tornar-se um recurso estratégico importante para a obtenção e manutenção da qualidade assistencial, agindo de forma paliativa à realidade da alta rotatividade de profissionais de enfermagem. Ele remete a um novo olhar nos métodos de capacitação existentes, buscando o nivelamento das competências individuais, baseado na realidade de que qualquer ação efetuada sobre o grupo assistencial gera reflexos diretos nos funcionários.

O primeiro quadro nos remete a uma revisão estratégica da gestão organizacional. Ela deverá focar em seus recursos internos sob pena de, ao direcionar seus esforços somente na atualização tecnológica de sua infra-estrutura médico hospitalar, deixar de lado o fato de que todo o equipamento, por mais moderno que o seja, necessita de um ser humano para operá-lo. Adicione-se a isso o conhecimento tácito dos membros de sua equipe assistencial que se perde

em ambientes de alta rotatividade, provocando prejuízos na realização dos processos assistenciais e que não deve ser ignorado.

A padronização do método de capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes com a função de desenvolver competências individuais requer investimentos específicos que não devem ser considerados um ônus para a organização. Através dele é possível uniformizar a apreensão das competências mais necessárias à organização de saúde, unificando em um indivíduo, a transmissão das técnicas que podem causar impacto na execução da assistência com qualidade.

A tendência é que, ao complementar tais competências, obtenha-se maior eficácia dos processos de enfermagem, resultando em um atendimento mais qualificado ao paciente.

3 MÉTODO

O método desta pesquisa foi dividido em duas partes:

1. Método de Pesquisa; e
2. Método de Trabalho.

Como método de pesquisa escolhido para a elaboração deste estudo, foi adotado o estudo de caso. O método de trabalho, por seu turno, foi construído com base nos princípios gerais determinados pelo Método de Estudo de Caso, buscando descrever os passos necessários para a realização do presente estudo.

3.1 Método de Pesquisa

De acordo com Yin (2005), a primeira e mais importante condição para diferenciar as várias estratégias de pesquisa é identificar o tipo de questão de pesquisa que está sendo apresentada, uma vez que uma correta avaliação irá fornecer, ao pesquisador, subsídios para a adoção da melhor forma de conduzir sua pesquisa. Desta forma, o estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes (YIN, 2005).

Outro diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências, neste caso, documentos, questionários, entrevistas, folders, indicadores assistenciais e observações, além das que podem estar disponíveis no estudo histórico convencional. Yin (2005) acrescenta que uma característica marcante do estudo de caso é a busca pela resposta de perguntas do tipo ‘por que’ e ‘como’ de casos, nos quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os fatos ocorridos, além de manter o foco em fenômenos contemporâneos e da vida real, que, nem sempre, apresentam limites definidos claramente.

Cooper e Schindler (2003) afirmam que estudos de caso colocam mais ênfase em uma análise contextual completa de poucos fatos ou condições e suas inter-relações. Por outro lado, uma crítica, frequentemente, trazida à discussão por pesquisadores e estudiosos, é a falta do rigor de pesquisa de estudos de caso e a pouca base para fazer uma generalização científica. Yin (2005) contesta tais preconceitos, uma vez que estudos de caso, da mesma

forma que experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou universos.

Yin (2005) destaca os seguintes fatores para caracterizar um estudo de caso como único:

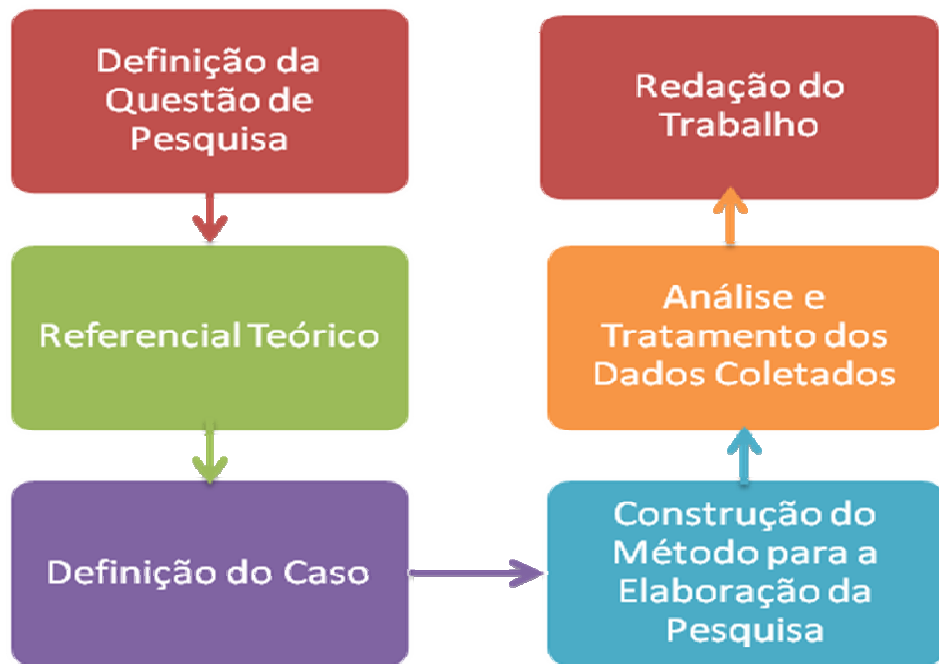
- 1) Quando se apresenta como caso único e decisivo para testar uma teoria;
- 2) Caso raro ou extremo;
- 3) Caso representativo ou típico;
- 4) Caso revelador; e
- 5) Caso longitudinal.

Por ser um estudo envolvendo apenas um hospital que, dentre os cinco hospitais acreditados no Estado do Rio Grande do Sul, é o único hospital privado, com, aproximadamente 60% das internações pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde), será utilizado um estudo de caso único, dentro da classificação de representativo ou típico, pois se parte do princípio de que as lições aprendidas possam fornecer informações sobre experiências da instituição estudada. O objetivo será o de analisar, em profundidade, como os métodos de capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes podem ser considerados como recursos estratégicos capazes de manter a qualidade assistencial como vantagem competitiva sustentável.

3.2 Método de Trabalho

A partir de roteiros propostos por Gil (2002), Yin (2005) e Cooper e Schindler (2003), o planejamento de pesquisa ficou assim estabelecido:

Figura 2 - Método de Trabalho



Fonte: O autor (2001)

- 1) ***Definição da Questão de Pesquisa*** – esta primeira etapa consistiu na formulação da questão de pesquisa. Na exploração inicial, foram coletados dados junto a publicações do segmento de saúde, já mencionados no item 1.3. O objetivo desta etapa era atualizar o pesquisador sobre o ambiente das organizações de saúde e, mais especificamente aquelas localizadas no Estado do Rio Grande do Sul.
- 2) ***Referencial Teórico*** – buscou-se o que foi abordado e quem o fez, identificando as lacunas sobre o tema. A partir da pesquisa bibliográfica e do conhecimento do autor, foi proposto o referencial teórico que sustenta o trabalho.
- 3) ***Definição do Caso*** – esta etapa foi fundamental para o desenvolvimento do trabalho, já que nela foi selecionada a organização para a realização do estudo de caso. Foi escolhido um hospital do interior do estado, localizado na Região Serrana, doravante denominado como Hospital BRAVO.

A principal vantagem na escolha desta instituição reside no fato de que ele possui a Acreditação Nível 3 (Excelência), apesar de apresentar alta rotatividade de seu pessoal de enfermagem. Esta organização vem utilizando métodos de capacitação de profissionais de

enfermagem ingressantes há mais de 10 anos, alterando seu formato ao longo de seu tempo para adequá-lo às necessidades institucionais. As negociações com a Direção do Hospital Bravo se iniciaram em dezembro de 2010, obtendo-se o consentimento para a realização da pesquisa de dissertação na primeira semana de janeiro;

4 – Construção do Método para a Elaboração da Pesquisa – a exploração inicial realizada para a seleção da empresa serviu de subsídio para a escolha de fontes de evidências que permitissem o desenvolvimento deste trabalho. Desta forma, foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa:

- Observação não participante sistematizada;
- Pesquisa documental (*folder*, artigos em jornais, indicadores assistenciais de enfermagem e de recursos humanos);
- Questionário semi-estruturado (anexo em Apêndice); e
- Entrevista.

Em relação aos indicadores assistenciais de enfermagem, eles permitem o acompanhamento da evolução da gestão dos recursos humanos e da necessidade do desenvolvimento ou aperfeiçoamento de processos de capacitação. Para a compreensão de sua importância, foi criado um anexo específico ao final deste trabalho (APÊNDICE G).

Quanto aos questionários, cabe salientar que foram adaptados daqueles realizados por Suda, (2005) e Sarturi (2009). Os dois autores realizaram suas pesquisas sobre competências, sendo a primeira específica para técnicos em enfermagem e a outra, somente sobre enfermeiros. As adaptações foram necessárias, pois ambas trataram de uma unidade de internação específica, cujas características limitam as competências individuais necessárias no tocante à visão integrada de processos, à comunicação eficaz, à tomada de decisão que são as bases da definição de competência adotada neste estudo.

Além disso, uma primeira versão foi submetida à avaliação de duas enfermeiras de um hospital com perfil semelhante àquele da organização estudada, mas localizado nos Vales do Taquari e Rio Pardo, sofrendo o acréscimo de quatro questões referentes ao conhecimento técnico, além da opção “Não se Aplica”, já que nem todas as competências são indispensáveis ou necessárias em todas as unidades de internação. Foram apresentados dois questionários, com perguntas específicas sobre as competências de cada função (enfermeiro e técnico em

enfermagem), contendo 5 alternativas (escala Lickert).

Para este questionário, foi utilizada a escala de diferencial semântico e de intensidade, já que apresenta melhores condições de medir a variação da intensidade da ação ou o sentimento do sujeito pesquisado. Este tipo de escala consiste em um par de adjetivos ou frases antônimas com espaços entre si (Discordo Totalmente até Concordo Totalmente para este estudo). Sua vantagem é a versatilidade e sua desvantagem é o uso de dados intervalares. Em contrapartida, este tipo de escala pode suportar cálculos mais sofisticados, tais como, média, desvio padrão e coeficiente de correlação (HAIR et al., 2005).

Os questionários foram respondidos por 23 enfermeiros e 10 técnicos em enfermagem ingressantes, no período de abril a julho de 2011. Como se buscava cruzar percepções de profissionais novos e antigos sobre o método de capacitação e o desenvolvimento de competências, 10 enfermeiros e 5 técnicos em enfermagem antigos responderam sobre suas percepções em relação aos enfermeiros ingressantes. Sobre os técnicos em enfermagem ingressantes, 14 enfermeiros e 12 técnicos em enfermagem antigos responderam sobre suas percepções em relação ao desenvolvimento e apreensão de competências desta categoria.

O estudo utilizou 33 profissionais da enfermagem ingressantes, para que fosse possível gerar uma amostra com intervalo de confiança de 95%, já que o total de ingressantes no período de realização da pesquisa foi de 40 profissionais. Os profissionais da enfermagem antigos foram escolhidos em função do volume de contato gerado pelas relações de trabalho, tendo, como ponto de corte, o mínimo de 15 dias consecutivos de trabalho nos mesmos turno e unidade. 4 enfermeiras e 1 técnica em enfermagem responderam sobre mais de um ingressante, em função de serem aquelas com maior contato com os novos membros.

As perguntas são semelhantes, analisando item a item, a mesma competência específica, sendo que, no caso dos ingressantes, elas abordaram como ele se percebe ao realizar determinada atividade, enquanto que, para aqueles que já trabalhavam na Instituição, qual a sua percepção desta determinada atividade sendo executada pelo ingressante, independentemente se a função hierárquica do respondente era inferior àquela ocupada pelo membro ingressante.

Não foi realizada capacitação prévia, no intuito de evitar possibilidades de alterações das percepções pessoais. Da mesma forma, foi realizada observação não participante, pois não se desejava propor modificação no modelo de capacitação de ingressantes existente, nem causar qualquer influência sobre eles. A observação não participante nas unidades de internação e nas aulas teóricas teve um total de 40 horas. Foi realizada em turnos de 4 horas, em dias e horários alternados no período de março a julho, aleatoriamente, a fim de minimizar

a influência do pesquisador sobre os resultados. Foram observadas, dentro desta carga horária, duas aulas teóricas, sendo uma na primeira semana de curso e a outra, na última semana de curso.

As entrevistas com os profissionais da enfermagem ingressantes foram realizadas após o término de cada módulo de 14 dias, tendo sido realizadas pela Coordenação do Curso de Capacitação do Hospital Bravo. Além de terem respondido um questionário que foi detalhado no item 4.5., faziam o uso do campo observações para realizar sua análise crítica e comentários sobre a capacitação realizada.

As entrevistas com enfermeiros e técnicos em enfermagem antigos foram realizadas pelo pesquisador e continham uma única pergunta: qual o modelo de capacitação era percebido como o mais eficaz, aquele vigente a partir de 24 de março ou o modelo anterior. Ambos os modelos estão descritos no item 4.1. 20 enfermeiros foram questionados e responderam sobre o assunto, enquanto que, dos 12 técnicos em enfermagem antigos questionados com a mesma pergunta, houve recusa de todos os membros em responder à questão formulada. A observação não participante realizada permitiu averiguar que há um temor por parte dos técnicos em enfermagem mais antigos em serem substituídos pelos novos enfermeiros ingressantes e que representam a maioria das novas contratações. Isto pode ter sido um motivador para a não obtenção de respostas. Depoimentos colhidos da Direção e da Gerência de Enfermagem indicaram que a contratação de enfermeiros realizando tarefas de técnicos de enfermagem nas áreas críticas (UTIs e Pronto Atendimento) se deve a formação mais prolongada daqueles, o que auxiliaria a qualificar os serviços prestados nestas unidades.

Como fontes secundárias de dados, foram utilizadas informações jornalísticas a respeito do reconhecimento público da qualidade dos serviços prestados por esta organização (ANEXO C) e *folder* que contempla o método de capacitação existente a partir de 24 de março de 2011 (ANEXO D). Ambos explicam a qualificação da organização que é, provavelmente, reflexo do trabalho da enfermagem, pois, como na maioria dos hospitais, a equipe assistencial corresponde a 60% do total da mão de obra, conforme o seu setor de recursos humanos. Na pesquisa documental, houve a seleção dos indicadores assistenciais de erros de medicação, flebites e quedas de pacientes (ANEXO B). Eles possibilitaram a confirmação da eficácia dos modelos de capacitação para a consolidação das competências individuais da equipe assistencial e seu reflexo sobre o desempenho organizacional para a manutenção da qualidade. Além disso, informações jornalísticas sobre a fiscalização realizada pelo COREN-RS em 2010 foram utilizadas como justificativa para a elevação da rotatividade naquele ano (ANEXO E), bem como a certificação concedida pela ONA (ANEXO F),

enquanto hospital acreditado com nível de excelência;

5 – *Análise e Tratamento dos Dados* - O tratamento dos resultados do instrumento de pesquisa e as interpretações compreenderam a comparação das médias por grupos de respostas, além da utilização do Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney, através do programa SPSS, versão 18. Este teste foi escolhido por permitir o uso de amostras pequenas, originadas de populações independentes e que responderam a uma pesquisa com escala ordinal. Os dados obtidos da pesquisa documental e da observação não participante foram lançados em planilha Excel, versão 2007, para servirem de suporte para a análise dos dados quantitativos. Isso resultou em uma convergência de evidências, aumentando a qualidade do estudo de caso, em função de permitir a triangulação, o que auxilia nas considerações finais (YIN, 2005) e na validação ou não dos modelos de capacitação como recurso estratégico para a manutenção da qualidade; e

6 - *Redação do Trabalho* – consistiu na concretização das etapas anteriores, possibilitando a elaboração e redação do trabalho, através da construção de um *framework* teórico que, apoiado em um referencial bibliográfico e na análise dos dados empíricos obtidos durante a pesquisa na organização selecionada, permite a realização de considerações que sejam capazes de responder questão de pesquisa que precipitou o presente estudo.

4 ESTUDO DE CASO

Neste capítulo, será feita uma contextualização do segmento hospitalar brasileiro e a descrição da Instituição utilizada como objeto de pesquisa. Na sequência, são apresentados os resultados da observação não participante, os indicadores assistenciais, de treinamento e de rotatividade do pessoal assistencial, bem como os relatórios sobre as entrevistas com membros ingressantes e as análises dos questionários realizados com profissionais da enfermagem antigos e ingressantes. Todas as informações coletadas permitiram efetuar a triangulação das evidências coletadas ao longo deste estudo.

4.1 Contextualização do Setor Hospitalar, Panorama Geral da Instituição e Métodos de Capacitação Adotados

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), o setor hospitalar brasileiro é formado por 7.400 hospitais e 471 mil leitos, sendo dividido em três setores principais:

- 1) Hospitais públicos com administração federal, estadual e municipal, financiados pelo poder público. A maioria (71%) são hospitais municipais e, dentre os restantes, a maior parte são instituições estaduais. Ao governo federal cabe um número relativamente pequeno, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação;
- 2) Hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS (70% com financiamento público), incluindo a maior parte das instituições sem fins lucrativos e cerca de 50% dos hospitais com fins lucrativos. Os hospitais sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS são conveniados e devem ceder 60% dos leitos aos pacientes do SUS. Os hospitais privados também mantêm recursos de fontes privadas em maior ou menor escala; e
- 3) Hospitais particulares, com fins lucrativos, sendo alguns filantrópicos devido ao atendimento ambulatorial prestado, mas que não geram internações pelo SUS. Constituem cerca de 20% de todas as unidades e 30% dos privados.

Este segmento tem apresentado decréscimo no número de estabelecimentos brasileiros que atendem internação pelo Convênio SUS, no período entre 2005 e 2009, caindo de um

percentual de participação de 30,6% do total de internações para 27,1%. Apenas no período, 392 estabelecimentos deixaram de existir no país, sendo criados somente 112 hospitais públicos no período. Na região Sul, este dado é, ainda mais alarmante, já que o setor privado responde por 83,6% das internações pelo convênio público, contra 67,4% da região Sudeste, por exemplo, de modo que qualquer redução tem efeitos mais severos (IBGE, 2009). Importante salientar que estas instituições não têm fins lucrativos e que, embora pessoas jurídicas de direito privado, realizam, de maneira direta, tarefas, originalmente, destinadas ao poder público e, por esta razão, ganham imunidade tributária, o que lhes dá fôlego financeiro, desde que não ultrapassem, em demasia, o percentual mínimo de 60% de internação (AKSELRAD, 2008).

Paralelamente, o envelhecimento da população cria a necessidade de mais leitos hospitalares em função das doenças desta faixa etária, o que ocasiona a utilização de 80% das diárias hospitalares para pacientes crônicos no país (LOTTENBERG, 2006). Algumas pesquisas indicam que há 1 idoso para cada 7 jovens (15 a 59 anos) no Brasil e, em 2020, serão 2 para cada 7 (PATU, 2009). Mantendo-se as condições atuais, deverá haver 16,2 milhões a mais de brasileiros idosos nos próximos 20 anos, o que representa 19,7% da população economicamente ativa (FOLHA DE SÃO PAULO, 2011). Enquanto, a nível nacional, a redução de leitos hospitalares, entre 2005 e 2009, foi da ordem de 11 mil leitos, o Estado do Rio Grande do Sul experimentou uma elevação de 455 vagas, o que não recupera a perda de 2,6 mil leitos entre 2002 e 2005. Acrescente-se a isto, o fato de que tal aumento se deu apenas no segmento privado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Tais dados sugerem que há demanda para novos entrantes e manutenção dos atuais, mas as características de financiamento estabelecidas pelo ente público criam barreiras naturais à sustentabilidade econômico-financeira das instituições de saúde. Isto faz com que diversos hospitais reduzam, ao mínimo legal necessário, as internações pelo convênio SUS, a fim de manter a filantropia.

O Hospital BRAVO, fundado em 20 de setembro de 1924 e utilizado como objeto para o estudo de caso único, dispõe de uma área construída de 19.500 m², onde conta com 315 leitos e realiza, aproximadamente, 970 cirurgias por mês, nas 9 salas de seu bloco cirúrgico. Além disso, possui um C.C.A (Centro Cirúrgico Ambulatorial) com 6 salas que seguem as mesmas normas sanitárias exigidas no bloco cirúrgico e realiza mais de 2 mil procedimentos ambulatoriais eletivos por mês. Para tanto, conta com 220 médicos em seu corpo clínico, 171 enfermeiros, 390 técnicos em enfermagem e 23 auxiliares em enfermagem, apenas na área

assistencial.

Possui, ainda, uma UTIA (Unidade de Tratamento Intensivo Adulta) com 16 leitos e uma UTIP (Unidade de Tratamento Intensivo Neo Pediátrica) com 12 leitos. Especificamente, nos setores considerados críticos, optou, em função da formação acadêmica mais prolongada, por formar a equipe do Pronto Socorro com 65% de enfermeiros, enquanto a UTI Adulta tem 57% de Enfermeiros e a UTIP com 41% de Enfermeiros, em relação ao quadro total de pessoal assistencial de cada unidade.

Pertencendo à comunidade onde está inserido, tem sua administração sob a responsabilidade de um Conselho de Administração, composto por 25 representantes dos diversos segmentos locais, trabalhando gratuitamente. A cada dois anos, há uma renovação do Conselho, com a troca de presidente.

Atendendo a mais de 30 municípios da região, tem focado na busca pela qualidade em uma longa trajetória que se iniciou em 1993. Naquele ano, através da implantação do primeiro Planejamento Estratégico, realizou a capacitação dos diversos níveis de gestão. A partir de 1996, aderiu ao PGQP (Programa Gaúcho de Produtividade e Qualidade), sendo reconhecido em três ocasiões distintas (1999, 2000 e 2003). Tão logo diversos processos assistenciais e de gestão foram sedimentados, partiu-se em busca da certificação da ONA (Organização Nacional de Acreditação), na condição de Hospital Acreditado – Nível 1, conquistado em setembro de 2004.

Em 2006, após adequação às novas normas da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), obteve a condição de Hospital Acreditado Pleno – Nível 2. A implementação da melhoria contínua de processos e modelos de gestão, além de práticas de educação continuada, permitiu-lhe obter a certificação Hospital Acreditado com Excelência – Nível 3 no segundo semestre de 2009, sendo o terceiro hospital a atingir este patamar nos 3 estados da Região Sul e o único a ter atendimento de, aproximadamente, 60% pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde).

Como forma de manter as certificações que sofrem auditoria a cada dois anos, foram criados mecanismos, tais como:

- um sistema informatizado para gerenciamento e controle de treinamento capaz de proporcionar capacitação para o quadro funcional;
- desenvolvimento de lideranças, em parceria com a Fundação Dom Cabral (MG), para qualificação dos diversos níveis de gestão; e
- utilização de métodos de capacitação de pessoal assistencial ingressante, a fim de

reduzir o impacto de sua inserção nas unidades de internação e a redução da eficácia dos processos de enfermagem.

Especificamente, no método em vigor até 23 de março de 2011, os novos funcionários passavam 30 dias, sempre na mesma unidade de internação, utilizada como modelo, independentemente da unidade de destino final. Nela, todos os enfermeiros e técnicos em enfermagem ingressantes recebiam as instruções sobre as práticas e protocolos assistenciais da organização da mesma enfermeira, o que permitia a uniformidade das informações transmitidas a todos os novos entrantes. Esta unidade recebia tanto pacientes clínicos, quanto cirúrgicos, além de diversos pacientes oncológicos, cuja administração de medicação requer treinamento especializado. A diversidade de patologias e a concentração da capacitação de membros ingressantes em uma só unidade conferiam celeridade para a organização, quando da necessidade de transmissão de informações para alteração de procedimentos. Por outro lado, este método exigia bastante dedicação da enfermeira responsável, pois ela tinha de dividir seu tempo entre a gestão da unidade e a capacitação dos novos funcionários que trabalhavam em regime de 6 horas diárias, de segunda a sexta feira, por 12 horas, nos sábados e domingos, alternadamente.

Face ao aumento da rotatividade ocorrido no ano de 2010, após a realização de uma fiscalização pelo COREN-RS (ANEXO E), do aumento da especificidade dos conhecimentos necessários de algumas unidades de internação, além da necessidade de integração mais rápida na unidade para o qual foi contratado, adotou-se, a partir do dia 24 de março, um novo modelo. Ele se caracteriza por contar com uma enfermeira preceptora, em regime de dedicação exclusiva (não é responsável por uma unidade de internação), que inicia a capacitação com aulas teóricas para nivelamento dos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica e técnica, intercalando, posteriormente, com aulas práticas, inclusive nas unidades de internação para onde serão direcionados os novos funcionários. Desta forma, há uma familiarização prévia do membro ingressante com o seu futuro local de trabalho e com os demais membros da equipe.

Nestas aulas, são disponibilizados conhecimentos sobre diluição de medicações; utilização específica de medicações e suas contra indicações; técnicas de administração de medicação oral e intra venosa, bem como fatores que devem ser evitados na aplicação de drogas que podem ter seus efeitos alterados ou anulados se realizadas de forma concomitante com outras drogas; técnicas de medição de pressão com e sem aparelho; técnicas de movimentação de paciente no leito; de atendimento a paradas cardiorespiratórias; técnicas de

comunicação com pacientes e familiares; técnicas para dar banho no leito do paciente, dentre outras.

É realizada, também, uma capacitação específica no sistema informatizado de gestão de unidade, com a finalidade de permitir o conhecimento desta ferramenta. Não há uma carga horária específica para treinamento neste sistema, já que depende da familiaridade das alunas com ferramentas de informática, o que pode reduzir o tempo destinado à aprendizagem. Sua utilização ocorre em todos os momentos das atividades assistenciais, pois nele são feitas as solicitações de exames e medicações, além da evolução assistencial e consulta às prescrições e evoluções médicas.

Esta fase dura 14 dias, 6 horas por dia, sendo que, ao final de cada semana, o novo funcionário permanece 12h na Unidade de Tratamento Intensivo de Adultos (totalizando 36h). Nela, vários processos assistenciais são realizados ao longo do dia, permitindo que, em função da repetição, ocorra uma melhor apreensão das técnicas utilizadas. Notadamente, enfatizam-se as técnicas de punções venosas, o que evita flebites, e as aspirações de pacientes acamados, o que evita agravamento de sua situação clínica (pneumonia, por exemplo).

4.2 Observação Não Participante

Das 40 horas dedicadas à observação não participante, 8 horas foram utilizadas nas duas aulas teóricas mencionadas. As demais 32 horas foram utilizadas nas observações não participantes realizadas nas unidades de internação de destino dos novos membros assistenciais. A observação não participante foi iniciada no dia 25 de março de 2011, pela manhã, acompanhando o terceiro dia de aula teórica da primeira turma. No dia 20 de maio, pela manhã, foi acompanhado o último dia de aula teórica da terceira turma. Nos dias 1º de abril (manhã), 15 de abril (manhã), 28 de abril (manhã), 6 de maio (manhã), 27 de maio (manhã), 3 de junho (manhã), 10 de junho (tarde) e 8 de julho (tarde) foram realizadas, em turnos de 4 horas, as observações não participantes nas unidades de internação.

Durante a observação não participante realizada nas aulas teóricas, pode-se perceber que os conhecimentos adquiridos durante os estágios curriculares, tanto dos cursos de graduação, quando do técnico em enfermagem, eram insuficientes para dar segurança aos novos membros, independentemente de sua função, quando do seu ingresso na unidade de internação. Os profissionais mostraram não conhecer diversas técnicas para manuseio de bombas de infusão (bombeiam e controlam os líquidos a serem infundidos para dentro do

corpo do paciente) e equipos de soro (permitem o acesso venoso através de punção no membro do paciente) que deveriam ser conhecimentos básicos de ambas as funções. Outro conhecimento importante foi sobre a diluição de medicações que, para a maioria, parecia ser a primeira vez que aprendiam a calcular os volumes necessários.

A utilização de boneco de treinamento para a capacitação nas técnicas de atendimento em paradas cardiorespiratórias, a aferição da pressão carotídea (sem aparelho, apenas com a utilização dos dedos da mão), bem como a utilização de estetoscópio e esfigmomanômetro (aparelho de pressão) receberam grande atenção dos participantes. Nestes dois casos específicos, os alunos se revezavam na condição de paciente, para que o outro pudesse realizar a parte prática.

O treinamento no sistema informatizado de gestão da unidade foi enfatizado nas últimas aulas do período total de capacitação. O aumento no número de horas dedicado ao sistema foi uma solicitação dos alunos, que desejavam ser mais independentes por ocasião do seu ingresso nas unidades de internação. Além de proporcionar-lhes mais segurança durante suas atividades, o domínio do sistema informatizado repercutiu, diretamente, na elevação das receitas por paciente. Devidamente treinados, os novos membros são capazes de lançar, no sistema de faturamento, os itens utilizados nos pacientes, evitando-se, ainda, uma defasagem entre os estoques físico e virtual de materiais e medicamentos.

Na observação não participante realizada nas unidades de internação, percebeu-se que a designação das tarefas daquele dia era determinada pela enfermeira responsável pela unidade. Ela procurava fazer a divisão do trabalho em função do grau de gravidade dos pacientes. Sendo assim, aqueles com pacientes mais graves tinham um menor número de leitos sob seus cuidados, já que demandavam maior atenção assistencial que os demais. Aos enfermeiros ingressantes eram dadas não só atribuições de gestão (por exemplo, divisão e delegação de tarefas; determinação das prioridades), como também atividades normalmente realizadas por técnicos em enfermagem, tal como banhos de leito.

Os locais de armazenamento de equipamentos e medicações eram de conhecimento dos novos membros que não precisavam questionar os demais sobre onde procurar, o que tende a explicar a harmonia na unidade, apesar da entrada de um novo funcionário. Com equipes usualmente compostas por uma enfermeira e técnicos em enfermagem, foi possível perceber a rápida inserção destes novos membros, uma vez que, durante o período de capacitação de 14 dias, já haviam trabalhado naquele local, sob supervisão da preceptora e com a mesma equipe a qual passaram a integrar.

As evoluções e solicitações de exames e medicações foram realizadas pelos novos

funcionários sem a necessidade de intervenção de qualquer membro mais antigo. Na primeira semana de cada turma já alocada nas unidades de destino, a preceptora apareceu nas unidades e ofereceu-se para complementar informações ou tirar dúvidas. Somente em duas ocasiões houve solicitação de auxílio, sendo uma em relação à diluição de uma medicação ainda não conhecida e sobre a inserção de dados no sistema informatizado.

Ao final do contrato de experiência, o membro ingressante realiza uma prova de conhecimentos, a fim de mostrar seu desenvolvimento. Ela será comparada com suas atitudes e habilidades nas unidades de internação, sendo estes os fatores decisórios para sua permanência. Nestas 6 turmas, ingressaram 40 novos membros, tendo sido feito um desligamento ao final do contrato de experiência. O desligamento ocorreu pela incidência de faltas, não tendo este indivíduo realizado a prova ao final do período.

4.3 Indicadores Assistenciais

Os indicadores assistenciais, considerados relevantes para esta pesquisa (ANEXO B), foram aqueles que medem:

- a) erros de medicação por parte da equipe;
- b) as flebites que são causadas por falta de habilidade técnica na aplicação de injeção intravenosa pela equipe assistencial; e
- c) da queda de pacientes que tende a explicar a falta de treinamento no seu manejo, durante o tratamento hospitalar.

Quadro 2 - Indicadores Assistenciais – Valores Médios (nº de erros/nº de atendimentos)

	Realizado 2006	Realizado 2007	Meta 2008	Realizado 2008	Meta 2009	Realizado 2009	Meta 2010	Realizado 2010	Meta 2011	Realizado até 31 de julho de 2011
Erros de Medicação	4,40	3,80	3,80	4,50	4,50	4,60	4,60	3,77	4,00	2,31
Flebites	1,70	2,20	2,20	1,80	2,00	2,20	2,20	2,25	2,08	0,95
Queda de Pacientes	1,00	0,50	0,50	0,90	0,90	1,30	1,30	1,11	1,08	1,46

Fonte: Relatório de Indicadores de Qualidade dos Setores de Enfermagem do Hospital Bravo (2011)

As metas estabelecidas pelos indicadores mostram que há, na organização hospitalar, a preocupação de sua redução gradativa que pode ser proporcionada pela constante capacitação do pessoal assistencial. Especificamente, a queda acentuada nos valores médios do indicador de flebites e no de erros de medicação durante o ano de 2011 mostra relação direta com o novo modelo de capacitação estabelecido a partir de março deste ano, estando o primeiro indicador diretamente relacionado à experiência técnica de administração endovenosa de medicamentos.

Erros de medicação também podem estar relacionados à quantidade de pessoal assistencial em relação ao grau de gravidade dos pacientes assistidos. Todavia, o quadro assistencial do Hospital Bravo foi readequado no primeiro semestre de 2010, tendo recebido avaliação positiva do COREN – RS (Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul), não devendo ser este, portanto, um fator de influência neste indicador. Por outro lado, o indicador queda de pacientes sugere a necessidade de uma análise específica sobre o caso, pois, apesar da capacitação dada, ele foi superior, inclusive, à meta estabelecida para o ano de 2010. Esta elevação pode ter sido resultado de uma falha na capacitação, mas este estudo não foi capaz de obter uma resposta de consenso da equipe assistencial que pudesse justificar o aumento. Dentre os motivos citados pela enfermagem, estão: idade mais avançada dos pacientes em relação a outras épocas, registros de pequenas quedas que não eram anotadas em anos anteriores e aumento da quantidade de pacientes.

4.4 Treinamento

Segundo o Relatório de Indicadores de Qualidade dos Setores de Enfermagem do Hospital Bravo, as horas médias de treinamento das equipes assistenciais foram de:

Quadro 3 - Média de horas de Treinamento

2009	3.057 horas
2010	2.610 horas
2011	1.962 horas

Fonte: Relatório de Indicadores de Qualidade dos Setores de Enfermagem do Hospital Bravo (2011)

O número total de horas resulta de todas as capacitações de membros ingressantes, bem como dos programas de educação continuada existentes. A diminuição no número médio

de horas de treinamento está relacionada à redução das horas de capacitação de pessoal assistencial ingressante em virtude da implantação do novo modelo iniciado em março de 2011, uma vez que os demais cursos de educação continuada para antigos funcionários permanecem sendo ministrados. Apesar disso, em função de sua relação inversamente proporcional aos indicadores assistenciais de flebites e erros de medicação expostos no item anterior, sugere-se que o novo modelo de capacitação tem atingido o objetivo de qualificar melhor e mais rapidamente os novos membros, se comparado com o método de capacitação existente até dia 23 de março. O indicador queda de pacientes, por outro lado, deve receber estudo específico, a fim de detectar as causas de sua elevação. Ainda que não tenha sido sugerido pela equipe assistencial que o novo método de capacitação foi responsável por este aumento, não pode, ainda, ser descartada esta possibilidade sem uma análise mais profunda.

4.5 Rotatividade de Pessoal Assistencial

O Relatório de Indicadores de Qualidade dos Setores de Enfermagem do Hospital Bravo apresenta os seguintes índices de rotatividade média/ano:

Quadro 4 - Média Anual de Rotatividade da Equipe Assistencial

2008	28,20%
2009	22,68%
2010	35,33%
2011	30,36%

Fonte: Relatório de Indicadores de Qualidade dos Setores de Enfermagem do Hospital Bravo (2011)

Os dados de rotatividade indicam valores que estão acima daqueles considerados como adequados para a manutenção da qualidade assistencial e que determinam que taxas anuais de desligamento superiores a 30% constituem níveis de rotatividade pouco aceitáveis (GAIDZINSKI; NOMURA, 2005). Especificamente, os valores relatados em 2010 coincidem com a fiscalização realizada pelo COREN-RS (ANEXO E) e que determinou a substituição de 42 funcionários que realizavam atividades específicas da área de enfermagem, mas não estavam habilitados para tanto. Apesar do elevado volume de substituições, a equipe assistencial tem apresentado gradativa melhora em seus indicadores, com ênfase no corrente ano, o que mostra a eficácia do atual modelo de capacitação.

4.6 Relatórios sobre as Capacitações Realizadas no Novo Modelo

Após o término de cada módulo de 14 dias, foi efetuado, por parte da Coordenação do Curso de Capacitação do Hospital Bravo, com cada turma, um questionário (ANEXO 7) com as seguintes perguntas dentro de uma escala que variava de Muito Bom (1) até Ruim (4):

- Quanto à didática (utilização de dinâmicas e demais recursos) do Instrutor?
- Quanto ao domínio do conteúdo por parte do Instrutor?
- Quanto à comunicação (clara, objetiva, envolvimento com o grupo) do Instrutor?
- Na sua opinião, é possível aplicar os conhecimentos na prática, no dia a dia?
- Os recursos disponíveis (sala, material didático, equipamentos) estavam adequados?
- O evento correspondeu às suas expectativas?
- Você recomendaria este evento para outras pessoas?
- Seu aproveitamento no evento foi?

O total geral de aproveitamento apontado pelos 40 entrevistados foi de 96,30%, indicando alto índice de satisfação com o modelo de capacitação oferecido. Além desta pesquisa, foi possível coletar observações e sugestões espontâneas através de depoimentos escritos dos participantes no instrumento de pesquisa utilizado pela Coordenação do Curso. Em todas as turmas, foi comum a observação de que diversas técnicas apresentadas na teoria (diluição de medicação, massagem cardíaca, aspiração de secreção) e aplicadas nas unidades de internação tinham sido pouco fundamentadas nos currículos dos cursos técnicos e de graduação e que foram fundamentais para sua inserção mais rápida, após o término do curso.

Por outro lado, em todas as turmas houve solicitação de aumento do número de horas de treinamento no sistema informatizado de gestão de unidade, pois compreenderam, durante o curso, sua importância como ferramenta auxiliar de trabalho, além do impacto que sua utilização causa no faturamento hospitalar. Das 6 turmas, 3 sugeriram que os funcionários mais antigos recebam o mesmo conteúdo, pois foram capazes de observar que várias das técnicas aprendidas, não eram utilizadas nas unidades de internação para as quais foram encaminhados após o curso.

Paralelamente, o pesquisador fez uma pergunta aos membros antigos sobre qual o

modelo de capacitação o respondente percebia como eficaz, obtendo respostas apenas dos enfermeiros antigos. Do total de 20 enfermeiros questionados, apenas um respondeu que considerava prematuro para perceber os efeitos. Os demais entrevistados foram unânimes em apontar o modelo atual como o mais eficaz, pois percebiam os novos colegas mais preparados e cientes de suas obrigações, do que no antigo modelo. Duas enfermeiras complementaram a resposta, informando que, em função do atual modelo, conseguiam dispensar mais atenção para suas próprias atividades, evitando a repetição do modelo anterior, no qual exerciam atividades de instrução, a fim de explicar as peculiaridades das suas unidades. Os técnicos em enfermagem preferiram não responder, provavelmente, em virtude do temor causado pelas substituições de técnicos em enfermagem por enfermeiros nas áreas críticas, de forma que um comentário positivo poderia representar a continuidade desta capacitação e a substituição desta função em outras unidades do hospital.

4.7 Análises Realizadas com Base nos Questionários

As questões (APÊNDICE A) foram elaboradas com base nas competências profissionais utilizadas para a elaboração de método de capacitação, relacionando-o à definição de competência adotada neste estudo e mencionada no Quadro 1. Propositamente, as diferentes questões sobre uma mesma competência foram colocadas de forma aleatória para gerar resultados semelhantes dentro desta competência. Isto foi utilizado para detectar questionários cujas respostas não tivessem a mesma tendência entre si. Entretanto, nenhuma pesquisa precisou ser descartada por não apresentar resultados contraditórios entre os grupos de questões da mesma competência, o que pode ser explicado pela leitura prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) que declara não ser obrigatória a adesão à pesquisa, podendo desistir dela a qualquer tempo. Desta forma, as questões foram, assim, agrupadas:

- ***Enfermagem Ingressante*** - Conhecimentos Técnicos e Prospectivos - 1 a 24; 30, 31; 50; 53; 54; Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe) - 28; 33 a 49; 51; 55 a 57; 60 a 65; Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz) - 25 a 27; 29; 32; 52; 58; 59; 66 a 70; e
- ***Técnica de Enfermagem*** - Conhecimentos técnicos e prospectivos - 1 a 32; 34; 35; 37 a 39; 43 a 45; Atitudes (participação, trabalho em equipe) - 36; 40 a 42; 46 a 49; 52

a 57; 61; 62; Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz) - 33, 50; 51; 58 a 60.

Os enfermeiros ingressantes respondentes caracterizaram-se por ser, predominantemente, do sexo feminino (n=21; 87,5%), sendo a atual atividade, provavelmente, o primeiro emprego nesta área para 19 deles (79,2%). Os técnicos em enfermagem ingressantes que responderam a esta pesquisa são, em sua totalidade, do sexo feminino (n=10), tendo 70% declarado que a atual atividade é o primeiro emprego na área assistencial.

Do total de respondentes sobre enfermeiros ingressantes, 10 (66,70%) eram enfermeiros e 5 (33,33%) eram técnicos em enfermagem. Destes, 7 (46,7%) tinham entre 13 e 60 meses de trabalho neste hospital, enquanto 6 (40%) trabalham há mais de 5 anos. Sobre técnicos em enfermagem ingressantes, 26 foram os respondentes, sendo 14 (53,8%) enfermeiros e 12 (46,2%), técnicos em enfermagem. Deste total, 24 (92,3%) eram do sexo feminino, com 61,5% declarando vínculo empregatício superior a 5 anos. Todas as tabelas referentes ao perfil demográfico podem ser encontradas no APÊNDICE F.

Por se tratarem de amostras pequenas originadas de populações independentes e que responderam a uma pesquisa com escala ordinal, foi escolhido um teste não paramétrico - Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney – capaz de comparar as médias das duas amostras (DANCEY; REIDY, 2008; TRIOLLA, 2005). Todavia, as análises feitas com este teste não podem ser generalizadas para a população devido ao fato de terem sido geradas por amostras pequenas de um estudo de caso único.

Esta pesquisa buscava analisar se a percepção dos membros ingressantes era semelhante àquela dos membros mais antigos em relação às competências necessárias para o exercício das atividades (conhecimentos técnicos e prospectivos; habilidades; e atitudes) e que poderiam ser adquiridas ou aprimoradas durante a capacitação. Os itens seguintes tratam, separadamente, os dois grupos de ingressantes.

4.7.1 Enfermeiros Ingressantes

Resultados da pesquisa realizada com enfermeiros ingressantes e sua comparação com aquelas respondidas por profissionais da enfermagem mais antigos:

Tabela 1 - Avaliação da Confiabilidade das Escalas – Enfermeiros Ingressantes x Membros Antigos

DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	Nº itens	Alfa de Cronbach	Nº itens	Alfa de Cronbach
Conhecimentos técnicos e prospectivos	29	0,889	29	0,933
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	28	0,805	28	0,905
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	13	0,651	13	0,833

Fonte: O autor (2011)

O coeficiente Alfa de Cronbach é uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa, servindo para medir a correlação entre as respostas dadas através da análise do seu perfil. Desta forma, se a resposta de um item se comporta de maneira parecida com outro item, conclui-se que um explica o outro. Valores abaixo de 0,7 são considerados de consistência moderada, entre 0,7 e 0,9 são considerados de alta consistência e acima de 0,9, de alta consistência (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Para Cronbach e Shavelson (2004), alguns fatores podem influenciar na consistência de um questionário, dentre eles:

- O número de itens pode causar respostas impulsivas e até relapsas, além de poder possibilitar um maior número de itens sem resposta;
- A limitação do tempo de aplicação do questionário pode fazer com que os últimos itens não sejam respondidos; e
- Aplicar um questionário a uma amostra muito semelhante pode gerar uma variância nula entre os itens respondidos, o que reduz a confiabilidade de um questionário.

Tabela 2 - Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente. Valor máximo da Escala é 5 – Enfermeiros Ingressantes x Membros Antigos

DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	n	Média	n	Média
Conhecimentos técnicos e prospectivos	24	4,28	15	3,66
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	24	4,57	15	4,13
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	24	4,41	15	4,25

Fonte: O autor (2011)

As médias dos dois grupos de participantes sugerem que o grupo de enfermeiros ingressantes se percebem mais capacitados do que os técnicos em enfermagem e enfermeiros antigos os percebem. Esta percepção pode estar ligada ao temor dos antigos em serem substituídos pelos novos, ou ainda, pela sensação de segurança que a capacitação acaba conferindo aos membros ingressantes. Saliente-se que os membros antigos desconhecem se irão participar de curso de capacitação semelhante e que tem sido contratados mais enfermeiros do que técnicos em enfermagem, mesmo quando a vaga aberta foi a de um técnico.

Tabela 3 - Testes Estatísticos – Enfermeiros Ingressantes x Membros Antigos

	Testes Estatísticos		
	Conhecimentos técnicos e prospectivos	Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)
U de Mann-Whitney	81,000	76,500	156,500
W de Wilcoxon	201,000	196,500	276,500
Z	-2,859	-2,989	-,680
Sig. Assintótica Bilateral	,004	,003	,497
Sig. Exata	,004 ^a	,002 ^a	,502 ^a

a. Não corrigido para empates

b. Variável de Agrupamento: Respondente

Fonte: O autor (2011)

Conclusão dos testes:

- **Conhecimentos técnicos:** Há diferença estatisticamente significante entre as

médias de enfermeiros ingressantes e antigos ($p = 0,004$);

- **Atitudes:** Há diferença estatisticamente significativa entre as médias de enfermeiros ingressantes e antigos ($p = 0,003$)
- **Habilidades:** Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de enfermeiros ingressantes e antigos ($p = 0,497$).

Como os dados eram assimétricos e com um número pequeno de participantes, o teste mais apropriado foi Mann-Whitney. As estatísticas descritivas mostraram que, apenas na competência habilidades, as médias dos dois grupos de respondentes se aproximam. O U de Mann-Whitney foi 156,5 com um valor de probabilidade associada de 0,497, o que significa que existe uma chance de 49,7% de encontrar-se um valor de U de 156,5. Isto sugere que as avaliações sobre a competência habilidades foi percebida de forma semelhante pelos dois grupos. Todavia, em função do valor mediano ($p=0,497$) e de um valor z negativo ($z = -0,680$), o que mostra ser possível que as avaliações mais altas tenham ocorrido por erro amostral, não há provas suficientes para concluir que os dois grupos tenham realizado julgamentos semelhantes.

4.7.2 Técnicos em Enfermagem Ingressantes

Resultados da pesquisa realizada com técnicos em enfermagem ingressantes e sua comparação com aquelas respondidas por profissionais da enfermagem mais antigos:

Tabela 4 - Avaliação da Confiabilidade das Escalas – Técnicos em Enfermagem Ingressantes x Membros Antigos

DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	Nº itens	Alfa de Cronbach	Nº itens	Alfa de Cronbach
Conhecimentos técnicos e prospectivos	40	0,928	40	0,988
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	16	0,478	16	0,802
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	6	0,628	6	0,583

Fonte: O autor (2011)

O coeficiente Alfa de Cronbach possibilita estimar a confiabilidade de um questionário

aplicado em uma pesquisa, servindo para medir a correlação entre as respostas dadas através da análise do seu perfil. Sendo assim, se a resposta de um item se comporta de maneira parecida com outro item, conclui-se que um explica o outro. Valores abaixo de 0,7 são considerados de consistência moderada, entre 0,7 e 0,9 são considerados de alta consistência e acima de 0,9, de alta consistência (FREITAS; RODRIGUES, 2005). Neste caso, possivelmente em função do alto número de itens na dimensão Conhecimentos (40) em comparação com as demais dimensões Atitudes (16 itens) e Habilidades (6), ocorreu um valor alto no coeficiente Alfa de Cronbach (0,93) na primeira dimensão.

Tabela 5 - Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente. Valor máximo da Escala é 5 – Técnicos em Enfermagem Ingressantes x Membros Antigos

	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	n	Média	n	Média
Conhecimentos técnicos e prospectivos	10	4,55	26	4,03
Atitudes (participação, trabalho em equipe)	10	4,33	26	4,12
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	10	4,64	26	4,21

Fonte: O autor (2011)

As médias dos dois grupos de participantes sugerem que o grupo de técnicos em enfermagem ingressantes se percebem mais capacitados do que os técnicos em enfermagem e enfermeiros antigos os percebem. Esta diferença quantitativa de percepção pode estar ligada ao temor dos antigos técnicos em serem substituídos por enfermeiros, pois isto tem ocorrido frequentemente, ainda que a vaga aberta tenha sido a de um técnico. Ao considerar o ingressante menos qualificado do que é, atua de forma defensiva, a fim de não dar subsídios que justifiquem o desligamento de funcionários mais antigos.

Tabela 6 - Testes Estatísticos – Técnicos em Enfermagem Ingressantes x Membros Antigos

	Conhecimentos técnicos e prospectivos	Atitudes (participação, trabalho em equipe)	Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)
U de Mann-Whitney	96,500	116,500	64,500
W de Wilcoxon	447,500	467,500	415,500
Z	-1,183	-,478	-2,327
Sig. Assintótica Bilateral	,237	,633	,020
Sig. Exata	,241 ^a	,639 ^a	,019 ^a

a. Não corrigido para empates

b. Variável de Agrupamento: Respondente

Fonte: O autor (2011)

Conclusão dos testes:

- **Conhecimentos técnicos:** Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de técnicos ingressantes e antigos ($p = 0,237$);
- **Atitudes:** Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de técnicos ingressantes e antigos ($p = 0,633$);
- **Habilidades:** Há diferença estatisticamente significativa entre as médias de técnicos ingressantes e antigos ($p = 0,020$).

Como os dados eram assimétricos e com um número pequeno de participantes, o teste mais apropriado foi Mann-Whitney. As estatísticas descritivas mostraram que, apenas na competência atitudes, as médias dos dois grupos de respondentes se aproximam. O U de Mann-Whitney foi 116,5 com um valor de probabilidade associada de 0,633, o que significa que existe uma chance de 63,3% de encontrar-se um valor de U de 116,5. Isto sugere que as avaliações sobre a competência atitudes foi percebida de forma semelhante pelos dois grupos. Entretanto, em função do valor z negativo ($z = -0,478$) que mostra ser possível que as avaliações mais altas tenham ocorrido por erro amostral, não há provas suficientes para concluir que os dois grupos tenham realizado julgamentos semelhantes.

4.8 Triangulação e Análise das Evidências

Enquanto fontes de dados primários, temos as informações obtidas das observações

não participantes, os relatórios oriundos das entrevistas realizadas com os novos membros, os questionários de percepção com antigos e novos funcionários e os indicadores assistenciais de flebites, quedas de pacientes e erros de medicação, além daquele relativo à rotatividade de pessoal. Como dados secundários, foram disponibilizados o *folder* que relata o novo processo de capacitação, os artigos jornalísticos que tratam da qualidade da Instituição e da fiscalização do COREN-RS sofrida por ela, além da certificação de excelência em função da Acreditação Hospitalar.

Ao cruzarmos o desconhecimento de técnicas básicas como diluição de medicação e manuseio de equipamentos comuns (equipos de soro, aparelhos de pressão) na assistência diária aos pacientes, detectado durante a observação não participante, com as percepções obtidas nos questionários com antigos e novos funcionários, é possível mostrar que o novo membro não ingressa na Instituição melhor preparado do que aqueles já existentes. Por outro lado, evidencia que a capacitação, enquanto nivelamento das competências profissionais, é fundamental para a prática assistencial, o que é consonante com a melhora dos indicadores assistenciais (ANEXO B), com a certificação obtida (ANEXO F) e com os artigos de jornais enaltecendo a qualidade da organização (ANEXO C), ainda que estes não possam ser consideradas provas irrefutáveis.

A carga horária de treinamento atual, quando comparados o antigo e o novo métodos, sugere que a capacitação supervisionada por uma enfermeira tutora é a responsável pela agilidade e qualidade dos conhecimentos apreendidos pelos membros ingressantes, uma vez que houve melhora dos indicadores assistenciais, apesar da redução do total de horas dispensado para sua capacitação. Um fator marcante dos dados e que poderia induzir a uma análise equivocada, é o aumento da rotatividade em 2010, ocasionado por uma fiscalização realizada pelo COREN-RS que determinou a readequação no pessoal assistencial, face à existência de funcionários não habilitados exercendo funções no hospital (ANEXO E).

As entrevistas realizadas com os profissionais ingressantes (ANEXO A) apresentaram dados que mostram sua satisfação com o modelo proposto. Deve-se destacar que uma parcela expressiva dos novos membros manifestou a necessidade de um treinamento mais prolongado no sistema informatizado, além da recomendação de que os antigos funcionários também passem pelo mesmo modelo de capacitação. Mencionaram que não reconheciam, no dia a dia da unidade de internação, diversas técnicas apreendidas durante o curso. Dentre elas, citaram o manuseio de equipos e a guarda e conservação de material assistencial.

Enfermeiros antigos entrevistados, à exceção de uma que considerava prematuras quaisquer considerações, destacaram o novo modelo como mais completo do que o anterior,

pois percebiam que eram, desde então, menos solicitadas para retirar dúvidas pelos novos membros. Os técnicos em enfermagem antigos, por seu turno, preferiram não emitir opiniões a respeito do novo método em função, provavelmente, do temor gerado pela substituição de seus pares por enfermeiros ingressantes nas áreas críticas. Todavia, esta opção não está ligada a uma formação com maior qualidade dos ingressantes em relação aos antigos, mas como um novo paradigma escolhido pela organização após a inspeção realizada pelo COREN-RS (ANEXO E), inclusive porque são funções com formações distintas.

Todas estas análises vêm ao encontro dos resultados obtidos nos questionários que buscavam medir a percepção de novos e antigos membros em relação ao nivelamento das competências após o módulo de capacitação. Tanto membros antigos quanto enfermeiros ingressantes consideraram as habilidades como a competência mais desenvolvida durante a capacitação. Este aspecto acaba servindo de suporte ao novo perfil assistencial para áreas críticas implantado pela organização. Técnicos em enfermagem ingressantes e membros antigos consideraram as atitudes como a competência mais assimilada durante a capacitação, o que sugere que o modelo gera efeitos positivos na formação e no comportamento do novo integrante.

Se estes dados, em conjunto, não resultam como evidência de que os novos membros são melhor preparados durante os cursos técnicos e de graduação do que os antigos, servem para mostrar que os novos membros ingressam nos locais de trabalho com maior segurança de suas competências profissionais. Isto tende a evitar quedas na qualidade assistencial e nos indicadores, a despeito da alta rotatividade de funcionários de ambas as funções. Notadamente, em função da análise temporal, o atual método tem relação direta com a queda dos erros apresentados nos indicadores assistenciais (ANEXO B).

Ao analisar os resultados obtidos, verifica-se que os métodos de capacitação utilizados nesta organização podem ser considerados recursos estratégicos relevantes para a manutenção da qualidade enquadrando-se nas características conceituais do modelo VRIO (BARNEY, 2007):

- **Valioso** – eles exploram a oportunidade de complementação das competências para o exercício das atividades assistenciais, além de permitirem que o novo funcionário adapte-se mais facilmente às rotinas internas já estabelecidas, minimizando possíveis intervenções dos órgãos fiscalizadores diante de erros de processos assistenciais, passíveis de acontecer em ambientes de alta rotatividade;
- **Raro** – trata-se de um recurso restrito a poucas organizações. No estado

gaúcho, não há outro hospital de perfil similar que adote este método;

➤ ***Imperfeitamente Imitável*** – ainda que outra organização contrate os profissionais encarregados da aplicação destes métodos no hospital utilizado como estudo de caso, todo o restante da estrutura utilizada para a capacitação foi preparada ao longo do tempo, sendo de difícil replicação. Além disso, as competências que são desenvolvidas neste método, não são, necessariamente, as mesmas indispensáveis a outra organização; e

➤ ***Organização*** – trata-se da própria capacidade da organização em implementar e organizar seus recursos de maneira a formar as vantagens competitivas proporcionadas pela aplicação do método de capacitação. No caso específico, é evidente a existência de uma gestão dos recursos humanos com foco na qualidade.

Ao agregar valor, os métodos de capacitação utilizados apresentam-se como atributos, podendo ser considerados recursos estratégicos (BARNEY, 2007; WERNERFELT, 1984) que determinarão vantagens competitivas, diferenciando-a das demais organizações (FOSS, 1997; COLLIS; MONTGOMERY, 1995; PETERAF, 1993; GRANT, 1991; PRAHALAD; HAMEL, 1990).

A incorporação destes métodos de treinamento às rotinas diárias permite que o conhecimento e as experimentações acumuladas passem a ser de domínio da organização (SVEIBY, 1997; COLLIS; MONTGOMERY, 1995; GRANT, 1991), o que é possível pela utilização de métodos padronizados de capacitação (FALCONI, 2009). De acordo com as evidências encontradas, as capacidades organizacionais construídas ao longo do tempo em virtude da utilização de métodos padronizados de capacitação, tornaram-se recursos capazes de gerar vantagem competitiva (COLLIS; MONTGOMERY, 1995), com reflexos diretos nos indicadores assistenciais de enfermagem.

A qualificação profissional, obtida através do método de capacitação que utiliza a preceptoria, possibilitou que os novos profissionais de enfermagem adquirissem autonomia, noções sólidas de trabalho em equipe e confiança para trabalhar em um ambiente complexo (LE BOTERF, 2003; ZARIFIAN, 2001). Amparada pelos indicadores assistenciais de enfermagem, atende, também, às condições propostas por Falconi (1992, 2009) que são o acompanhamento dos resultados e da execução e a prática da análise e da síntese, capazes de gerar novos conhecimentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Este capítulo tem por objetivo apresentar os seguintes pontos:

- i) as principais considerações da dissertação;
- ii) os limites da presente pesquisa; e
- iii) as recomendações para trabalhos futuros.

5.1 Considerações Finais

Levando-se em consideração a redução do número de hospitais e leitos hospitalares em função da situação econômico financeira na qual se encontram, seja por uma gestão inadequada, seja pela defasagem entre custos de procedimentos e desatualização das tabelas de honorários, pode-se sugerir que não há barreiras de entradas para novos concorrentes neste segmento. O aumento populacional, por seu turno, bem como a elevação no número de idosos permite compreender a constante falta de leitos, além de salas de emergência lotadas que são, constantemente, objetos de matérias na imprensa nacional.

Some-se a isto, a falta do conceito de propriedade, bastante comum nos hospitais do Rio Grande do Sul, a profissionalização tardia de seu processo de gestão que foi precipitada pela certificação concedida pela Acreditação Hospitalar ao final da década de 90, além da permanente necessidade de atualização tecnológica dos hospitais como fatores críticos de sobrevivência. A solução parece estar exatamente na gestão dos recursos internos e na forma de utilizá-los, de forma combinada, para superar dificuldades.

Um elemento que agrava esta situação é a rotatividade dos profissionais de enfermagem que parece ser uma característica comum a todas as organizações hospitalares. Pode-se oferecer salários superiores àqueles existentes no mercado de trabalho, mas um clima organizacional insatisfatório pode ser um elemento responsável pela saída de bons profissionais. Sendo assim, não há como afirmar que existe uma causa comum aos hospitais que seja capaz de desencadear a rotatividade que deve ser objeto de estudo específico.

No hospital utilizado como objeto de estudo, o indicador de rotatividade é elevado, mas a observação não participante permitiu verificar que há autonomia profissional, são claras as possibilidades de promoção interna, há grande preocupação com os processos de

capacitação e educação continuada, além da realização de vários eventos de confraternização como forma de manutenção de um bom clima organizacional.

Neste caso, a causa da rotatividade parece estar ligada aos salários pouco atrativos ofertados pela organização. Na pesquisa realizada neste estudo (APÊNDICE F), os novos membros declararam que entre os 23 enfermeiros ingressantes, 19 informaram ter menos de um ano de experiência nesta função, enquanto 7 dos 10 técnicos em enfermagem tinham menos de um ano na atividade. Esta relação pode ser a justificativa, para que o hospital consiga candidatos para os salários oferecidos (aproximadamente R\$ 1.200,00 o inicial e, após promoção, R\$ 1.845,00), uma vez que estes novos membros parecem apenas buscar experiência suficiente na atividade, conforme os índices de rotatividade existentes. Isto lhes permite ambicionar outros empregos melhor remunerados, gerando um ciclo vicioso, normalmente, indesejado pelas organizações.

Os dados levantado sugerem que os hospitais concorrem, primeiramente, com as ineficiências de suas próprias estruturas. Parecem competir, tão somente, com sua incapacidade de manter e mobilizar os recursos que já possuem. Devem, por isso, dar prioridade a estratégias que façam a gestão dos recursos internos, possibilitando a evolução das práticas internas como forma de redução de custos e melhoria de processos para obtenção de maiores receitas.

A Teoria da Visão Baseada em Recursos propicia explicações para este problema do segmento hospitalar ao defender que o desempenho de uma organização está ligado à gestão dos recursos acumulados e adquiridos, pois permite a obtenção de vantagens competitivas e a sustentabilidade da organização. Focar na experiência organizacional e na realização de rotinas, tal como um método de capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes, sugere ser a forma mais sensata de acumular ativos intangíveis como o conhecimento gerado nas práticas operacionais, permitindo manter a qualidade assistencial, ainda que em um ambiente de alta rotatividade.

Ressalte-se, ainda, a convivência permanente com fatos inesperados e não planejados deste setor, o que demanda a necessidade de programas de educação continuada e de capacitação de ingressantes. Eles têm a importante missão de mobilizar as competências necessárias para a tomada de decisão diante do inusitado, pois os membros de uma organização de saúde têm de estar preparados para conviver com situações complexas (ZARIFIAN, 2001).

O desafio não está somente em elaborar um programa de capacitação qualquer, mas fazê-lo de modo a suportar a alta rotatividade de pessoal em uma função como a de

enfermagem que é altamente dependente de seu conhecimento tácito. A utilização de um método de capacitação baseado na padronização de processos (FALCONI, 1992, 2009) parece ser uma solução capaz de viabilizar organizações que estão com índices de rotatividade superiores ao recomendado para a manutenção da qualidade. Ela permite uniformizar os conhecimentos disseminados, de forma ágil e com uma linguagem de fácil assimilação, conforme preconiza Falconi (1992, 2009).

Ao utilizar a opção estratégica da gestão dos recursos internos, elaborando métodos de capacitação que, através da padronização, proporcionem condições, para que os membros ingressantes atuem de forma cooperativa em um ambiente dinâmico, cria-se um método capaz de minimizar as quebras de processos oriundas da rotatividade de pessoal. Certamente, a estratégia ideal seria evitar índices elevados de rotatividade, mas ela é uma realidade que não pode ser colocada de lado.

Também é fato que a capacitação colocada em prática, origina-se de uma longa trajetória em busca da qualidade feita pela Instituição utilizada como objeto de estudo, o que não impede, entretanto, que possa ter seu modelo replicado em outras organizações. Por outro lado, esta característica temporal reforça a ligação e os reflexos positivos da capacitação de novos profissionais da enfermagem na manutenção da qualidade assistencial com outro conceito do modelo VRIO: o imperfeitamente imitável, dado o longo tempo necessário, para que ele apresentasse resultados.

Finalmente, com base na análise dos dados coletados, o novo método de capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes, com a utilização de preceptoria, inserido em um módulo de 14 dias de capacitação, mostra-se adequado para atender às necessidades de rápida inserção do novo funcionário, o que pode ser considerada uma importante inovação em relação ao modelo anterior de 30 dias. Sobretudo, ele propicia que os novos funcionários assumam suas atividades com mais segurança, além de proporcionar, de forma mais eficaz, o nivelamento dos conhecimentos necessários para a realização das boas práticas de enfermagem e da tomada de decisão.

5.2 Limitações

Dentre as limitações deste estudo, estão a falta de uma pesquisa antes da capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes, bem como o número de indivíduos utilizados para a amostra, o que poderia permitir a generalização das análises para o restante da

população. Outra importante limitação é ter realizado um estudo de caso único, uma vez que só este hospital utilizava este método de capacitação, o que impossibilitou uma análise comparativa que conclua que o método de capacitação utilizado é, de fato, a razão para a manutenção da qualidade e não uma característica particular da cultura desta organização. Também, deve-se mencionar que o perfil de hospital estudado é comum no Rio Grande do Sul, mas não encontra similares na maior parte do Brasil, o que reduz sua capacidade de replicação em estudos futuros.

5.3 Recomendações para Trabalhos Futuros

São as seguintes as recomendações para a realização de trabalhos futuros:

- ❖ a realização de questionários com membros ingressantes antes e depois da realização da capacitação, com o intuito de dimensionar as competências adquiridas durante o curso oferecido;
- ❖ a replicação deste método de capacitação em hospitais com perfil semelhante como fonte de evidência de sua eficácia para a manutenção da qualidade em ambientes de alta rotatividade;
- ❖ a realização de análise econômico financeira das organizações hospitalares que adotaram este método de capacitação, com a finalidade de verificar seu impacto na sua sustentabilidade; e
- ❖ a realização de estudo específico sobre fatores capazes de reduzir a rotatividade de profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, R.; SANDS, D. Z.; SCHNEIDER, J. D. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. Hospitals. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 55, n. 4, jul./aug. 2010.
- AITA, M.; RICHER, M. C.; HÉON, M. Illuminating the process of knowledge transfer in nursing. **Worldviews on Evidence-based Nursing**, Malden, p. 146-155, 2007.
- AKSELRAD, M. Tratamento tributário das instituições sem finalidades lucrativas: relatório nacional brasileiro para o 53º Congresso da International Fiscal Association, a ser realizado em Israel. Disponível em: <<http://www.akselrad.adv.br/ongs.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- ALVESSON, MATTS. Organization as Rethoric: knowledge-intensive firms and the struggle with ambiguity. **Journal of Management Studies**, v. 30, n. 6, p. 997-1016, 1993.
- AMESTOY, S. C. et al. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 83-88, jan./mar. 2008.
- ANDREWS, K. The concept of corporate strategy. In: FOSS, N.J. (Ed.). **Resources, firms and strategies**. New York: Oxford University Press, 1997.
- ANSELMINI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Rev Panam de Salud Publica/Pan Am Public Health**, Washington, v. 2, n. 1, p. 44-50, jul. 1997.
- ANSOFF, H. I. **Estratégia empresarial**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1977.
- ANSOFF, H. I. Strategies for diversification. **Harvard Business Review**, p.113-124, 1957.
- AREND, S. M. F.; REIS, A. M. D. Juventude e restaurantes fast food: a dura face do trabalho flexível. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 142-151, jul./dez. 2009.
- ARGYRIS, C.; SCHON, D. **Organizational learning: a theory of action perspective**. Reading: Addison-Welsey, 1978.
- ARNDT, M.; BIGELOW, B. Hospital administration in the early 1900s: visions for the future and the reality of daily practice. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 52, n. 1, p. 34-37, 2007.
- BANSAL, M. Knowledge management: capitalizing a hospital's assets. **Express Healthcare Management**, Mumbai, .Sept. 2001. Disponível em: <<http://www.expresshealthcaremgmt.com/20010915/editorial2.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARNEY, J. Firm resource and sustained competitive advantage. **Journal of Mangement**, v.17, n. 1, p. 99-120, 1991.
- BARNEY, J.; HESTERLY, W. S. **Administração estratégica e vantagem competitiva**. São

Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 73, n. 2, p. 195-208, 2011.

BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SHANLEY, M.; SCHAEFER, S. **A economia da estratégia**. 3. ed., Porto Alegre: Bookman, 2006.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para a qualidade. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70-76, 2000.

BONOMA, T. V. Case research in marketing: opportunities, problems and process. **Journal of Marketing Research**, v. 22, mai, 1985.

BORBA, G. S. Proposta de um modelo para a avaliação dos princípios de aprendizagem existentes em um hospital. **RAE electron.**, São Paulo, v. 8, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2010.

BORREGO, M. A. R.; MUNDINA, J. B.; FREIRE, I. Metodologias colaborativas, educação na e para a responsabilidade na formação em enfermagem. **Revista de Ciências da Educação**, n. 7, set/dez, 2008.

BOYATZIS, R.E. **The competent management: a model for effective performance**. Nova Jersey: Wiley & Sons, 1982.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Trata das diretrizes curriculares para educação profissional de nível técnico**. Brasília, DF, Sala de Sessões, 5 de out de 1999.

BROWN J. S. E DUGUID.P. Organizational knowledge. **California Management Review**, v. 40, 3, p. 90-11, 1998.

BRYANT-HAMPTON, L.; WALTON, A. M. A key retention strategy for the mature nurse. **The Journal of Nurse Administration**, n. 3, p. 121-123, 2010.

CAMERINO, D.; SARQUIS; L.M.M.; COSTA, G. Condições do trabalho, saúde e bem estar dos trabalhadores de enfermagem na Europa. **Cogitare Enferm**, 14(1), p. 11-21, jan/mar 2009.

CHRISTENSEN, M.C.; GROSSMAN, J.H.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar a qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.191-206.

CINTRA, E. A., et al. Utilização de Indicadores de Qualidade para Avaliação da Assistência de Enfermagem: opinião dos enfermeiros. **Health Sci Inst.**, v. 28, n. 1, p. 29-34, 2010.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM, 2002.

COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. Competing on resources: strategy in the 1990s.

Harvard Business Review, Boston, v. 73, n. 4, p. 118-128, Jul./Aug. 1995.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (Portugal). **Parecer nº 255/2010** – orientação de Enfermeiros em Ensino Clínico no Âmbito da Formação Especializada em enfermagem. Conselho de enfermagem- Portugal, 2010.

COOMBER, B.; BARRIBALL, K.L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital based nurses: a review of the research literature. **International Journal of Nursing Studies**, 44, pp. 297-314, 2007.

COOPER, D. R., SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CRONBACH, L.; SHAVELSON, R.J. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. **Thousand Oaks**, v. 64, nº3, pp. 391-418, jun, 2004.

CROSBY, P.B. **Qualidade é investimento**. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

DANCEY, C.P; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DCN – Ministério da Educação, Conselho Nacional de educação, Câmara de educação Superior. **Resolução CNE/CES, nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Brasília, 2001.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-26, mai. 2001.

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assesment**. Ann Arbor: Health Administration Press, c1980.

DUTRA, J. S.; HIPOLITO, J.A.M.; SILVA, C.M. Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de telecomunicação. Em ANPAD, 22. **Anais...** Foz do Iguaçu; ANPAD, 1998.

DUTRA, V.O. Administração de recursos no hospital. In: GONÇALVES E.L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo (SP): Pioneira, p. 67-114, 1983.

EDVINSSON, L.; MALONE, M.S. **Capital intelectual**. São Paulo: Makron, 1998.

ETZIONI, A. **A análise comparativa de organizações complexas: sobre o poder, o engajamento e seus correlatos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

FALCONI, V. C. **TQC: controle da qualidade total (no estilo japonês)**. 8. ed. Belo Horizonte: EDG, 1999.

FALCONI, V.C. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 6 ed. Belo Horizonte: EDG, 1992.

FALCONI, V.C. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 7 ed. Belo Horizonte: EDG, 1998.

FALCONI, V.C. **O valor dos recursos humanos na era do conhecimento**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1995.

FALCONI, V.C. **O verdadeiro poder**. Nova Lima: INDG Tecnologia e serviços Ltda., 2009.

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES, RELIGIOSOS E FILANTRÓPICOS DO RIO GRANDE DO SUL, 2011. Disponível em: <<http://www.hospfilrs.org.br/index-7.html>>. Acesso em: 08 fev. 2011.

FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. totalmente ver. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Gente, 2001.

FOLHA DE SÃO PAULO, 21 de agosto de 2011.

FOSS, N. J. **Resources, firms and strategies**. New York: Oxford University Press, 1997.

FREITAS, A. O mercado de trabalho na área de enfermagem. **Revista Diga Lá**, p. 30-35, set/out, 2003.

FREITAS, A.L.P.; RODRIGUES, S.G. A avaliação da confiabilidade de um questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: Simpósio de Engenharia de Produção, 12, 2005, Bauru. **Anais**, Bauru: UNESP, 2005.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Ocorrências éticas na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, nov/dez, 2003.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

FURUKAWA, M. F.; RAGHU, T. S.; SHAO, B. M. Electronic medical records, nurse staffing, and nurse-sensitive patient outcomes: evidence from California hospitals, 1998–2007. **HSR: Health Services Research**, 45:4 August 2010.

GAIDZINSKI, R. R.; NOMURA F. H. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n. 5, Ribeirão Preto, Set/Out 2005.

GARROSA, E.; MORENO-JIMENEZ, B.; LIANG, Y.; GONZÁLEZ, J.L. The relationship between sócio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. **International Journal of Nursing Studies** 45, p. 418-427, 2008

GARVIN, D. A. Competing on the eight dimensions of quality. **Harvard Business Review**, 1987.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

- GHEMAWAT, P. **A estratégia e o cenário dos negócios**. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2002.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr., 1995 a.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **RAE**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995 b.
- GONÇALO, C. R.; BORGES, M. L. Organizações e saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p. 449-461, 2010.
- GRANT, R.M. The resource based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, spring, v.. 33, n. 3, p. 114-135, 1991.
- GRAZZIANO, E.S.; BIANCHI, E.R.F. Impacto del estrés ocupacional y burnout em enfermeros. **Enfermeria Global**, n. 18, fev, 2010.
- GURGEL JÚNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciências & Saúde Coletiva**, 7(2), pp. 325-334, 2002.
- HABERMAS, Jürgen. **A ética da discussão e a questão da verdade**. [Trad.] Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2004. (Tópicos)
- HAIR, J. J. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- HALL, R. **Organizações: estrutura, processos e resultados**. São Paulo: Pearson Prentice-Hall, 2004.
- HAMEL, G. PRAHALAD, C.K. **Competindo pelo futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- HARRISON, J.P.; LAMBIASE, L.R.; ZHAO, M. Organizational factors associated with quality of care in usa teaching hospitals. **Journal Health Care Finance**, 36 (3), 2010.
- HATCHER, B. J. et al. **Wisdom at Work**: the importance of older and experienced nurse in the workplace. Robert Wood Johnson Foundation, 2006. Disponível em: <<http://www.rwjf.org/files/publications/other/wisdomatwork.pdf>>.
- HAYATI, D; KARAMI, E. & SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. **Social Indicators Research**, v. 75, p.361-394, 2006.
- HAYES, L.J. et al. Nurse turnover: a literature review. **International Journal of Nursing Studies**, V. 43, I 2, pp. 237-263, Feb 2006.
- HENSON,A.; CARPENTER,S. Intra-operative hemodialysis during liver transplantation: an expanded role of the nephrology nurse. **Nephrology Nursing Journal**, 37(4), p. 351-356, 2010.
- HIBINO, Y.; HITOMI, Y.; KAMBAYASHI, Y.; NAKAMURA, H. Exploring factors associated with the incidence of sexual harassment of hospital nurses by patients. **Journal of**

Nursing Scholarship, 41:2, p. 124-131, 2009.

HUZEK, D.; STEFANO, S.R. Rotatividade em Hospitais Filantrópicos da Região Centro Sul do Paraná. In: **XII SEMEad Empreendedorismo e Inovação**, São Paulo, 27 e 28 de agosto, 2009.

IEPSEN, F. et al. Educação continuada: experiência na capacitação da equipe de enfermagem. XVII CIC; X ENPOS, Nov, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatística da Saúde – Assistência Médico-Sanitária, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatística da Saúde – Assistência Médico-Sanitária, 2009.

JONES, C.B.; GATES, M. The costs and benefits of nurse turnover: a business case for nurse retention. **The Online Journal of Issues in Nursing**, Sept. 2007.

JUBILATO, J. **Os Impactos e Consequências da Rotatividade de Pessoal sobre a Memória Organizacional**: um estudo no comércio varejista. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, 2008.

JURAN, J.M.; GRZYNA, F.M. **Controle da qualidade handbook**: conceitos, políticas e filosofia da qualidade. V. 1. São Paulo: Makron Books, 1991.

KAISER, D.E.; SERBIM, A.K. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, Porto Alegre, oct/dec, 2009.

KLUG, H. S. Recruit, Respect and retain: the impact of baby boomer nurses on hospital workforce strategy: a case study. *creative nursing*, v. 15, Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=444, Acesso em 08/05/2011.

KOWLOWITZ, V. et al. Development and dissemination of web-based clinical simulations for continuing geriatric nursing education. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 35, n. 4, 2009.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da Excelência. São Paulo: Editora Singular, 2009.

LARA, G.B.; LASMAR, S.C.G.; XAVIER, G. Aprimoramento do Programa IHMG: novo rol de indicadores assistenciais. RAHIS – **Rev. de Adm, Hospitalar e Inovação em Saúde**, jan/jun, 2009.

LARKIN, M. Retaining the experienced nurse. **The Journal of Nurse Administration**, n. 4, p. 162-163, 2007.

LDB – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da Rep. Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 23 dez 1996: Seção 1.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre, Bookman,

2003.

LOPEZ-CABRALES, A.; PÉREZ-LUÑO, A.; CABRERA, R.V. Knowledge as a mediator Between. **HRM Practices and Innovative Activity**. v. 48, n 4, p. 485-503, jul-aug, 2009.

MALIK, A.M.; PENA, F.P.M. Estratégia na Saúde. **GV Executivo**, v.4, n. 4, Jan, 2006.

MARCH, J. G. **A Primer on decision making: how decisions happen**. New York: The Free Press, 1994.

MARCH, J. G. **Exploration and exploitation in organizational learning**. The Institute of Management Science, 2001.

MARCH, J. G.; SIMON, H. **A teoria das organizações**. Rio de Janeiro: FGV, 1975.

MEYER, J.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. **America Journal of Sociology**, v. 83. n.2, p. 340-362, 1977.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Ed. Manole Ltda. São Paulo: Universidade de Guarulhos, 2001.

MILES, I. **Knowledge-intensive business services: users, carriers and sources of innovation**. Prest Working Paper, Manchester, 1995.

MILES, M.; HUBERMAN, M. **Qualitative data analysis**. London: Sage Publications, 1994.

MILLER, J. L.; CRAIGHEAD, C.W.; KARWAN, K.R. Service recovery: a framework and empirical investigation. **Journal of Operations Management**, 18, p. 387-400, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINTZBERG, Henry. **Patterns in strategy formulation**. Management Science, v.24, n.9, May, 1978.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NAGEH. **Manual de indicadores de enfermagem**. Programa da Qualidade Hospitalar (CQH). São Paulo: APM/CREMESP, 2006.

NEALE, M.A.; NORTHCAFT, G.B. (1989) Experience, expertise and decision bias in negotiation: the role of strategic conceptualization in: Sheppard, M.B.; Lewicki, R. (Eds). **Research on negotiation in organization**. Greenwich, Conn: JAI Press, v.2, 1989.

NETSABER frases. Disponível em:

<http://frases.netsaber.com.br/frase_2653/frase_de_marcel_proust>. Acesso em: 01 nov. 2011.

NICOLA, A.L.; BARBOZA, R.L.; MARASCHIN, M.S. Índice de absenteísmo dos trabalhadores do serviço de enfermagem de um Hospital Universitário. **In: 2º Seminário Nacional Estado e Políticas sociais no Brasil**, UNIOESTE, Paraná, 15 de out, 2005.

NODARI, C.H., et al. Turnover e Satisfação no Trabalho em uma empresa multinacional: um estudo de caso. **Revista de Administração da UNIMEP**, V. 8, n. 2, mai/ago, 2010.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OAKLAND, J. S. **Gerenciamento da qualidade total, TQM**. São Paulo:Nobel, 1994.

OLIVEIRA, J.P.O.B. **Relação entre Intenção de Turnover, Qualidade de Vida no Trabalho e Satisfação Profissional**: Estudo Exploratório numa das Melhores Empresas para Trabalhar em Portugal. Dissertação de Mestrado. Faculdade de psicologia e Ciências da Educação. Portugal, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10451/2188>> Acesso em: 10/ fev. 2011

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Normas para o processo de avaliação - Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços. Versão 7. Data de Revisão: mar. 2006b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manuais/index.asp>>. Acesso em: 5 jul.2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Introdução aos indicadores de desempenho: treinamento por EAD. In: GASTAL, Fábio Leite; ROESSLER, Ione Fuhrmeister; BINZ, Mário Arthur Rockenbach. Mar.2006a. Disponível em: <www.ona.org.br>. Acesso em: 5 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 1.ed. Brasília: 2002.

PATTON, M. **Qualitative research and evaluation methods**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

PATU, Gustavo. 54% ganham 1 mínimo de aposentadoria: mesmo com tão pouco, estão mais protegidos da pobreza do que a média da população. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 89, n. 29.201, 15 mar. 2009. Especial 1, p. 2.

PENROSE, E. T. **Teoria do crescimento da firma**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2006.

PETERAF, M.A. The Cornerstones of Competitive Advantage: A resource-Based View. In: FOSS, N.J. **Resources, Firms and Strategies**. New York: Oxford University Press, 1997.

PIERANTONI, C As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 341 – 360. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústria e concorrências. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, M. Towards a dynamic theory of strategy. **Strategic Management Journal**, V.12, pp. 95-117, 1991.

PORTER, M. **Vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, M. What is strategy? **Harvard Business Review**, p. 61-78, Nov/Dec, 1996.

PRADEBON, V.M., et al. A Teoria da complexidade no cotidiano da chefia de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 24(1), pp. 13-22, 2011.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 4, p. 79-93, 1990.

REIS, P.E.D. et al. Reflexões acerca da comunicação enquanto facilitadora da humanização da assistência em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem da UNIEURO**. Brasília, v.2, n. 1, p. 81-92, jan/abr, 2009.

RUAS, R. Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das organizações. In: **APRENDIZAGEM organizacional e competências**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SAMPIERI et al. **Metodologia de la investigación**. México: Mcgraw-Hill, 1991.

SANDBERG, J. Understanding Human competence at work: an interpretative approach. **Academy of Management Journal**, Ohio, v. 43, n 1, p. 9-25, feb, 2000.

SARTURI, Fernanda. **Nível de stress do enfermeiro hospitalar frente a suas competências**. Dissertação de Mestrado. Santa Maria: UFSM, 2009.

SCHOUT, Denise and NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.4, p.935-944. Jul/Ago, 2007.

SILVA, E. M. **Os efeitos da liderança na retenção de talentos: um estudo sobre comprometimento e rotatividade numa indústria petroquímica**. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Administração, Rio de Janeiro: IBMEC, 2006.

SILVA, Gizelda Monteiro da ; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev Bras Enferm**, 62(3): 362-6, mai-jun, 2009.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletron. de Enferm.**, v. 09, n. 2, pp. 389-401, 2007.

SILVA, L.P. **Certificação da qualidade: inserção da responsabilidade social nos hospitais do grande ABC**. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2007.

SILVA, M.A.; ERDMANN, A.L.; CARDOSO, R.S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Rev. Elet.**, Nº 10(2), pp. 448-459, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.html>>. Acesso em: 2 de nov. 2011.

SIMON, H. A Racionalidade no processo decisório em empresas. **Revista Brasileira de Economia**: Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 111-142, 1984.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1979.

SINDHOSP. **Jornal do Sindhosp**. Ano XXIV, nº 272, Dezembro/2007. Disponível em: <http://www.sindhosp.com.br/jornal/pdf/jornal_dezembro07.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2010.

SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel de; KURCGANT, Paulina. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. **Rev Esc Enferm USP**, 39(3):251-7, 2005.

SLACK, N. et al. **Administração da produção**: edição compacta. São Paulo: Atlas, 1999.

SOÁREZ, P.C.; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R.M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS**, V.; 7, N 27, Abr/Jun, 2005. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS27_indicadores.pdf>. Acesso em: 12 dez 2010.

SOBRINHO, V. G.; CARVALHO, E. C. Uma visão jurídica do exercício profissional da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

SOTO, E. **Comportamento organizacional**: o impacto das emoções. São Paulo: Pioneira 2005.

STADNICK, K.T.; COELHO, C.C.S.R. Gestão do conhecimento e complexidade: um estudo de caso do setor de análises clínicas de um Hospital Universitário. **Revista Gestão Industrial**, V.2, Nº 3, pp. 29-43, 2006.

SUDA, Emi Sakamoto. **Qualificação para os técnicos de enfermagem alocados nas unidades de internação do hospital Dom Vicente Scherer**: uma questão de excelência. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão da Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

SVEIBY, K. E. **The new organizational wealth managing and measuring knowledge assets**. San Francisco: Berret Koeler, 1997.

TRIOLLA, M. F. **Introdução à estatística**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

ULRICH, D; LAKE, D. **Organizational capability**: competing from the inside out. New York: John Wiley & Sons, 1990.

VARELLA, T. C. **Mercado de trabalho de enfermeiro no Brasil**: configuração de emprego e tendências no campo do trabalho. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2006.

VON KROGH, G.; ICHIJO, K.; NONAKA, I. **Enabling knowledge creation**. New York: Oxford, 2000.

VOSS, C.; ROTH, A.V.; CHASE, R.B. Experience, service, operations strategy, and services as destinations: foundations and exploratory investigation. **Production and Operations Management**, v. 17, n. 3, p. 247-266, may/jun, 2008.

VOZ SAÚDE. Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná., n.55, mai/jun, 2010.

WAGNER III, J.; HOLLENBECK, J.R. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2003.

WARD, V.; HOUSE, A.; HAMER, S. Developing a Framework for Transferring Knowledge into Action: a Thematic Analysis of the Literature. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 14, n. 3, p. 156-164, 2009.

WERNERFELT, B. A Resource-Based View of the Firm: ten years after. **Strategic Management Journal**, 16, 3; *abi/inform global*, pg. 171, mar, 1995.

WERNERFELT, B. A. Resource-based view of the firm. In: FOSS, N. J. (Ed.). **Resources, firms and strategies**. New York: Oxford University Press, 1997. p. ??-??.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas**. São Paulo: SENAC, 2003.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**. São Paulo: Atlas, 2001.

ZIGAN, K.; MACFARLANE, F; DESOMBRE, T. The Identification of important intangible resources in hospitals. **Intl Journal of Public Administration**, 32, 2009.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS E TÉCNICOS (AS)
ANTIGOS (A) RESPONDEREM SOBRE O (A) ENFERMEIRO (A) INGRESSANTE**

		X - Não se Aplica; 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo, Nem Discordo; 4 - Concordo Parcialmente; 5 - Concordo Totalmente					Autores	
1	Você o(a) considera capaz de fazer a previsão de material a ser usado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
2	Você o(a) considera capaz de fazer a reposição de material ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
3	Você o(a) considera capaz de fazer o controle de material usado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
4	Você o(a) considera capaz de fazer o controle de equipamentos ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
5	Você o(a) considera capaz de identificar a falta de material para assistência?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
6	Você o(a) considera capaz de fazer um levantamento da quantidade de material existente na unidade ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
7	Você o(a) considera capaz de alterar o ambiente físico da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
8	Você o(a) considera capaz de supervisionar a equipe de enfermagem ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
9	Você o(a) considera capaz de realizar a distribuição diária dos funcionários?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
10	Você o(a) considera capaz de avaliar as atividades da equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
11	Você o(a) considera capaz de manter a qualidade do cuidado assistencial?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
12	Você o(a) considera capaz de coordenar as atividades da unidade ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
13	Você o(a) considera capaz de trabalhar com equipe insuficiente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
14	Você o(a) considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
15	Você o(a) considera capaz de realizar capacitações?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
16	Você o(a) considera capaz de avaliar o desempenho do funcionário?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
17	Você o(a) considera capaz de elaborar escala mensal de funcionários?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

18	Você o(a) considera capaz de elaborar o relatório mensal da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
19	Você o(a) considera capaz de fazer a admissão do paciente na unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
20	Você o(a) considera capaz de fazer exame físico do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
21	Você o(a) considera capaz de prescrever os cuidados de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
22	Você o(a) considera capaz de avaliar as condições do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
23	Você o(a) considera capaz de atender as necessidades dos pacientes?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
24	Você o(a) considera capaz de realizar a evolução de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
25	Você o(a) considera capaz de atender as necessidades dos familiares?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
26	Você o(a) considera capaz de orientar o paciente para o auto-cuidado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
27	Você o(a) considera capaz de orientar os familiares para cuidar do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
28	Você o(a) considera capaz de supervisionar o cuidado de enfermagem prestado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
29	Você o(a) considera capaz de realizar as orientações para a alta do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
30	Você o(a) considera capaz de prestar os cuidados de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
31	Você o(a) considera capaz de atender as emergências na unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
32	Você o(a) considera capaz de enfrentar a morte do paciente ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
33	Você o(a) considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
34	Você se considera capaz de participar de discussões de caso com a equipe multiprofissional?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
35	Você o(a) considera capaz de participar de reuniões com a Direção de Enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
36	Você o(a) considera capaz de participar de comissões na instituição?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
37	Você o(a) considera capaz de participar de eventos científicos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

38	Você o(a) considera capaz de elaborar rotinas, normas e procedimentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
39	Você o(a) considera capaz de atualizar normas, rotinas e procedimentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
40	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com as outras unidades de internação?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
41	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
42	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com o serviço admissão do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
43	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
44	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
45	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com as demais enfermeiras?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
46	Você o(a) considera capaz de identificar quais são as competências do enfermeiro?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
47	Você o(a) considera capaz de tomar decisões?	x	1	2	3	4	5	Simon, (1979, 1984); Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
48	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
49	Você o(a) considera capaz de realizar atividades burocráticas?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
50	Você o(a) considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
51	Você o(a) considera capaz de atuar como supervisor de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
52	Você o(a) considera capaz de manter uma boa comunicação com a administração superior?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
53	Você considera que a capacitação inicial do enfermeiro ingressante, neste hospital, foi satisfatória?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
54	Você considera que a capacitação acadêmica do(a) enfermeira ingressante foi adequada para a realização das atividades operacionais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

55	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
56	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
57	Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais membros da equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
58	Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
59	Você considera que as atividades designadas para o (a) enfermeiro (a) ingressante foram executadas com qualidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
60	Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
61	Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
62	Você considera que o (a) enfermeiro (a) ingressante demonstra flexibilidade durante a execução de suas atividades?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
63	Você considera que o (a) enfermeiro (a) ingressante auxilia na manutenção da confiança na equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
64	Você considera que o contato com profissionais mais experientes auxilia na capacitação do(a) enfermeiro (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
65	Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
66	Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
67	Você considera que a entrada de enfermeiros(as) ingressantes possa auxiliar na inovação de processos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

68	Você considera que o ambiente de trabalho possa interferir na capacitação do(a) enfermeiro (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003);Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
69	Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000);Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
70	Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na aprendizagem do (a) enfermeiro (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000);Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
Qualificação do(a) Respondente								
71	Gênero - (1) masculino; (2) feminino	x	1	2	3	4	5	
72	Função - (1) Enfermeiro (a); (2) Técnica em Enfermagem	x	1	2	3	4	5	
73	Tempo de Trabalho Neste Hospital - (1) - Entre 4 e 6 meses; (2) - Entre 7 e 12 meses; (3) - Entre 13 e 24 meses; (4) Entre 24 meses e 60 meses; (5) Mais de 5 anos	x	1	2	3	4	5	
74	Tempo de Trabalho Nesta Atividade - (1) - Até 1 ano; (2) - Até 2 anos; (3) - Até 3 anos; (4) Até 4 anos; (5) 5 anos	x	1	2	3	4	5	

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS (AS) INGRESSANTES

		X - Não se Aplica; 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo, Nem Discordo; 4 - Concordo Parcialmente; 5 - Concordo Totalmente					Autores	
1	Você se considera capaz de fazer a previsão de material a ser usado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
2	Você se considera capaz de fazer a reposição de material?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
3	Você se considera capaz de fazer o controle de material usado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
4	Você se considera capaz de fazer o controle de equipamentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
5	Você se considera capaz de identificar a falta de material para assistência?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
6	Você se considera capaz de fazer um levantamento da quantidade de material existente na unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
7	Você se considera capaz de alterar o ambiente físico da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
8	Você se considera capaz de supervisionar a equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
9	Você se considera capaz de realizar a distribuição diária dos funcionários?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
10	Você se considera capaz de avaliar as atividades da equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
11	Você se considera capaz de manter a qualidade do cuidado assistencial?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
12	Você se considera capaz de coordenar as atividades da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
13	Você se considera capaz de trabalhar com equipe insuficiente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
14	Você se considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
15	Você se considera capaz de realizar capacitações ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
16	Você se considera capaz de avaliar o desempenho do funcionário?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
17	Você se considera capaz de elaborar escala mensal de funcionários?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
18	Você se considera capaz de elaborar o relatório mensal da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
19	Você se considera capaz de fazer a admissão do paciente na unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

20	Você se considera capaz de fazer exame físico do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
21	Você se considera capaz de prescrever os cuidados de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
22	Você se considera capaz de avaliar as condições do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
23	Você se considera capaz de atender as necessidades dos pacientes?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
24	Você se considera capaz de realizar a evolução de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
25	Você se considera capaz de atender as necessidades dos familiares?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
26	Você se considera capaz de orientar o paciente para o auto-cuidado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
27	Você se considera capaz de orientar os familiares para cuidar do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
28	Você se considera capaz de supervisionar o cuidado de enfermagem prestado?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
29	Você se considera capaz de realizar as orientações para a alta do paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
30	Você se considera capaz de prestar os cuidados de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
31	Você se considera capaz de atender as emergências na unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
32	Você se considera capaz de enfrentar a morte do paciente ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
33	Você se considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
34	Você se considera capaz de participar de discussões de caso com a equipe multiprofissional?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
35	Você se considera capaz de participar de reuniões com a Direção de Enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
36	Você se considera capaz de participar de comissões na instituição?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
37	Você se considera capaz de participar de eventos científicos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
38	Você se considera capaz de elaborar rotinas, normas e procedimentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
39	Você se considera capaz de atualizar normas, rotinas e procedimentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
40	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com as outras unidades de internação?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

41	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
42	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com o serviço admissão do paciente?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
43	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
44	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
45	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com as demais enfermeiras?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
46	Você se considera capaz de identificar quais são as competências do enfermeiro?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
47	Você se considera capaz de tomar decisões?	X	1	2	3	4	5	Simon, (1979); Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
48	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
49	Você se considera capaz de realizar atividades burocráticas?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
50	Você se considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
51	Você se considera capaz de atuar como supervisor de enfermagem?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
52	Você se considera capaz de manter uma boa comunicação com a administração superior?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
53	Você considera que sua capacitação inicial, neste hospital, foi satisfatória?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
54	Você considera que sua capacitação acadêmica foi adequada para a realização de suas atividades operacionais?	X	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
55	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
56	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
57	Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)

	membros da equipe?							
58	Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
59	Você considera que as atividades designadas para você, foram executadas com qualidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
60	Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
61	Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
62	Você considera ter demonstrado flexibilidade durante a execução de suas atividades?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
63	Você considera ter auxiliado na manutenção da confiança na equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
64	Você considera que o contato com profissionais mais experientes tem auxiliado na sua capacitação?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
65	Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
66	Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
67	Você considera que sua entrada possa auxiliar na inovação de processos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
68	Você considera que o ambiente de trabalho interfere na sua capacitação?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
69	Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
70	Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na sua aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
Qualificação do(a) Respondente								
71	Gênero - (1) masculino; (2) feminino	x	1	2	3	4	5	
72	Função - (1) Enfermeiro (a); (2) Técnica em Enfermagem	x	1	2	3	4	5	
73	Tempo de Trabalho Neste Hospital - (1) - Entre 4 e 6 meses; (2) - Entre 7 e 12 meses; (3) - Entre 13 e 24 meses; (4) Entre 24 meses e 60 meses; (5)	x	1	2	3	4	5	

	Mais de 5 anos						
74	Tempo de Trabalho Nesta Atividade - (1) - Até 1 ano; (2) - Até 2 anos; (3) – Até 3 anos; (4) Até 4 anos; (5) 5 anos	x	1	2	3	4	5

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS (AS) E TÉCNICOS (AS)
EM ENFERMAGEM ANTIGOS (AS) RESPONDEREM SOBRE TÉCNICOS (AS) EM
ENFERMAGEM INGRESSANTES**

		X - Não se Aplica; 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo, Nem Discordo; 4 - Concordo Parcialmente; 5 - Concordo Totalmente					Autores	
1	Você o(a) considera capaz de realizar as rotinas operacionais diárias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
2	Você o(a) considera capaz de fazer a passagem de plantão?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
3	Você o(a) considera capaz de fazer a admissão do paciente, orientando-o sobre o funcionamento da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
4	Você o(a) considera capaz de pesar e medir o paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
5	Você o(a) considera capaz de medir os sinais vitais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
6	Você o(a) considera capaz de administrar as medicações prescritas e observar os efeitos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
7	Você o(a) considera capaz de instalar e controlar o gotejamento de soros?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
8	Você o(a) considera capaz de realizar curativos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
9	Você o(a) considera capaz de instalar e controlar a oxigenioterapia?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
10	Você o(a) considera capaz de realizar nebulizações?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
11	Você o(a) considera capaz de realizar a mensuração das drenagens (Porto Vac, Kher, Sump, outras)?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
12	Você o(a) considera capaz de administrar dietas nasoenterais, jejuno e gastro?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
13	Você o(a) considera capaz de realizar HGT	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
14	Você o(a) considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
15	Você o(a) considera capaz de	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

	trocar bolsa de colostomia?									
16	Você o(a) considera capaz de instalar coletor e urina?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
17	Você o(a) considera capaz de trocar cateter nasal?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
18	Você o(a) considera capaz deerealizar higiene oral?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
19	Você o(a) considera capaz de trocar equipos e soro no período estabelecido?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
20	Você o(a) considera capaz de recolher prontuários de paciente após a alta, organizar e encaminhar ao pré-faturamento?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
21	Você o(a) considera capaz de conferir a medicação na passagem de plantão?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
22	Você o(a) considera capaz de revisar o carro de parada?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
23	Você o(a) considera capaz de prepara pacientes para exames e cirurgias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
24	Você o(a) considera capaz de auxiliar na alimentação, higiene e deambulação dos pacientes?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
25	Você o(a) considera capaz de transportar e acompanhar pacientes em exames dentro e fora do hospital?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
26	Você o(a) considera capaz de auxiliar a equipe multi-disciplinar na realização de procedimentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
27	Você o(a) considera capaz de coletar e encaminhar amostra de material para exames laboratoriais (fezes, sangue, urina, escarro)?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
28	Você se considera capaz de realizar um eletrocardiograma?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
29	Você o(a) considera capaz de realizar o balanço hídrico?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
30	Você o(a) considera capaz de prestar as orientações para a alta hospitalar?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
31	Você o(a) considera capaz de realizar aspiração de secreção oral, nasal e traqueostomia?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		
32	Você o(a) considera capaz de realizar as precauções padrão de controle epidemiológico?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)		

33	Você o(a) considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
34	Você o(a) considera capaz de realizar registros no prontuário?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
35	Você se considera capaz de realizar atendimentos de urgência?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
36	Você se considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
37	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia imediata?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
38	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
39	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
40	Você o(a) considera capaz de identificar quais são as competências do técnico em enfermagem ?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
41	Você considera que a capacitação acadêmica mostrou-se adequada para a realização das atividades operacionais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
42	Você considera que a capacitação inicial, recebida pelo ingressante, neste hospital, foi satisfatória?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
43	Você o(a) considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
44	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
45	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, <u>após a capacitação</u> , foram importantes para ampliar a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
46	Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais membros da equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)

47	Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
48	Você considera que as atividades designadas para o (a) técnico (a) ingressante foram executadas com qualidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
49	Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
50	Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
51	Você considera que o (a) técnico (a) ingressante demonstra flexibilidade durante a execução de suas atividades	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
52	Você considera que o (a) técnico (a) ingressante auxilia na manutenção da confiança na equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
53	Você considera que o contato com profissionais mais experientes auxilia na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
54	Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
55	Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
56	Você considera que a entrada de técnicos(as) ingressantes possa auxiliar na inovação de processos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
57	Você considera que o ambiente de trabalho possa interferir na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
58	Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
59	Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na aprendizagem do (a) técnico (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

Qualificação do(a) Respondente							
60	Gênero - (1) masculino; (2) feminino	x	1	2	3	4	5
61	Função - (1) Enfermeiro (a); (2) Técnica em Enfermagem	x	1	2	3	4	5
62	Tempo de Trabalho Neste Hospital - (1) - Entre 4 e 6 meses; (2) - Entre 7 e 12 meses; (3) - Entre 13 e 24 meses; (4) Entre 24 meses e 60 meses; (5) Mais de 5 anos	x	1	2	3	4	5
63	Tempo de Trabalho Nesta Atividade - (1) - Até 1 ano; (2) - Até 2 anos; (3) - Até 3 anos; (4) Até 4 anos; (5) 5 anos	x	1	2	3	4	5

**APÊNDICE D – PESQUISA QUESTIONÁRIO PARA TÉCNICOS (AS) EM
ENFERMAGEM INGRESSANTES**

		X - Não se Aplica; 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo, Nem Discordo; 4 - Concordo Parcialmente; 5 – Concordo Totalmente					Autores	
1	Você se considera capaz de realizar as rotinas operacionais diárias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
2	Você se considera capaz de fazer a passagem de plantão?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
3	Você se considera capaz de fazer a admissão do paciente, orientando-o sobre o funcionamento da unidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
4	Você se considera capaz de pesar e medir o paciente?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
5	Você se considera capaz de medir os sinais vitais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
6	Você se considera capaz de administrar as medicações prescritas e observar os efeitos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
7	Você se considera capaz de instalar e controlar o gotejamento de soros?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
8	Você se considera capaz de realizar curativos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
9	Você se considera capaz de instalar e controlar a oxigenioterapia?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
10	Você se considera capaz de realizar nebulizações?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
11	Você se considera capaz de realizar a mensuração das drenagens (Porto Vac, Kher, Sump, outras)?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
12	Você se considera capaz de administrar dietas nasoenterais, jejuno e gastro?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
13	Você se considera capaz de realizar HGT	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
14	Você se considera capaz de trabalhar com equipe	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

	despreparada?							
15	Você se considera capaz de trocar bolsa de colostomia?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
16	Você se considera capaz de instalar coletor e urina?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
17	Você se considera capaz de trocar cateter nasal?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
18	Você se considera capaz de realizar higiene oral?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
19	Você se considera capaz de trocar equipos e soro no período estabelecido?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
20	Você se considera capaz de recolher prontuários de paciente após a alta, organizar e encaminhar ao pré-faturamento?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
21	Você se considera capaz de conferir a medicação na passagem de plantão?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
22	Você se considera capaz de revisar o carro de parada?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
23	Você se considera capaz de preparar pacientes para exames e cirurgias?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
24	Você se considera capaz de auxiliar na alimentação, higiene e deambulação dos pacientes?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
25	Você se considera capaz de transportar e acompanhar pacientes em exames dentro e fora do hospital?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
26	Você se considera capaz de auxiliar a equipe multidisciplinar na realização de procedimentos?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
27	Você se considera capaz de coletar e encaminhar amostra de material para exames laboratoriais (fezes, sangue, urina, escarro)?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
28	Você se considera capaz de realizar um eletrocardiograma?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
29	Você se considera capaz de realizar o balanço hídrico?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

30	Você se considera capaz de prestar as orientações para a alta hospitalar?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
31	Você se considera capaz de realizar aspiração de secreção oral, nasal e traqueostomia?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
32	Você se considera capaz de realizar as precauções padrão de controle epidemiológico?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
33	Você se considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
34	Você se considera capaz de realizar registros no prontuário?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
35	Você se considera capaz de realizar atendimentos de urgência?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
36	Você se considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
37	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia imediata?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
38	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
39	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
40	Você se considera capaz de identificar quais são as competências do técnico em enfermagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
41	Você considera que sua capacitação acadêmica mostrou-se adequada para a realização das atividades operacionais?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
42	Você considera que a capacitação inicial, recebida pelo ingressante, neste hospital, foi satisfatória?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

43	Você se considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
44	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
45	Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
46	Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais membros da equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000); Brown e Duguid, (1991); Von Krogh, Ichijo e Nonaka, (2000)
47	Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
48	Você considera que as atividades designadas para o (a) técnico (a) ingressante foram executadas com qualidade?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
49	Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
50	Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
51	Você considera que o (a) técnico (a) ingressante demonstra flexibilidade durante a execução de suas atividades?	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)
52	Você considera que o (a) técnico (a) ingressante auxilia na manutenção da	x	1	2	3	4	5	Le Boterf, (2003); Zarifian, (1996, 2001, 2003); Ruas, (2000); Fleury e Fleury, (2000); Dutra, (2000)

	confiança na equipe?						
53	Você considera que o contato com profissionais mais experientes auxilia na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5
54	Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	x	1	2	3	4	5
55	Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	x	1	2	3	4	5
56	Você considera que a entrada de técnicos(as) ingressantes possa auxiliar na inovação de processos?	x	1	2	3	4	5
57	Você considera que o ambiente de trabalho possa interferir na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5
58	Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	x	1	2	3	4	5
59	Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na aprendizagem do (a) técnico (a) ingressante?	x	1	2	3	4	5
Qualificação do(a) Respondente							
60	Gênero - (1) masculino; (2) feminino	x	1	2	3	4	5
61	Função - (1) Enfermeiro (a); (2) Técnica em Enfermagem	x	1	2	3	4	5
62	Tempo de Trabalho Neste Hospital - (1) - 1 mês; (2) - 2 meses; (3) - 3 meses	x	1	2	3	4	5
63	Tempo de Trabalho Nesta Atividade - (1) - Até 1 ano; (2) - Até 2 anos; (3) - Até 3 anos; (4) Até 4 anos; (5) 5	x	1	2	3	4	5



APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo:

“CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM INGRESSANTES -
RECURSO ESTRATÉGICO PARA A MANUTENÇÃO DA QUALIDADE EM AMBIENTE
HOSPITALAR DE ALTA ROTATIVIDADE”

Pesquisador mestrando: Sérgio Almeida Migowski

Orientador: Dr. José Antônio Valle Antunes Jr.

Instituição/Departamento: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS – Pós-Graduação em Administração – Mestrado em Administração.

Telefone para contato: (xx)51 9342 3382

Local da coleta de dados: Instituições A e B

Prezado (a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas do questionário da pesquisa de forma voluntária;
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento; o pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Objetivo Geral:

Apresentar um modelo de capacitação de enfermeiros e técnicos em enfermagem ingressantes que possibilite sua replicação em organizações de saúde com perfil semelhante.

Objetivos:

- a) Realizar uma descrição crítica dos métodos de capacitação distintos, utilizados nos dois hospitais selecionados, para os profissionais de enfermagem ingressantes;
- b) Avaliar, de forma quali-quantitativa, os modelos de capacitação existentes nas duas organizações de saúde estudadas; e
- c) Comparar os dois modelos para verificar qual o mais eficiente para a capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes;

Procedimentos: sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste instrumento, respondendo às questões formuladas.

Benefícios: os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a análise do processo de capacitação para funcionários ingressantes da equipe assistencial, buscando evidências que identifiquem o modelo mais eficaz (ingresso por uma unidade, capacitação e encaminhamento para unidade destino ou passagem por diversas unidades e encaminhamento para unidade destino)

Riscos: os (as) enfermeiros (as) e técnicos (as) em enfermagem hospitalares que participarão desta pesquisa, poderão expor-se a riscos mínimos como: cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, além de lembrar algumas sensações em função de situações desgastantes.

Sigilo: os pesquisadores responsáveis pela pesquisa se comprometem em garantir a privacidade das informações fornecidas por você e a privacidade de sua identidade. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados de qualquer forma.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “CAPACITAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS ASSISTENCIAIS INGRESSANTES - RECURSO ESTRATÉGICO PARA A MANUTENÇÃO DA QUALIDADE EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA ROTATIVIDADE.”

Eu discuti com o Msdº Sérgio Almeida Migowski sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade, privacidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é

isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Enfermeiro (a) ou Técnico (a) em Enfermagem participante/RG

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a sua participação neste estudo.

Pesquisador Msdº Sérgio Almeida Migowski

Telefone: (xx) 51 9342 3382

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 2011.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a Coordenação das Atividades Acadêmicas ou com a Gerência Assistencial de sua Instituição.

**APÊNDICE F - PESQUISA SPSS - RESULTADOS – SÉRGIO ALMEIDA
MIGOWSKI**

Enfermeiros ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Masculino	2	8,3	8,7	8,7
	Feminino	21	87,5	91,3	100,0
	Total	23	95,8	100,0	
Dados Faltantes		1	4,2		
Total		24	100,0		

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Enfermeiro	23	95,8	100,0	100,0
Dados Faltantes	System	1	4,2		
Total		24	100,0		

Tempo de trabalho neste hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	1 mês	15	62,5	68,2	68,2
	2 meses	7	29,2	31,8	100,0
	Total	22	91,7	100,0	
Dados Faltantes		2	8,3		
Total		24	100,0		

Tempo de trabalho nesta atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Até 1 ano	19	79,2	86,4	86,4
	Até 2 anos	2	8,3	9,1	95,5
	5 anos	1	4,2	4,5	100,0
	Total	22	91,7	100,0	
Dados Faltantes		2	8,3		
Total		24	100,0		

Técnicos ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Feminino	10	100,0	100,0	100,0

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Técnico em enfermagem	10	100,0	100,0	100,0

Tempo de Trabalho Neste Hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	1 mês	3	30,0	30,0	30,0
	2 meses	1	10,0	10,0	40,0
	3 meses	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Nesta Atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Até 1 ano	7	70,0	70,0	70,0
	Até 2 anos	2	20,0	20,0	90,0
	Até 4 anos	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Antigos sobre enf. Ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Masculino	2	13,3	13,3	13,3
	Feminino	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Enfermeiro	10	66,7	66,7	66,7
	Técnico em enfermagem	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Neste Hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 7 e 12 meses	2	13,3	13,3	13,3
	Entre 13 e 24 meses	3	20,0	20,0	33,3
	Entre 24 meses e 60 meses	4	26,7	26,7	60,0
	Mais de 5 anos	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Nesta Atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Até 1 ano	2	13,3	13,3	13,3
	Até 2 anos	4	26,7	26,7	40,0
	Até 3 anos	2	13,3	13,3	53,3
	Até 4 anos	3	20,0	20,0	73,3
	5 anos	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Antigos sobre técnicos ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Masculino	2	7,7	7,7	7,7
	Feminino	24	92,3	92,3	100,0

	Total	26	100,0	100,0	
Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Enfermeiro	14	53,8	53,8	53,8
	Técnico em enfermagem	12	46,2	46,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Neste Hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 4 e 6 meses	2	7,7	7,7	7,7
	Entre 7 e 12 meses	5	19,2	19,2	26,9
	Entre 24 meses e 60 meses	3	11,5	11,5	38,5
	Mais de 5 anos	16	61,5	61,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Nesta Atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Até 1 ano	7	26,9	26,9	26,9
	Até 2 anos	1	3,8	3,8	30,8
	Até 3 anos	1	3,8	3,8	34,6
	Até 4 anos	1	3,8	3,8	38,5
	5 anos	16	61,5	61,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

RESULTADOS – SÉRGIO ALMEIDA MIGOWSKI

Enfermeiros ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Masculino	2	8,3	8,7	8,7
	Feminino	21	87,5	91,3	100,0
	Sub Total	23	95,8	100,0	
Dados Faltantes	Total Geral	1	4,2		
Total		24	100,0		

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Enfermeiro	23	95,8	100,0	100,0
Dados Faltantes		1	4,2		
Total Geral		24	100,0		

Tempo de trabalho neste hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	1 mês	15	62,5	68,2	68,2
	2 meses	7	29,2	31,8	100,0
	Sub Total	22	91,7	100,0	
Dados Faltantes		2	8,3		
Total Geral		24	100,0		

Tempo de trabalho nesta atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Até 1 ano	19	79,2	86,4	86,4
	Até 2 anos	2	8,3	9,1	95,5
	5 anos	1	4,2	4,5	100,0
	Total	22	91,7	100,0	
Dados Faltantes	System	2	8,3		
Total Geral		24	100,0		

Técnicos ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Feminino	10	100,0	100,0	100,0

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Técnico em enfermagem	10	100,0	100,0	100,0

Tempo de Trabalho Neste Hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad0
Válidos	1 mês	3	30,0	30,0	30,0
	2 meses	1	10,0	10,0	40,0
	3 meses	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Nesta Atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Até 1 ano	7	70,0	70,0	70,0
	Até 2 anos	2	20,0	20,0	90,0
	Até 4 anos	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Antigos sobre enf. ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Masculino	2	13,3	13,3	13,3
	Feminino	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Enfermeiro	10	66,7	66,7	66,7
	Técnico em enfermagem	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Neste Hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 7 e 12 meses	2	13,3	13,3	13,3
	Entre 13 e 24 meses	3	20,0	20,0	33,3
	Entre 24 meses e 60 meses	4	26,7	26,7	60,0
	Mais de 5 anos	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Nesta Atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Até 1 ano	2	13,3	13,3	13,3
	Até 2 anos	4	26,7	26,7	40,0
	Até 3 anos	2	13,3	13,3	53,3
	Até 4 anos	3	20,0	20,0	73,3
	5 anos	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Antigos sobre técnicos ingressantes

Gênero					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Masculino	2	7,7	7,7	7,7
	Feminino	24	92,3	92,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Função					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Enfermeiro	14	53,8	53,8	53,8
	Técnico em enfermagem	12	46,2	46,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Neste Hospital					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 4 e 6 meses	2	7,7	7,7	7,7
	Entre 7 e 12 meses	5	19,2	19,2	26,9
	Entre 24 meses e 60 meses	3	11,5	11,5	38,5
	Mais de 5 anos	16	61,5	61,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo de Trabalho Nesta Atividade					
		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulad
Válidos	Até 1 ano	7	26,9	26,9	26,9
	Até 2 anos	1	3,8	3,8	30,8
	Até 3 anos	1	3,8	3,8	34,6
	Até 4 anos	1	3,8	3,8	38,5
	5 anos	16	61,5	61,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Resultados enfermeiros ingressantes x Antigos sobre enfermeiros ingressantes

Avaliação da Confiabilidade das Escalas:

DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	Nº itens	Alfa de Cronbach	Nº itens	Alfa de Cronbach
Conhecimentos técnicos e prospectivos	29	0,889	29	0,933
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	28	0,805	28	0,905
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	13	0,651	13	0,833

Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente:

DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	n	Média	n	Média
Conhecimentos técnicos e prospectivos	24	4,28	15	3,66
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	24	4,57	15	4,13
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	24	4,41	15	4,25

Teste Não paramétrico de Mann-Whitney

Classificação				
	Respondente	N	Classificação média	Soma das classificações
Conhecimentos técnicos e prospectivos	Enfermeiro ingressante	24	24,13	579,00
	Técnico e enfermeiro antigo	15	13,40	201,00
	Total	39		
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	Enfermeiro ingressante	24	24,31	583,50
	Técnico e enfermeiro antigo	15	13,10	196,50
	Total	39		
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	Enfermeiro ingressante	24	20,98	503,50
	Técnico e enfermeiro antigo	15	18,43	276,50
	Total	39		

Classificação				
	Respondente	N	Classificação média	Soma das classificações
Conhecimentos técnicos e prospectivos	Enfermeiro ingressante	24	24,13	579,00
	Técnico e enfermeiro antigo	15	13,40	201,00
	Total	39		

Testes Estatísticos

	Conhecimentos técnicos e prospectivos	Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)
U de Mann-Whitney	81,000	76,500	156,500
W de Wilcoxon	201,000	196,500	276,500
Z	-2,859	-2,989	-,680
Sig. Assintótica Bilateral	,004	,003	,497
Sig. Exata	,004 ^a	,002 ^a	,502 ^a

a. Não corrigido para empates

b. Variável de Agrupamento: Respondente

Conclusão dos testes:

- **Conhecimentos técnicos:** Há diferença estatisticamente significativa entre as médias de enfermeiros ingressantes e antigos ($p = 0,004$);

- **Atitudes:** Há diferença estatisticamente significativa entre as médias de enfermeiros ingressantes e antigos ($p = 0,003$);

- **Habilidades:** Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de enfermeiros ingressantes e antigos ($p = 0,497$).

Médias por item da escala e por tipo de respondente:

	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro	
	n	Média	n	Média
Você se/o considera capaz de fazer a previsão de material a ser usado?	24	4,08	15	3,87
Você se/o considera capaz de fazer a reposição de material ?	24	4,67	15	4,13
Você se/o considera capaz de fazer o controle de material usado ?	23	4,43	15	4,00
Você se/o considera capaz de fazer o controle de equipamentos ?	23	4,00	15	3,87

Você se/o considera capaz de identificar a falta de material para assistência?	24	4,42	15	3,93
Você se/o considera capaz de fazer um levantamento da quantidade de material existente na unidade ?	24	4,04	15	3,80
Você se/o considera capaz de alterar o ambiente físico da unidade?	23	3,91	15	3,13
Você se/o considera capaz de supervisionar a equipe de enfermagem ?	23	4,52	14	3,36
Você se/o considera capaz de realizar a distribuição diária dos funcionários ?	22	4,45	13	3,15
Você se/o considera capaz de avaliar as atividades da equipe de enfermagem ?	22	4,55	14	3,21
Você se/o considera capaz de manter a qualidade do cuidado assistencial?	24	4,79	15	4,07
	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro	
	n	Média	n	Média
Você se/o considera capaz de coordenar as atividades da unidade ?	23	4,13	13	3,00
Você se/o considera capaz de trabalhar com equipe insuficiente?	24	3,00	15	3,00
Você se/o considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	23	2,70	14	2,43
Você se/o considera capaz de realizar capacitações ?	23	4,00	14	3,14
Você se/o considera capaz de avaliar o desempenho do funcionário ?	23	4,30	13	3,15
Você se/o considera capaz de elaborar escala mensal de funcionários ?	22	4,23	13	2,92
Você se/o considera capaz de elaborar o relatório mensal da unidade ?	22	3,73	13	2,54
Você se/o considera capaz de fazer a admissão do paciente na unidade ?	24	4,63	13	4,31
Você se/o considera capaz de fazer exame físico do paciente?	24	4,79	14	4,21
Você se/o considera capaz de prescrever os cuidados de enfermagem ?	24	4,79	13	4,54
Você se/o considera capaz de avaliar as condições do paciente ?	24	4,71	15	4,47
Você se/o considera capaz de atender as necessidades dos pacientes?	23	4,74	15	4,60
Você se/o considera capaz de realizar a evolução de enfermagem?	22	4,82	13	4,62
Você se/o considera capaz de atender as necessidades dos familiares?	24	4,50	15	4,53
Você se/o considera capaz de orientar o paciente para o auto-cuidado?	24	4,92	15	4,80
Você se/o considera capaz de orientar os familiares para cuidar do paciente?	24	4,92	15	4,73
Você se/o considera capaz de supervisionar o cuidado de enfermagem prestado?	23	4,65	14	3,79
Você se/o considera capaz de realizar as orientações para a alta do paciente ?	24	4,92	14	4,43
Você se/o considera capaz de prestar os cuidados de enfermagem?	24	4,92	15	4,67
Você se/o considera capaz de atender as emergências na unidade?	24	4,37	15	3,67
Você se/o considera capaz de enfrentar a morte do paciente ?	24	4,58	15	4,20
Você se/o considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem ?	24	4,50	15	3,87
Você se/o considera capaz de participar de discussões de caso com a equipe multiprofissional?	24	4,46	15	3,53
Você se/o considera capaz de participar de reuniões com a Direção de Enfermagem?	23	4,35	14	4,00
Você se/o considera capaz de participar de comissões na instituição ?	22	4,41	13	4,23
Você se/o considera capaz de participar de eventos científicos?	22	4,55	15	4,20

Você se/o considera capaz de elaborar rotinas, normas e procedimentos ?	22	4,14	13	3,85
Você se/o considera capaz de atualizar normas, rotinas e procedimentos?	22	4,14	14	3,79
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com as outras unidades de internação ?	24	4,88	15	4,53
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio ?	24	4,92	15	4,60
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com o serviço admissão do paciente ?	24	4,88	14	4,64
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	24	4,92	15	4,47
	Respondente			
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro	
	n	Média	n	Média
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem	22	4,86	13	4,46
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com as demais enfermeiras ?	24	4,92	15	4,53
Você se/o considera capaz de identificar quais são as competências do enfermeiro ?	24	4,87	15	4,33
Você se/o considera capaz de tomar decisões ?	24	4,54	15	3,93
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia?	24	5,00	15	4,53
Você se/o considera capaz de realizar atividades burocráticas?	22	4,32	14	4,29
Você se/o considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	24	4,04	15	3,27
Você se/o considera capaz de atuar como supervisor de enfermagem?	23	4,43	13	3,00
Você se/o considera capaz de manter uma boa comunicação com a administração superior ?	24	4,88	14	3,93
Você considera que sua/do ingressante capacitação inicial, neste hospital, foi satisfatória?	24	4,33	15	3,13
Você considera que sua/do ingressante capacitação acadêmica foi adequada para a realização de suas atividades operacionais?	24	4,21	15	2,80
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	24	4,75	14	4,29
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	24	4,79	15	4,27
Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais membros da equipe?	24	2,21	15	1,93
Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	24	4,79	15	4,40
Você considera que as atividades designadas para você/o ingressante, foram executadas com qualidade?	24	4,62	15	3,73
Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	24	4,88	14	4,86
Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	24	4,92	15	4,87
Você considera ter demonstrado flexibilidade durante a execução de suas/do ingressante atividades?	24	4,92	15	4,00
Você considera ter auxiliado na manutenção da confiança na equipe?	24	4,79	15	3,60
Você considera que o contato com profissionais mais experientes tem auxiliado na sua/do ingressante capacitação?	23	4,96	15	4,67
Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	23	3,78	15	4,47
Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	23	4,83	15	4,40

Você considera que sua/do ingressante entrada possa auxiliar na inovação de processos?	23	4,70	15	4,07
Você considera que o ambiente de trabalho interfere na sua/do ingressante capacitação?	20	3,60	15	4,13
Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	22	3,14	14	4,14
Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na sua/do ingressante aprendizagem?	22	2,36	14	3,57

Resultados técnicos ingressantes x Antigos sobre técnicos ingressantes

Avaliação da Confiabilidade das Escalas:

DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	Nº itens	Alfa de Cronbach	Nº itens	Alfa de Cronbach
Conhecimentos técnicos e prospectivos	40	0,928	40	0,988
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	16	0,478	16	0,802
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	6	0,628	6	0,583

Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente:

	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	n	Média	n	Média
Conhecimentos técnicos e prospectivos	10	4,55	26	4,03
Atitudes (participação, trabalho em equipe)	10	4,33	26	4,12
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	10	4,64	26	4,21

Teste Não paramétrico de Mann-Whitney

Classificação				
	Respondente	N	Classificação Média	Soma das Classificações
Conhecimentos técnicos e prospectivos	Técnico ingressante	10	21,85	218,50
	Técnico e enfermeiro antigo	26	17,21	447,50
	Total	36		
Atitudes (participação, trabalho em equipe)	Técnico ingressante	10	19,85	198,50
	Técnico e enfermeiro antigo	26	17,98	467,50
	Total	36		
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	Técnico ingressante	10	25,05	250,50
	Técnico e enfermeiro antigo	26	15,98	415,50

Classificação				
	Respondente	N	Classificação Média	Soma das Classificações
Conhecimentos técnicos e prospectivos	Técnico ingressante	10	21,85	218,50
	Técnico e enfermeiro antigo	26	17,21	447,50
	Total	36		
	Total	36		

Testes Estatísticos

	Conhecimentos técnicos e prospectivos	Atitudes (participação, trabalho em equipe)	Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)
U de Mann-Whitney	96,500	116,500	64,500
W de Wilcoxon	447,500	467,500	415,500
Z	-1,183	-,478	-2,327
Sig. Assintótica Bilateral	,237	,633	,020
Sig. Exata	,241 ^a	,639 ^a	,019 ^a

a. Não corrigido para empates

b. Variável de Agrupamento: Respondente

Conclusão dos testes:

- **Conhecimentos técnicos:** Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de técnicos ingressantes e antigos ($p = 0,237$);

- **Atitudes:** Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de técnicos ingressantes e antigos ($p = 0,633$);

- **Habilidades:** Há diferença estatisticamente significativa entre as médias de técnicos ingressantes e antigos ($p = 0,020$).

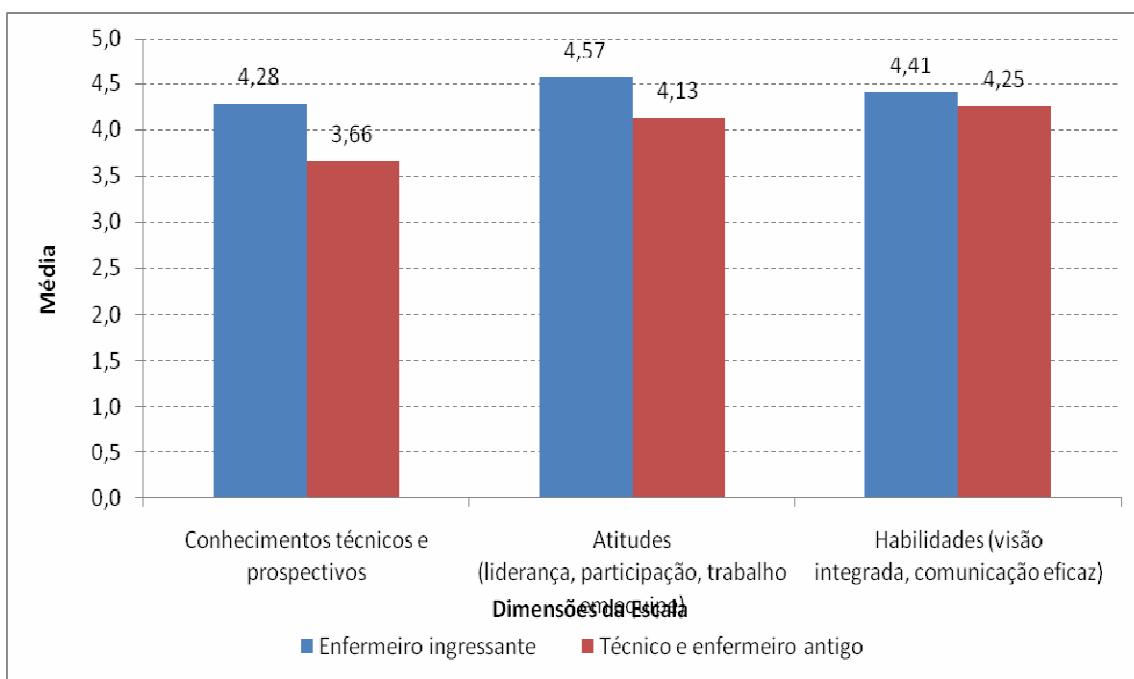
Médias por item da escala e por tipo de respondente:

	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro	
	n	Média	n	Média
Você se/o considera capaz de realizar as rotinas operacionais diárias?	10	4,60	26	3,92
Você se/o considera capaz de receber e passar o plantão ?	10	4,70	26	4,08
Você se/o considera capaz de fazer a admissão do paciente, orientando-o sobre o funcionamento da unidade?	10	4,70	26	3,85
Você se/o considera capaz de pesar e medir o paciente ?	10	5,00	25	4,20
Você se/o considera capaz de verificar os sinais vitais?	10	5,00	26	4,46
Você se/o considera capaz de administrar as medicações prescritas e observar os efeitos ?	10	4,60	26	4,04
Você se/o considera capaz de instalar e controlar o gotejamento de soros?	10	4,80	26	4,12
Você se/o considera capaz de realizar curativos ?	10	4,60	26	4,04
Você se/o considera capaz de instalar e controlar a oxigenioterapia?	10	4,80	26	4,23
Você se/o considera capaz de realizar nebulizações?	10	4,90	26	4,38
Você se/o considera capaz de realizar a mensuração das drenagens (Porto Vac, Khern, Sump, outras) ?	8	4,25	19	3,58
Você se/o considera capaz de administrar dietas nasoenterais, jejuno e gastro?	9	4,33	18	3,78
Você se/o considera capaz de realizar HGT	10	5,00	26	4,58
Você se/o considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	9	2,78	26	2,88
Você se/o considera capaz de trocar bolsa de colostomia ?	10	4,30	17	3,65
	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro	
	n	Média	n	Média
Você se/o considera capaz de instalar coletor de urina e medir o volume?	9	4,67	23	4,00
Você se/o considera capaz de trocar cateter nasal ?	8	4,75	26	4,38
Você se/o considera capaz de realizar higiene oral ?	10	4,80	26	4,62
Você se/o considera capaz de trocar equipos e soro no período estabelecido?	10	4,90	26	4,23
Você se/o considera capaz de recolher prontuários de paciente após a alta, organizar e encaminhar ao pré-faturamento?	9	4,56	26	3,54
Você se/o considera capaz de conferir a medicação na passagem de plantão?	9	4,78	26	3,88
Você se/o considera capaz de revisar o carro de parada?	10	4,40	25	3,96
Você se/o considera capaz de preparar pacientes para exames e cirurgias?	10	4,50	26	3,96
Você se/o considera capaz de auxiliar na alimentação, higiene e deambulação dos pacientes?	10	4,80	26	4,58
Você se/o considera capaz de controlar equipamentos como bomba de infusão?	9	4,44	26	3,69
Você se/o considera capaz de dar banho de leito ou fazer a higiene corporal do paciente?	10	4,70	26	4,50
Você se/o considera capaz de realizar a mudança de decúbito?	10	4,60	26	4,50
Você se/o considera capaz de transportar e acompanhar pacientes em exames dentro e fora do hospital?	10	4,20	26	4,23
Você se/o considera capaz de auxiliar a equipe multidisciplinar na realização de procedimentos?	10	4,70	25	3,96
Você se/o considera capaz de coletar e encaminhar amostra de material para exames laboratoriais (fezes, sangue, urina, escarro)?	10	4,80	25	4,24
Você se/o considera capaz de realizar um eletrocardiograma?	9	4,00	25	3,72
Você se/o considera capaz de realizar o balanço hídrico?	8	4,38	16	3,31

Você se/o considera capaz de prestar as orientações para a alta hospitalar?	10	4,60	26	3,69
Você se/o considera capaz de realizar aspiração de secreção oral, nasal e traqueostomia?	8	4,38	24	3,71
Você se/o considera capaz de realizar as precauções padrão de controle epidemiológico ?	8	4,75	26	3,88
Você se/o considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem ?	10	4,20	25	3,44
Você se/o considera capaz de realizar registros no prontuário?	10	4,80	26	4,08
Você se/o considera capaz de realizar atendimentos de urgência ?	10	4,00	25	3,72
Você se/o considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	10	4,40	26	3,73
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia imediata?	10	4,70	26	4,50
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	10	4,80	26	4,42
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem?	9	5,00	23	4,48
Você se/o considera capaz de identificar quais são as competências do técnico em enfermagem ?	10	4,70	26	4,27
Você considera que sua/do ingressante capacitação técnica mostrou-se adequada para a realização das atividades operacionais?	10	4,50	24	4,08
Você considera que a capacitação inicial, recebida pelo ingressante, neste hospital, foi satisfatória?	10	4,20	25	3,68
	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro	
	n	Média	n	Média
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio ?	10	4,60	26	4,42
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	9	4,78	25	4,52
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	9	4,89	25	4,28
Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais membros da equipe?	10	2,00	26	2,15
Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	10	5,00	26	4,88
Você considera que as atividades designadas para o (a) técnico (a) ingressante foram executadas com qualidade?	8	4,50	26	3,65
Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	10	5,00	26	4,92
Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	10	5,00	26	4,88
Você considera que o (a) técnico (a) ingressante demonstra flexibilidade durante a execução de suas atividades?	9	4,56	26	3,81
Você considera que o (a) técnico (a) ingressante auxilia na manutenção da confiança na equipe?	9	4,44	26	3,62
Você considera que o contato com profissionais mais experientes auxilia na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	10	4,90	26	4,73
Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	10	3,70	26	4,27
Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	10	4,60	25	4,44
Você considera que a entrada de técnicos(as) ingressantes possa auxiliar na inovação de processos?	9	4,56	26	3,88
Você considera que o ambiente de trabalho possa interferir na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	10	4,60	25	4,68

Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	10	4,10	26	4,19
Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na aprendizagem do (a) técnico (a) ingressante?	10	3,00	26	3,58

Enfermeiros						
Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente:						
DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente					
	Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo			
	n	Média	N	Média		
Conhecimentos técnicos e prospectivos	24	4,28	15	3,66		
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	24	4,57	15	4,13		
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	24	4,41	15	4,25		



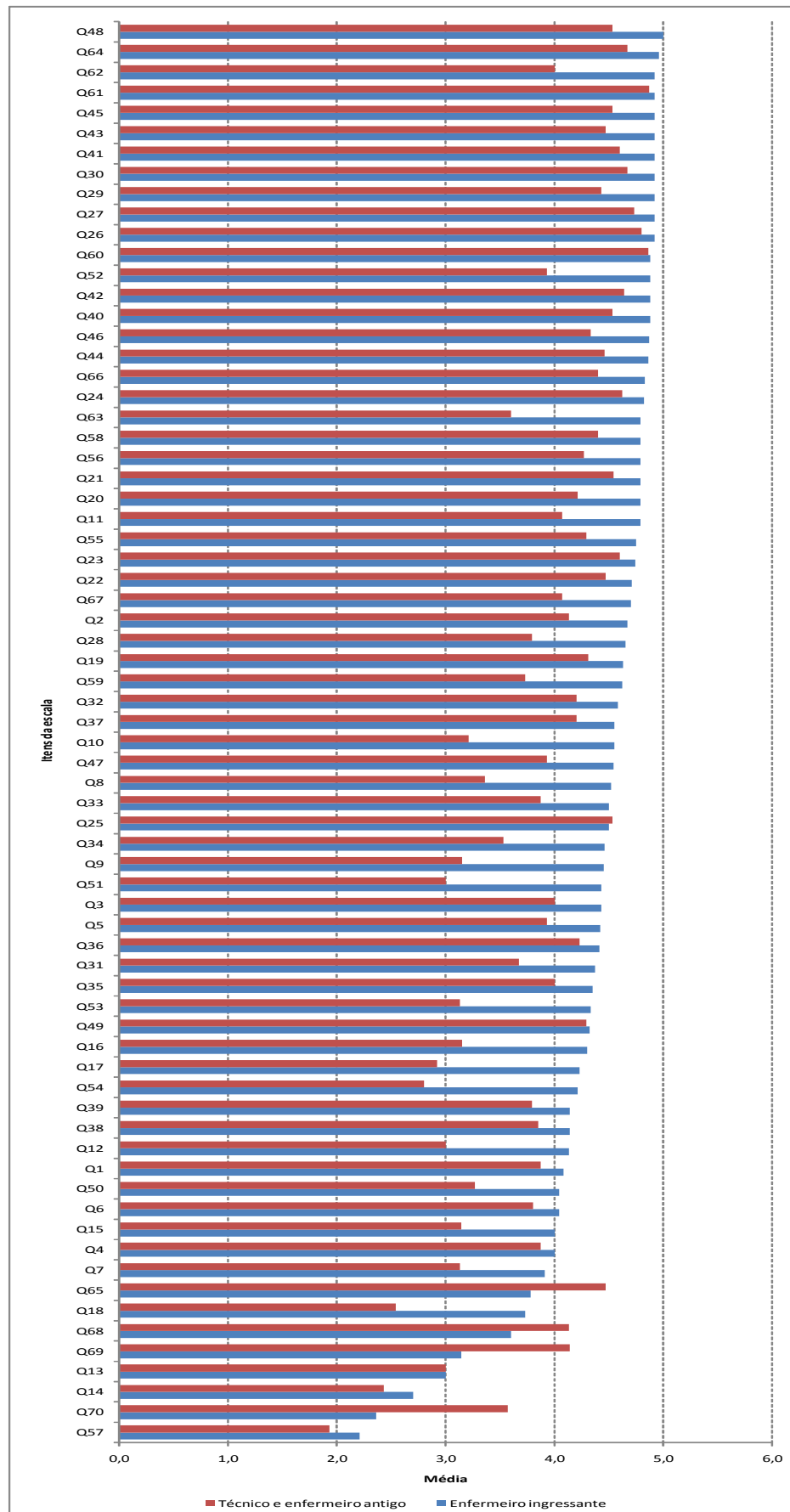
		Respondente			
		Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
		n	Média	n	Média
Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais	Q57	24	2,21	15	1,93

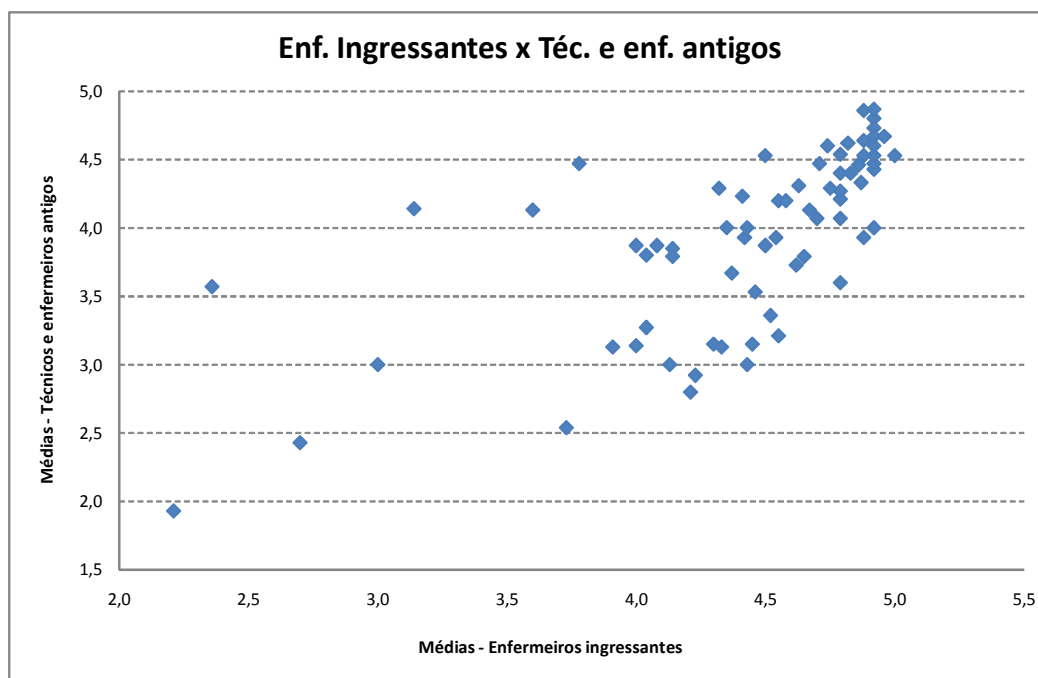
membros da equipe?							
Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na sua/do ingressante aprendizagem?	Q70	22	2,36	14	3,57		
Você se/o considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	Q14	23	2,7	14	2,43		
Você se/o considera capaz de trabalhar com equipe insuficiente?	Q13	24	3	15	3		
Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	Q69	22	3,14	14	4,14		
Você considera que o ambiente de trabalho interfere na sua/do ingressante capacitação?	Q68	20	3,6	15	4,13		
Você se/o considera capaz de elaborar o relatório mensal da unidade ?	Q18	22	3,73	13	2,54		
Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	Q65	23	3,78	15	4,47		
Você se/o considera capaz de alterar o ambiente físico da unidade?	Q7	23	3,91	15	3,13		
Você se/o considera capaz de fazer o controle de equipamentos ?	Q4	23	4	15	3,87		
Você se/o considera capaz de realizar capacitações ?	Q15	23	4	14	3,14		
		Respondente					
		Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo			
		n	Média	n	Média		
Você se/o considera capaz de fazer um levantamento da quantidade de material existente na unidade ?	Q6	24	4,04	15	3,8		
Você se/o considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	Q50	24	4,04	15	3,27		
Você se/o considera capaz de fazer a previsão de material a ser usado?	Q1	24	4,08	15	3,87		
Você se/o considera capaz de coordenar as atividades da unidade ?	Q12	23	4,13	13	3		
Você se/o considera capaz de elaborar rotinas, normas e procedimentos ?	Q38	22	4,14	13	3,85		
Você se/o considera capaz de atualizar normas, rotinas e procedimentos?	Q39	22	4,14	14	3,79		
Você considera que sua/do ingressante capacitação acadêmica foi adequada para a realização de suas atividades operacionais?	Q54	24	4,21	15	2,8		
Você se/o considera capaz de elaborar escala mensal de funcionários ?	Q17	22	4,23	13	2,92		

Você se/o considera capaz de avaliar o desempenho do funcionário ?	Q16	23	4,3	13	3,15	
Você se/o considera capaz de realizar atividades burocráticas?	Q49	22	4,32	14	4,29	
Você considera que sua/do ingressante capacitação inicial, neste hospital, foi satisfatória?	Q53	24	4,33	15	3,13	
Você se/o considera capaz de participar de reuniões com a Direção de Enfermagem?	Q35	23	4,35	14	4	
Você se/o considera capaz de atender as emergências na unidade?	Q31	24	4,37	15	3,67	
Você se/o considera capaz de participar de comissões na instituição ?	Q36	22	4,41	13	4,23	
Você se/o considera capaz de identificar a falta de material para assistência?	Q5	24	4,42	15	3,93	
Você se/o considera capaz de fazer o controle de material usado ?	Q3	23	4,43	15	4	
Você se/o considera capaz de atuar como supervisor de enfermagem?	Q51	23	4,43	13	3	
Você se/o considera capaz de realizar a distribuição diária dos funcionários ?	Q9	22	4,45	13	3,15	
Você se/o considera capaz de participar de discussões de caso com a equipe multiprofissional?	Q34	24	4,46	15	3,53	
		Respondente				
		Enfermeiro ingressante		Técnico e enfermeiro antigo		
		n	Média	n	Média	
Você se/o considera capaz de atender as necessidades dos familiares?	Q25	24	4,5	15	4,53	
Você se/o considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem ?	Q33	24	4,5	15	3,87	
Você se/o considera capaz de supervisionar a equipe de enfermagem ?	Q8	23	4,52	14	3,36	
Você se/o considera capaz de tomar decisões ?	Q47	24	4,54	15	3,93	
Você se/o considera capaz de avaliar as atividades da equipe de enfermagem ?	Q10	22	4,55	14	3,21	
Você se/o considera capaz de participar de eventos científicos?	Q37	22	4,55	15	4,2	
Você se/o considera capaz de enfrentar a morte do paciente ?	Q32	24	4,58	15	4,2	
Você considera que as atividades designadas para você/o ingressante, foram executadas com qualidade?	Q59	24	4,62	15	3,73	
Você se/o considera capaz de fazer a admissão do paciente na unidade ?	Q19	24	4,63	13	4,31	
Você se/o considera capaz de supervisionar o cuidado de enfermagem prestado?	Q28	23	4,65	14	3,79	
Você se/o considera capaz de fazer a reposição de material ?	Q2	24	4,67	15	4,13	

Você considera que sua/do ingressante entrada possa auxiliar na inovação de processos?	Q67	23	4,7	15	4,07	
Você se/o considera capaz de avaliar as condições do paciente ?	Q22	24	4,71	15	4,47	
Você se/o considera capaz de atender as necessidades dos pacientes?	Q23	23	4,74	15	4,6	
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	Q55	24	4,75	14	4,29	
Você se/o considera capaz de manter a qualidade do cuidado assistencial?	Q11	24	4,79	15	4,07	
Você se/o considera capaz de fazer exame físico do paciente?	Q20	24	4,79	14	4,21	
Você se/o considera capaz de prescrever os cuidados de enfermagem ?	Q21	24	4,79	13	4,54	
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	Q56	24	4,79	15	4,27	
Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	Q58	24	4,79	15	4,4	
			Enfermeiro ingressante	Técnico e enfermeiro antigo		
			N	Média	n	Média
Você considera ter auxiliado na manutenção da confiança na equipe?	Q63	24	4,79	15	3,6	
Você se/o considera capaz de realizar a evolução de enfermagem?	Q24	22	4,82	13	4,62	
Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	Q66	23	4,83	15	4,4	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem	Q44	22	4,86	13	4,46	
Você se/o considera capaz de identificar quais são as competências do enfermeiro ?	Q46	24	4,87	15	4,33	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com as outras unidades de internação ?	Q40	24	4,88	15	4,53	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com o serviço admissão do paciente ?	Q42	24	4,88	14	4,64	
Você se/o considera capaz de manter uma boa comunicação com a administração superior ?	Q52	24	4,88	14	3,93	
Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	Q60	24	4,88	14	4,86	
Você se/o considera capaz de orientar o paciente para o auto-cuidado?	Q26	24	4,92	15	4,8	

Você se/o considera capaz de orientar os familiares para cuidar do paciente?	Q27	24	4,92	15	4,73	
Você se/o considera capaz de realizar as orientações para a alta do paciente ?	Q29	24	4,92	14	4,43	
Você se/o considera capaz de prestar os cuidados de enfermagem?	Q30	24	4,92	15	4,67	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio ?	Q41	24	4,92	15	4,6	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	Q43	24	4,92	15	4,47	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com as demais enfermeiras ?	Q45	24	4,92	15	4,53	
Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	Q61	24	4,92	15	4,87	
Você considera ter demonstrado flexibilidade durante a execução de suas/do ingressante atividades?	Q62	24	4,92	15	4	
Você considera que o contato com profissionais mais experientes tem auxiliado na sua/do ingressante capacitação?	Q64	23	4,96	15	4,67	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia?	Q48	24	5	15	4,53	

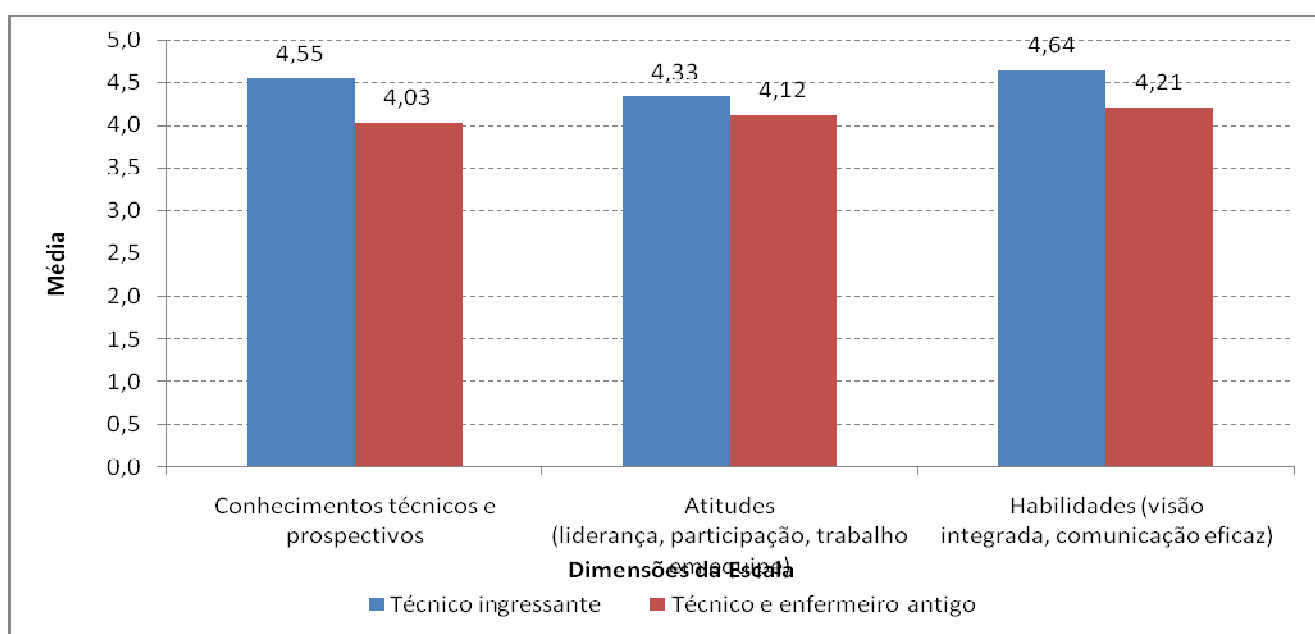




Técnicos

Médias por dimensão da escala e por tipo de respondente:

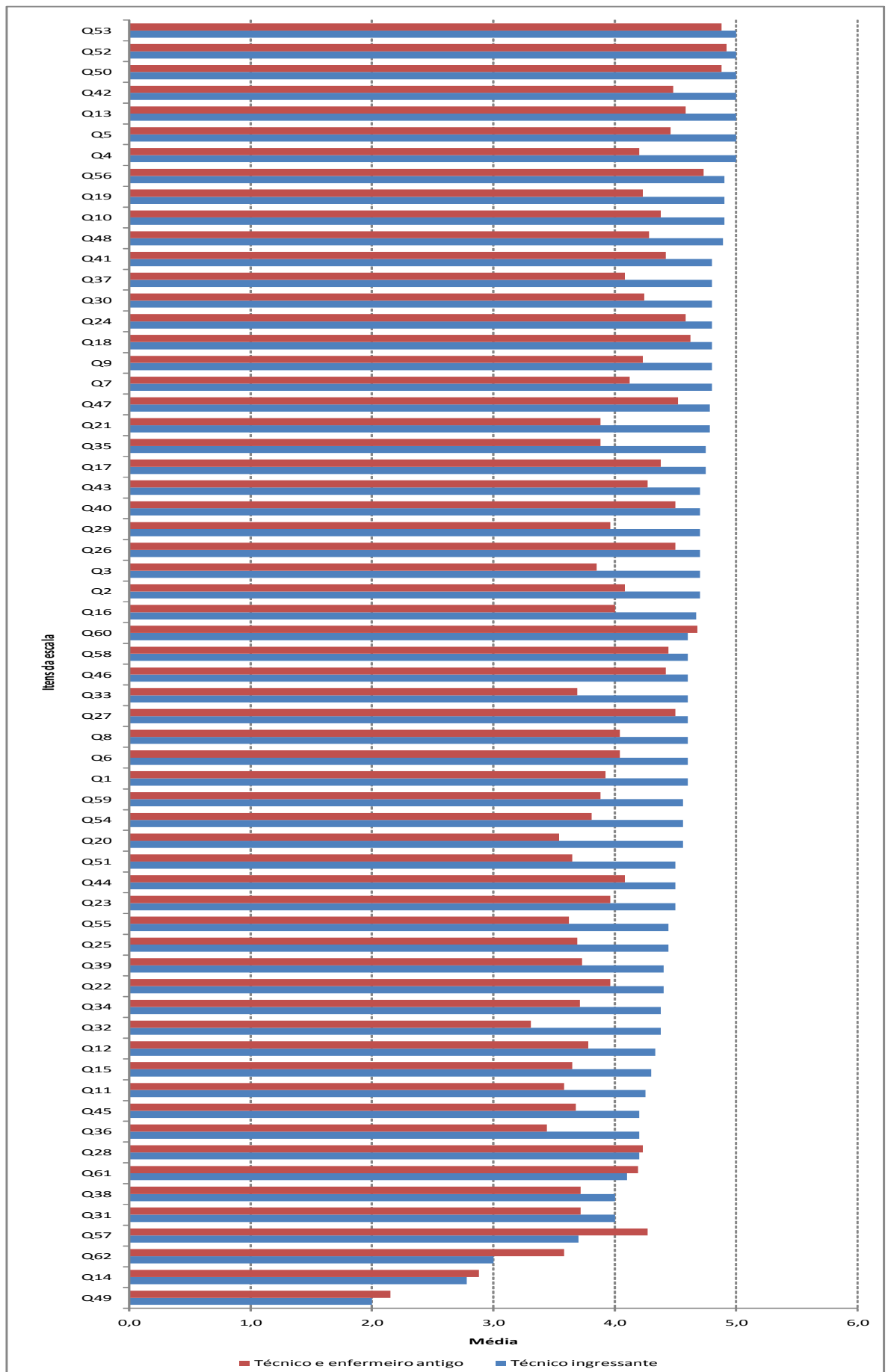
DIMENSÕES DA ESCALA	Respondente			
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
	n	Média	n	Média
Conhecimentos técnicos e prospectivos	10	4,55	26	4,03
Atitudes (liderança, participação, trabalho em equipe)	10	4,33	26	4,12
Habilidades (visão integrada, comunicação eficaz)	10	4,64	26	4,21

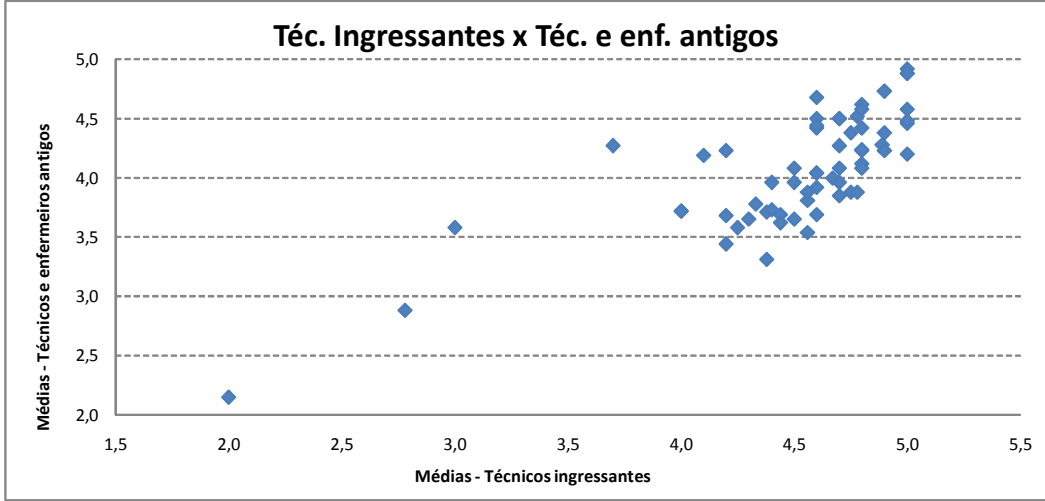


	Respondente				
	Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo		
	n	Média	n	Média	
Você considera que o trabalho assistencial pode ser desempenhado sem a colaboração dos demais membros da equipe?	Q49	10	2	26	2,15
Você se/o considera capaz de trabalhar com equipe despreparada?	Q14	9	2,78	26	2,88
Você considera que o período do contrato de experiência possa interferir na aprendizagem do (a) técnico (a) ingressante?	Q62	10	3	26	3,58
Você considera que a saída de funcionários experientes possa representar perda de qualidade das atividades assistenciais diárias?	Q57	10	3,7	26	4,27
Você se/o considera capaz de realizar um eletrocardiograma?	Q31	9	4	25	3,72
Você se/o considera capaz de realizar atendimentos de urgência ?	Q38	10	4	25	3,72
Você considera que o período do contrato de experiência possa causar ansiedade e sofrimento?	Q61	10	4,1	26	4,19
Você se/o considera capaz de transportar e acompanhar pacientes em exames dentro e fora do hospital?	Q28	10	4,2	26	4,23
Você se/o considera capaz de realizar discussão de caso com a equipe de enfermagem ?	Q36	10	4,2	25	3,44
Você considera que a capacitação inicial, recebida pelo ingressante, neste hospital, foi satisfatória?	Q45	10	4,2	25	3,68
Você se/o considera capaz de realizar a mensuração das drenagens (Porto Vac, Khern, Sump, outras) ?	Q11	8	4,25	19	3,58
Você se/o considera capaz de trocar bolsa de colostomia ?	Q15	10	4,3	17	3,65
Você se/o considera capaz de administrar dietas nasoenterais, jejuno e gastro?	Q12	9	4,33	18	3,78
Você se/o considera capaz de realizar o balanço hídrico?	Q32	8	4,38	16	3,31
Você se/o considera capaz de realizar aspiração de secreção oral, nasal e traqueostomia?	Q34	8	4,38	24	3,71
Você se/o considera capaz de revisar o carro de parada?	Q22	10	4,4	25	3,96
Você se/o considera capaz de realizar tarefas com tempo mínimo disponível?	Q39	10	4,4	26	3,73
Você se/o considera capaz de controlar equipamentos como bomba de infusão?	Q25	9	4,44	26	3,69
Você considera que o (a) técnico (a) ingressante auxilia na manutenção da confiança na equipe?	Q55	9	4,44	26	3,62
Você se/o considera capaz de preparar pacientes para exames e cirurgias?	Q23	10	4,5	26	3,96

	Q44	10	4,5	24	4,08	Respondente			
						Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo	
						n	Média	n	Média
						Você considera que sua/do ingressante capacitação técnica mostrou-se adequada para a realização das atividades operacionais?			
Você considera que as atividades designadas para o (a) técnico (a) ingressante foram executadas com qualidade?	Q51	8	4,5	26	3,65				
Você se/o considera capaz de recolher prontuários de paciente após a alta, organizar e encaminhar ao pré-faturamento?	Q20	9	4,56	26	3,54				
Você considera que o (a) técnico (a) ingressante demonstra flexibilidade durante a execução de suas atividades?	Q54	9	4,56	26	3,81				
Você considera que a entrada de técnicos(as) ingressantes possa auxiliar na inovação de processos?	Q59	9	4,56	26	3,88				
Você se/o considera capaz de realizar as rotinas operacionais diárias?	Q1	10	4,6	26	3,92				
Você se/o considera capaz de administrar as medicações prescritas e observar os efeitos ?	Q6	10	4,6	26	4,04				
Você se/o considera capaz de realizar curativos ?	Q8	10	4,6	26	4,04				
Você se/o considera capaz de realizar a mudança de decúbito?	Q27	10	4,6	26	4,5				
Você se/o considera capaz de prestar as orientações para a alta hospitalar?	Q33	10	4,6	26	3,69				
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os setores de apoio ?	Q46	10	4,6	26	4,42				
Você considera que a inovação de processos é importante para o melhor desempenho das funções assistenciais?	Q58	10	4,6	25	4,44				
Você considera que o ambiente de trabalho possa interferir na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	Q60	10	4,6	25	4,68				
Você se/o considera capaz de instalar coletor de urina e medir o volume?	Q16	9	4,67	23	4				
Você se/o considera capaz de receber e passar o plantão ?	Q2	10	4,7	26	4,08				
Você se/o considera capaz de fazer a admissão do paciente, orientando-o sobre o funcionamento da unidade?	Q3	10	4,7	26	3,85				
Você se/o considera capaz de dar banho de leito ou fazer a higiene corporal do paciente?	Q26	10	4,7	26	4,5				
Você se/o considera capaz de auxiliar a equipe multi-disciplinar na realização de procedimentos?	Q29	10	4,7	25	3,96				
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com sua chefia imediata?	Q40	10	4,7	26	4,5				
Você se/o considera capaz de identificar quais são as competências do técnico em enfermagem ?	Q43	10	4,7	26	4,27				
Você se/o considera capaz de trocar cateter nasal ?	Q17	8	4,75	26	4,38				
Você se/o considera capaz de realizar as precauções padrão de controle epidemiológico ?	Q35	8	4,75	26	3,88				

Você se/o considera capaz de conferir a medicação na passagem de plantão?	Q21	9	4,78	26	3,88	
		Técnico ingressante		Técnico e enfermeiro antigo		
		n	Média	n	Média	
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros da equipe, durante a capacitação, foram importantes para a aprendizagem?	Q47	9	4,78	25	4,52	
Você se/o considera capaz de instalar e controlar o gotejamento de soros?	Q7	10	4,8	26	4,12	
Você se/o considera capaz de instalar e controlar a oxigenioterapia?	Q9	10	4,8	26	4,23	
Você se/o considera capaz de realizar higiene oral ?	Q18	10	4,8	26	4,62	
Você se/o considera capaz de auxiliar na alimentação, higiene e deambulação dos pacientes?	Q24	10	4,8	26	4,58	
Você se/o considera capaz de coletar e encaminhar amostra de material para exames laboratoriais (fezes, sangue, urina, escarro)?	Q30	10	4,8	25	4,24	
Você se/o considera capaz de realizar registros no prontuário?	Q37	10	4,8	26	4,08	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com a equipe?	Q41	10	4,8	26	4,42	
Você considera que as relações estabelecidas com os demais membros assistenciais, após a capacitação, foram importantes para ampliar a aprendizagem?	Q48	9	4,89	25	4,28	
Você se/o considera capaz de realizar nebulizações?	Q10	10	4,9	26	4,38	
Você se/o considera capaz de trocar equipos e soro no período estabelecido?	Q19	10	4,9	26	4,23	
Você considera que o contato com profissionais mais experientes auxilia na capacitação do(a) técnico (a) ingressante?	Q56	10	4,9	26	4,73	
Você se/o considera capaz de pesar e medir o paciente ?	Q4	10	5	25	4,2	
Você se/o considera capaz de verificar os sinais vitais?	Q5	10	5	26	4,46	
Você se/o considera capaz de realizar HGT	Q13	10	5	26	4,58	
Você se/o considera capaz de manter um bom relacionamento com os acadêmicos de enfermagem?	Q42	9	5	23	4,48	
Você considera que a qualidade do trabalho da equipe assistencial é fundamental para o sucesso da organização?	Q50	10	5	26	4,88	
Você considera que a confiança é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	Q52	10	5	26	4,92	
Você considera que a flexibilidade é um componente importante para a realização do trabalho de equipe?	Q53	10	5	26	4,88	





APÊNDICE G – INDICADORES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

No Brasil, os estudos existentes (SIQUEIRA e KURCGANT, 2005) não permitem, às organizações, a replicação, pois necessitam de um método específico ao seu contexto. Há pesquisas que indicam o treinamento na própria unidade como a forma mais adequada; outros que sugerem uma capacitação em local próprio; há, também, proposta de monitoria e treinamento individualizado (SIQUEIRA e KURCGANT, 2005). Todos têm um ponto em comum: por serem testadas apenas em hospitais públicos ou privados, sendo estes sem internação pelo convênio SUS, não podem ser generalizados, principalmente por serem organizações com características distintas. Além disso, boa parte das opções citadas necessita de pesados investimentos, o que está fora do alcance de grande parte das organizações brasileiras.

Criar estruturas e proporcionar um ambiente que permita a fluidez das informações não leva, necessariamente, à realização de investimentos específicos, o que pode ser solucionado apenas com mudanças de processos. Alguns métodos de capacitação preveem parte da capacitação nas unidades de enfermagem. Isto permite que aumente a interação entre colegas, possibilitando o surgimento de um fluxo de novas ideias que poderão tornar-se inovações (LOPEZ-CABRALES; PÉREZ-LUÑO; CABRERA, 2009).

Para que se obtenha êxito em uma organização complexa, tal como um hospital, algumas competências pessoais, voltadas para o campo da saúde, são essenciais e, dentre elas: a “humana, técnica, organizacional, comunicativa, social, pessoal, de cuidado, de serviço, sócio política e para negociação” (DELUIZ, 2001, p. 7). Para tanto, o conhecimento de indicadores sobre erros de prontuários, erros de medicação, rotatividade de pessoal, dentre outros, são úteis para a análise da influência da experiência individual, representada pelo conhecimento tácito, bem como, na capacidade da organização em fazer a gestão de pessoas.

Os indicadores exercem importante função na criação de referenciais adequados, objetivando a execução de análises comparativas e processos de melhorias, como também, na criação de um banco de dados que subsidie a gestão das ações coletivas, além de conscientizar, capacitar e motivar os membros das equipes envolvidas (BITTAR, 2000). Alguns autores defendem, também, a ideia de que a utilização de indicadores fora precipitada, em seu início, pela permanente crise no setor saúde que tem estimulado o aperfeiçoamento das técnicas de gestão, a fim de produzir mais com menos recursos (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

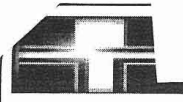
Na realidade, a valorização da utilização de indicadores assistenciais no monitoramento do desempenho dos sistemas de serviços de saúde cresceu de forma significativa nas últimas décadas em virtude da expansão do Sistema Único de Saúde/SUS, a partir da Constituição de 1988, cujas tabelas de honorários, permanentemente defasadas, têm obrigado a adoção de formas de gestão que façam uso de indicadores na avaliação do desempenho, qualidade e segurança nos hospitais em busca do melhor resultado financeiro possível e da sustentabilidade (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Na avaliação de organizações ligadas à implantação de práticas de gestão e certificação da qualidade no segmento da saúde como a OPAS (2002) e a ONA (2006), os indicadores em saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Já para o SINDHOSP (2007), os indicadores são importantes, porque expressam e documentam fatos e fenômenos em ambientes complexos, como o da saúde, contribuindo para o aprendizado organizacional e permitindo o alcance dos objetivos estratégicos da empresa.

Para este estudo, foram utilizados indicadores diretamente influenciados pelas competências de enfermeiros e técnicos em enfermagem que servirão para comparar o desempenho dos programas de capacitação de ingressantes utilizados nas duas instituições. Adotou-se, como base, os trabalhos de Cintra *et al.*, (2010), Lara *et al.*, (2009) e Nageh, (2006):

- Flebites (inflamações nas veias que podem ser causadas, dentre outros fatores, pela forma como são injetadas drogas intravenosas);
- Erros de Administração de Medicamentos;
- Rotatividade;
- Horas de Treinamento; e
- Queda de Pacientes.

ANEXO A – QUESTIONÁRIOS REALIZADOS PELA COORDENAÇÃO DO CURSO

	Data: 08/07/2011 10:04	Página: 3
<i>Eventos</i>		
Base: 0001 - Geral		
Evento	Curso	Descrição
<p>também como um reforço nas atividades que executaremos./ Enfim, o projeto tutoria foi de grande valia para nós e com certeza deve continuar, é claro que dúvidas sempre teremos mas como diz a Clarice: o caminho se faz caminhando./ A participação da enf. Clarice neste projeto com seu conhecimento e profissionalismo, o material desenvolvido de forma clara e objetiva e as aulas práticas fizeram a diferença neste começo para todos nós.Obrigado!/ A tutoria está muito bem representada pela enf. Clarice, a qual está de parabéns pelo trabalho desenvolvido, fundamental para tornar este momento (1º emprego) mais seguro./ O projeto tutoria foi de extrema importância pois permitiu adquirir conhecimento teóricos e práticos quanto às rotinas e normas da instituição e também relativos aos cuidados diários com os pacientes, reforçando os conhecimentos e práticas já vivenciadas durante a graduação./ Agradeço a oportunidade, à Clarice por todo o conhecimento, ao material que estava muito claro. Gostei muito do grupo do qual participei na tutoria./ A tutoria é muito importante para os funcionários pois quebra aquele gelo que todos têm no seu 1º emprego.Continue. Parabéns. Muito obrigado por tudo.</p>		
Total: 1		



Data: 08/07/2011 10:04

Página: 2

Eventos

Base: 0001 - Geral

Evento	Curso	Descrição			
07 - Quanto a comunicação (clara, objetiva, envolvimento com o grupo) do instrutor?			11	-	-
		100,00%			
Total de Respostas:			33	-	-
Avaliação do Evento			Avaliação Sim/Não		
Aproveitamento			01	02	03
01 - Na sua opinião, é possível aplicar os conhecimentos na prática, no dia-a-dia?			9	2	-
		90,91%			
02 - Os recursos disponíveis (sala, mat didático, equip, etc.) estavam adequados?			11	-	-
		100,00%			
03 - O evento correspondeu às suas expectativas?			11	-	-
		100,00%			
04 - Você recomendaria este evento para outras pessoas?			11	-	-
		100,00%			
08 - Seu aproveitamento no Evento foi?			9	2	-
		90,91%			
Total de Respostas:			51	4	-
Total Geral					
Aproveitamento					
		97,73%			
Média das Avaliações					
Evento	Sim				
Clarice Frata Guzzo					
Avaliação Muito bom/Ruim	01 - Muito bom	02 - Bom	03 - Regular		
	04 - Ruim				
Avaliação Sim/Não	01 - Sim	02 - Em parte	03 - Não		
Observações/Sugestões					
Qual o aprendizado obtido e sua aplicação prática para a Instituição? Para mim este aprendizado foi muito bom pois venho de outro hospital com rotinas diferentes, revi técnicas e tive novo conhecimento que com certeza vou aplicá-lo./ Através do projeto tutoria tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos com o objetivo de conhecer as rotinas do hospital para poder estar indo para o setor com mais segurança./Para mim este aprendizado foi muito bom, pois tive conhecimento de inúmeras coisas que na faculdade é só pincelado, como também aprendi outras coisas que nunca tinha visto e devido a isto estou me sentindo mais segura./ Segurança nos procedimentos, clareza em relação a sistematização do serviço./A participação na tutoria nos oferece uma maior segurança e a diminuição da ansiedade no momento em que vamos iniciar nosso trabalho nas unidades./ Conhecimento das normas e rotinas do hospital, técnicas usadas, tratamento do paciente e familiares, revisão dos conteúdos (relembrar), sanar dúvidas, medos e tirar vícios./O aprendizado foi altamente produtivo para ingressarmos na instituição com maior confiança referente às atribuições do cargo, exercidas em aula./A tutoria foi de suma importância, pois a partir desta iniciativa pudemos sanar várias dúvidas e diminuir anseios, os quais eram muitos. A partir deste treinamento seremos profissionais melhores capacitados, para atendermos as necessidades da instituição./ Durante o período da tutoria pode-se aprender quanto às rotinas e normas da instituição, além disso rever conteúdos estudados durante a graduação trouxe subsídios para a atuação nesta instituição./ Para mim foi muito bom o aprendizado porque já faz 2 anos que estou formado, revi muita coisa.. que não lembrava mais. Deverm continuar sempre fazendo esta tutoria pois traz muita segurança a todos./ Foi muito bom, pois deu para ter um conhecimento da rotina do dia-a-dia nos setores e ter mais conhecimento.					
Comentários gerais: Só tenho a agradecer, foi ótimo. Tenho certeza que novas turmas que virão vão aproveitar muito este treinamento que é dado. Ir para as unidades sem ter capacitação não é fácil e assim a gente conhece./Foi muito válido ter participado deste projeto, onde consegui amenizar minhas inseguranças. A instrutora me transmitiu tranquilidade, sendo ela muito responsável e dinâmica./ Não tenho a reclamar e sim parabenizar a vocês, pois esses 14 dias de tutoria foi bem proveitoso e agradecer a essa oportunidade que o hospital me ofereceu . Muito obrigada!/A tutoria foi importantíssima para a adaptação inicial, dúvidas foram solucionadas, segurança foi adquirida, expectativas foram correspondidas e uma direção nos foi dada./ Avalio como muito positivo esta tutoria pois é um momento de adaptação junto ao hospital e					

Evento		Curso	Descrição	Avaliação Sim/Não			
Avaliação do Evento					01	02	03
Aproveitamento					7	-	-
01 - Na sua opinião, é possível aplicar os conhecimentos na prática, no dia-a-dia?		100,00%			7	-	-
02 - Os recursos disponíveis (sala, mat didático, equip, etc.) estavam adequados?		100,00%			7	-	-
03 - O evento correspondeu às suas expectativas?		100,00%			7	-	-
04 - Você recomendaria este evento para outras pessoas?		100,00%			7	-	-
08 - Seu aproveitamento no Evento foi?		100,00%			7	-	-
Total de Respostas:					35	-	-
Total Geral							
Aproveitamento		98,93%					
Média das Avaliações							
Evento		Sim					
Clarice Frata Guzzo							
Avaliação Muito bom/Ruim		01 - Muito bom		02 - Bom		03 - Regular	
		04 - Ruim					
Avaliação Sim/Não		01 - Sim		02 - Em parte		03 - Não	
Observações/Sugestões							
Qual o aprendizado obtido e aplicação prática para a Instituição? Muito válido este conhecimento que se obtém antes de iniciar o trabalho na unidade, pois assim iniciamos tendo alguma noção de como é a rotina, ajudando a nós sentir um pouco mais seguros./ Foi muito proveitoso, pois a tutoria possibilita o conhecimento do funcionamento do hospital o que facilita a nossa adaptação à sua rotina./ Ter mais confiança e certeza na realização das técnicas. Rever aquilo que já sabemos e que pode estar adormecido é sempre válido, adquirindo assim um conhecimento a mais./Conhecimentos gerais, revisão do que aprendemos em sala de aula enquanto alunos é muito bom, buscar mais conhecimentos sempre, se dedicar ao máximo mostrando nosso melhor./Aprendi a pôr o cliente em primeiro lugar. Tirei várias dúvidas em relação a procedimentos. Na minha opinião esse acolhimento nos deixa mais confiante para o início./Aprendi que devemos sempre estar procurando nos atualizar e buscar novos aprendizados para que possamos desempenhar a nossa função da melhor forma possível./Com o treinamento conseguiu-se relembra técnicas, conhecer algumas rotinas e padronização que varia de instituição para instituição, fazendo com que o funcionário ao chegar no setor tenha conhecimento.							
Comentários gerais: Agradeço a Clarice pela ajuda, pelo apoio que nos deu, orientação tanto profissional como pessoal, foi muito importante este trabalho./ A tutoria nos faz começar a trabalhar com mais segurança neste hospital/A professora é muito dedicada, explica muito bem. Parabéns. Muito obrigada./Gostaria que houvesse menos teoria e mais prática e os polígrafos nós estudaríamos em casa para prova./Gostei muito deste projeto, pois tive a oportunidade de rever vários tipos de procedimentos, trocar novas experiências. A tutora é muito dedicada./ Deveria ocorrer com todos os funcionários, de tanto em tanto tempo, pois faz com que o funcionário relembre, podendo até deixar a escolha se quer fazer, pois é de cada um buscar relembra, cada um saberá da necessidade.							
							Total: 1

Data: 08/07/2011 10:03

Página: 2

Eventos

Base: 0001 - Geral



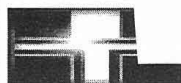
Data: 08/07/2011 10:02

Página: 2

Eventos

Base: 0001 - Geral

Evento	Curso	Descrição	Avaliação Sim/Não		
Avaliação do Evento			01	02	03
Aproveitamento					
01 - Na sua opinião, é possível aplicar os conhecimentos na prática, no dia-a-dia?			7	-	-
		100,00%			
02 - Os recursos disponíveis (sala, mat didático, equip, etc.) estavam adequados?			7	-	-
		100,00%			
03 - O evento correspondeu às suas expectativas?			7	-	-
		100,00%			
04 - Você recomendaria este evento para outras pessoas?			7	-	-
		100,00%			
08 - Seu aproveitamento no Evento foi?			7	-	-
		100,00%			
Total de Respostas:			35	-	-
Total Geral					
Aproveitamento					
		99,46%			
Média das Avaliações					
Evento		Sim			
Clarice Frata Guzzo					
Avaliação Muito bom/Ruim		01 - Muito bom	02 - Bom	03 - Regular	
		04 - Ruim			
Avaliação Sim/Não		01 - Sim	02 - Em parte	03 - Não	
Observações/Sugestões					
<p>Qual o aprendizado obtido e aplicação prática para a instituição?</p> <p>Foi muito bom, pois aprendi mais sobre as rotinas e regras do hospital, pretendo colocar todas as prática aprendidas em sala de aula e no dia-a-dia, vou desenvolver e ter mais prática e ainda mais conhecimentos./ Foi muito bom revisar os conteúdos. Eu aprendi que devemos fazer o certo mesmo vendo situações diferentes. Eu vim de uma outra realidade e o treinamento eu vou levar comigo, foi muito valioso./Foi bom o treinamento. Tudo que foi dado vai ser usado na prática do setor. Foi bom saber a rotina do hospital, chegar e ter um pouco de conhecimento do setor que você vai./Foi bom a capacitação para meu aprendizado onde pude ter um conhecimento mais amplo das rotinas do hospital assim como poderei utilizar nas minhas práticas no setor onde vou trabalhar./Conhecimentos da sistematização, dos POP's, quais as procedências perante as situações e sempre tendo o paciente como prioridade, executando as atividades de maneira ética./ Para mim foi bom rever a maneira adequada dos procedimentos. Vários procedimentos e maneiras estão sendo revistos nos POP's./Foi possível conhecer a base da rotina da instituição.Acredito que tudo que nos foi passado durante o processo do projeto tutoria será válido para meu dia-a-dia como profissional.</p> <p>Comentários gerais:</p> <p>Esse projeto foi muito bom, pois as rotinas dos hospitais mudam de uma região para outra, e assim podemos saber um pouco mais sobre essa instituição. A tutora também esclareceu muitas dúvidas./ A tutora Clarice é muito capacitada, inteligentíssima e além de tudo amiga. O projeto é ótimo e seria muito legal darem continuidade a ele. Aprendi mais um pouco. Obrigada./ Este treinamento proporciona aproximação dos conhecimentos técnicos-científicos à instituição, e quais são e como funciona aqui no hospital as atividades, quebrando aquele 'medo' perante ao setor, pois fomos nos aproximando aos poucos já com o conhecimento da instituição./ Este treinamento expandiu meus conhecimentos. A enfermeira Clarice sabe expôr muito bem seus conhecimentos./ Sugiro que o projeto continue sendo desenvolvido, pois esse serve de base para entrada no campo de enfermagem dessa instituição.</p>					
Total: 1					



Data: 08/07/2011 10:02

Página: 3

Eventos

Base: 0001 - Geral

Evento	Curso	Descrição
		<p>-Dos 14 dias do projeto, um seja destinado ao setor específico de cada um . E que o mesmo possa ser feito no seu turno de trabalho.Muita teoria , pouca prática, apesar de ter acrescido teoricamente, mas faltou. Recomendaria principalmente para a maioria dos colegas que já fazem parte da instituição. O espaço físico não ajudou muito, dividir a quantidade de pessoas e outros, como barulho.</p> <p>-Esse treinamento deveria ser oferecido aos funcionários do HT e não apenas para quem está iniciando. Ou pelo menos explicar o objetivo deste treinamento a todos os funcionários. Pois na maioria das vezes a gente foi mal recepcionada nos setores. E até muitas vezes barrados. Tentando aplicar nosso conhecimento e pela equipe bloquear e temos que fazer conforme rotina delas. Então seria positivo todos falarem a mesma língua para quem está iniciando não se sentir fora da equipe.</p> <p>-A sala de aula poderia ser maior, e esse treinamento poderia ser aplicado também para as funcionárias mais antigas, pois foi constatado muitas praticas erradas, resistência do pessoal mais antigo, inclusive colegas da enfermagem tratando de forma desumano uma senhora de idade na UTIA. Isso é muito fora do que se passa para quem está chegando.</p> <p>-Acho interessante o conteúdo, mas precisa-se de práticas e não teoria, pois teoria se tem durante o curso e acaba se tornando cansativo. Também seria de extrema importância reciclagem de funcionários que já estão trabalhando para serem avaliados na prática em todos os procedimentos, como lidar com os colegas e familiares, esta é a prática do dia-a-dia. Na teoria é fácil falar, escrever, mas na prática não funciona!</p> <p>-Na minha opinião eu gostei muito, fui para o meu setor, pratiquei , também tive uma experiência com pacientes, em relação de se colocar no lugar do paciente.</p> <p>-A tutora tem bastante conhecimento e domínio, passando bem o conteúdo e esclarecendo minhas dúvidas e da turma sempre que necessário, mas eu gostaria de ter visto mais a prática, já que o hospital tem protocolo próprio, tendo diferença de como nós aprendemos em nossos cursos. Também gostaria de opinar que os funcionários mais antigos tenham esse treinamento porque a gente chega na unidade fazendo o dito certo pelo treinamento e eles fazendo diferente, assim todos fariam iguais, levando um atendimento melhorado para os pacientes e melhor comunicação entre a equipe sem gerar desentendimentos.</p> <p>-Adorei a tutora , ela é muito competente, conseguiu nos passar muitos conhecimentos apesar da turma ser grande foi feito um bom trabalho. Obrigada</p>
		Total: 1

Evento		Curso	Descrição				
				Data: 08/07/2011 10:02		Página: 2	
Eventos				Base: 0001 - Geral			
07 - Quanto a comunicação (clara, objetiva, envolvimento com o grupo) do instrutor?				8	1	-	-
			96,67%				
Total de Respostas:				21	6	-	-
Avaliação do Evento				Avaliação Sim/Não			
Aproveitamento				01	02	03	
01 - Na sua opinião, é possível aplicar os conhecimentos na prática, no dia-a-dia?				5	4	-	
			77,78%				
02 - Os recursos disponíveis (sala, mat didático, equip, etc.) estavam adequados?				8	1	-	
			94,44%				
03 - O evento correspondeu às suas expectativas?				4	5	-	
			72,22%				
04 - Você recomendaria este evento para outras pessoas?				9	-	-	
			100,00%				
08 - Seu aproveitamento no Evento foi?				3	6	-	
			66,67%				
Total de Respostas:				29	16	-	-
Total Geral							
Aproveitamento							
			86,39%				
Média das Avaliações							
Evento				Sim			
Clarice Frata Guzzo							
Avaliação Muito bom/Ruim				01 - Muito bom	02 - Bom	03 - Regular	
				04 - Ruim			
Avaliação Sim/Não				01 - Sim	02 - Em parte	03 - Não	
Observações/Sugestões							
Qual o aprendizado obtido e aplicação prática para a Instituição?							
-Foi muito proveitoso as horas e rever as técnicas, posso relembrar o que estava esquecido e melhorar o que já estava em prática.							
-Aprendi como seguir as regras do hospital , os procedimentos e fazer corretamente as técnicas de informática o atendimento com o cliente							
-Que todos precisam se reciclar, no pous são muitas técnicas novas, a tecnologia "corre" muito e precisamos acompanhar e a instituição esta integrada a mesma.							
-A partir do treinamento pude reforçar meus conhecimentos e conhecer novas tecnologias. Tentarei fazer sempre o melhor para obter resultados positivos.							
-Pelo tempo que se fica nas unidades, tudo que foi visto em sala é muito útil, é bem o dia-a-dia da enfermagem. Isso é muito bom para quem está chegando.							
-Quanto a parte teórica foi tudo ok, na prática foi muito melhor, pois colocamos em prática o teórico e novas rotinas da instituição foram legais também.							
-Foi válido , acho que eu aprendi bastante em relação do trabalho praticado no hospital. Temos que seguir um padrão todo profissional.							
-Aprendi alguns protocolos (os que foram passados) de como é feito cada procedimento e técnica, assim dando um melhor atendimento ao paciente.							
-Procedimentos e técnicas, atendendo o paciente assim como nós gostaríamos de se atendido, sempre nos colocando no lugar dele e de seu familiar.							
Comentários Gerais:							
-Acho que o treinamento seria melhor se tivéssemos mais prática do que teoria, procurar ver o setor de cada e colocar cada um para um treinamento ou reconhecimeto, até para não chegar no dia de trabalhar se sentindo deslocado. Procurar ver o turno do tutoria para não atrapalhar na vida pessoal.							
-Eu gostaria de ter feito mais práticas , ter ido mais no meu setor onde vou atuar, o treinamento valeu a pena para um conhecimento geral do hospital até para quem não é da cidade, é bom, mas eu acho que deveria ter mais um pouco de prática.							

Data: 08/07/2011 10:02

Página: 2

Eventos

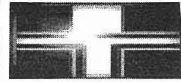
Base: 0001 - Geral

Evento	Curso	Descrição			
02 - Os recursos disponíveis (sala, mat didático, equip, etc.) estavam adequados?			87,50%	3	1 -
03 - O evento correspondeu às suas expectativas?			100,00%	4	- -
04 - Você recomendaria este evento para outras pessoas?			100,00%	4	- -
08 - Seu aproveitamento no Evento foi?			75,00%	2	2 -
Total de Respostas:				17	3 -
Total Geral					
Aproveitamento			95,31%		
Média das Avaliações					
Evento	Sim				
Clarice Frata Guzzo					
Avaliação Muito bom/Ruim	01 - Muito bom	02 - Bom	03 - Regular		
	04 - Ruim				
Avaliação Sim/Não	01 - Sim	02 - Em parte	03 - Não		
Observações/Sugestões					
Aprendizado Obtido:					
-Aprendi o sistema de trabalho da instituição, melhorando muito a minha chegada no setor.					
-Foi bom ter este treinamento para nós não chegarmos no setor sem as informações necessárias e para a instituição e melhor para conseguir que todos façam as técnicas conforme o seu padrão.					
-O aprendizado foi de grande valia e essencial, pois muitos procedimentos tinham particularidades diferentes das vistas na faculdade, e também é extremamente útil para adequação as rotinas da instituição.					
-É muito importante para quem está começando , pois vai conhecer a rotina do hospital e acaba tirando túbidas que surgem no dia-a-dia.					
Comentários Gerais:					
-Para as próximas turmas , entatizar mais o sistema informatizado par aque a adaptação seja mais rápida.					
-Este período foi muito bom para rever o que havia aprendido e o que é necessário melhorar.					
-Foi uma experiência super importante para todos que entraram e que continuem sempre assim querendo sempre o melhor para funcionários e instituição.					

Total: 1

Evento		Curso	Descrição			
02 - Os recursos disponíveis (sala, mat didático, equip, etc.) estavam adequados?				2	-	-
			100,00%			
03 - O evento correspondeu às suas expectativas?				2	-	-
			100,00%			
04 - Você recomendaria este evento para outras pessoas?				2	-	-
			100,00%			
08 - Seu aproveitamento no Evento foi?				2	-	-
			100,00%			
Total de Respostas:				10	-	-
Total Geral						
Aproveitamento						
			100,00%			
Média das Avaliações						
Evento		Sim				
Clarice Frata Guzzo						
Avaliação Muito bom/Ruim		01 - Muito bom	02 - Bom	03 - Regular		
		04 - Ruim				
Avaliação Sim/Não		01 - Sim	02 - Em parte	03 - Não		
Observações/Sugestões						
Qual o aprendizado obtido e aplicação prática para a Instituição?						
- Rever o que foi visto no curso, tirar dúvidas, conhecer o Hospital e o ambiente onde iremos atuar. Conhecer a rotina e as diversas maneiras de trabalhar. Conhecimento nunca é demais. Índice de erros menor.						
- Acho que foi possível revisar conhecimentos pouco abrangidos na graduação, tirar dúvidas, conhecer o Hospital, suas rotinas e modos de trabalho. Acredito que capacitando os funcionários o Hospital tende a oferecer um melhor atendimento.						
Comentários gerais:						
- Este projeto "Tutoria" foi muito bom tanto para mim quanto para meus colegas. Ele é objetivo, assim cada um fazendo sua parte ele também chega ao objetivo que está relacionado aos três pontos. Resumindo, ficou tudo bem claro também como vai ser a rotina de trabalho. Foi muito válido e gratificante.						
- Acredito que este treinamento me deixou mais segura para iniciar o trabalho. Claro que dúvidas ainda irão surgir, mas já adquirimos um bom conhecimento para que possamos oferecer um trabalhomais qualificado.						
						Total: 1

J^o Turma



Data: 08/07/2011 10:01

Página: 1

eventos

Base: 0001 - Geral

Evento	Curso	Descrição
0000861	1288	Tutoria

Fornecedor: 10 - Soc. Dr. Bartholomeu Tacchini
Carga Horária: 60,00 Horas **Qtde. Mínima:** **Frequência Mínima:** 100% **Revisão:** 0 - 02/02/2011
Data de Início: 24/03/2011 **Qtde. Máxima:** **Esc. de Avaliação dos Participantes:**
Data de Enc.: 06/04/2011 **Situação:** Finalizado **001 - Aprovado/Reprovado/Ausentes**
Aval. de Reação: Sim **Questionário p/ Aval. Reação:** 001 - Avaliação de Reação
Aval. de Eficácia: Sim **Questionário p/ Aval. Eficácia:** **Prazo p/ Eficácia:** 0
Tipo do Local: Interno
Horário: **Local:** **Observações:**
 07:00 às 13:00hs.

Turma:

Empresa	Pessoa
0001	18347
0001	18365

Avaliação do Particip.	Freq. (%)	Eficaz	Aval. Efic. Data
Aprovado	100	Sem	
Aprovado	100	Sem	
Total de participantes: 2			

Instrutores:

Clarice Frata Guzzo

Horas/Mês Treinam

Mês/
03/21
04/21

Carga Horária
32,31
27,69

Horas/Mês:

Carga Horária
32,31 Horas
27,69 Horas

Avaliações:

Avaliação do Instrutor	Aproveitamento	Avaliação Muito bom/Ruim			
		01	02	03	04
05 - Quanto a didática (utilização de dinâmicas e demais recursos) do instrutor?	100,00%	2	-	-	-
06 - Quanto ao domínio do conteúdo por parte instrutor?	100,00%	2	-	-	-
07 - Quanto a comunicação (clara, objetiva, envolvimento com o grupo) do instrutor?	100,00%	2	-	-	-
Total de Respostas:		6	-	-	-
Avaliação do Evento	Aproveitamento	Avaliação Sim/Não			
01 - Na sua opinião, é possível aplicar os conhecimentos na prática, no dia-a-dia?	100,00%	01	02	03	
		2	-	-	

ANEXO B - INDICADORES ASSISTENCIAIS

2005, 2006, 2007, 2008

INDICADOR DE DESEMPENHO	Média 2005	Média 2006	Média 2007	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Média 2008	META
FLEBITES	0,32%	0,17%	0,22%	0,09%	0,08%	0,18%	0,43%	0,06%	0,17%	0,07%	0,13%	0,22%	0,20%	0,21%	0,28%		
LIC			0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,18%	0,22%
LSC			0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%		

2008

INDICADOR DE DESEMPENHO	Média 2005	Média 2006	Média 2007	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Média 2008	META
QUEDAS	0,09%	0,10%	0,05%	0,11%	0,06%	0,07%	0,07%	0,07%	0,14%	0,10%	0,02%	0,11%	0,07%	0,06%	0,18%	0,09%	0,05%
LIC				0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%		
LSC				0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%	0,12%		

2008

INDICADOR DE DESEMPENHO	Média 2005	Média 2006	Média 2007	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Média 2008	META
ERROS NA MEDICAÇÃO	0,45%	0,44%	0,38%	0,49%	0,35%	0,39%	0,44%	0,30%	0,35%	0,59%	0,60%	0,48%	0,32%	0,62%	0,38%	0,45%	0,38%
LIC			0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%	0,23%		
LSC			0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%	0,49%		

2009

SETOR: COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	Média 08	Meta 09	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL	Média 09
Serv. Prest. Erros Medic.			6548	6064	6783	6107	6994	6913	7034	6989	6452	7095	6934	6304	80.217,00	6.684,75
Erros de Medicação	31	30	20	29	30	31	39	33	23	28	27	42	33	34	369,00	30,75
Punções por CCT			1467	1477	1511	1572	1647	1628	1664	1548	1526	1571	1597	1453	18.661,00	1.555,08
Flebites	3	2	1	1	2	2	3	3	3	8	3	7	7	2	42,00	3,50
Serviços Prestados - Queda Pac.			5088	4752	5346	4809	5493	5511	5514	5273	4959	5339	5324	4751	62.159,00	5.179,92
Quedas de Paciente	5	5	7	10	5	5	5	9	3	9	6	7	6	9	81,00	6,75

HOSPITAL TACCHINI - SIG GLOBAL 2010 - PAINEL DE CONTROLE - PERSPECTIVA CRESCIMENTO E APRENDIZADO

Perspectivas BSC/Indicadores	Médias09	Meta10	Crescimento e Aprendizado												Total	Médias10	% Var/09
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agô	Set	Out	Nov	Dez			
Gerência Relações c/ Mercado	110		112	111	116	114	115	116	119	120	120	118	121	120	1402	117	6,21%
Ger/Coord Controladoria Médica	9		10	10	10	10	11	10	11	13	13	13	12	12	135	11	250,00%
FUNCIONÁRIOS AFASTADOS			77	82	77	75	77	78	78	79	79	71	70	70	913	76	#DIV/0!
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	1.203	-	1.243	1.292	1.252	1.232	1.253	1.253	1.253	1.291	1.296	1.315	1.314	1.308	15.221	1.258	5,44%
OUTROS INDICADORES																	
Absenteísmo	1,57%		1,13%	1,14%	1,21%	0,93%	1,35%	1,64%	1,88%	2,04%	1,80%	1,71%	1,73%	1,86%	18,22%	1,52%	
Custo Com Absenteísmo			20.385	24.173	19.642	15.136	24.192	35.187	34.056	32.045	29.959	47.395	30.207	34.058	346.455	28.871	#DIV/0!
Rotatividade	1,89%		1,93%	1,45%	2,64%	2,18%	3,60%	3,02%	2,23%	3,28%	2,20%	3,56%	3,16%	3,01%	32,26%	2,69%	
Rescisões	23		24	16	33	67	33	28	29	26	26	38	41	46	405	34	46,74%
Admissões	29		40	25	33	27	55	47	27	65	31	57	42	38	485	40	39,37%
HORAS DE CAPACITAÇÃO																	
Por Gerência	6.787		5.777	5.890	6.317	6.316	5.123	7.935	9.302	6.540	6.828	5.831	5.725	5.922	77.324	6.444	-5,06%
Gerência Adm/Oper	210		246,00	271,42	489,05	541,50	147,75	875,00	170,25	224,00	246,25	244,50	164,00	301,00	3.921	327	55,58%
Gerência Assistencial	3.057		2.058,24	3.023,98	2.615,01	2.164,69	2.827,17	4.282,82	2.158,25	3.139,03	2.024,44	2.824,57	1.759,45	3.131,9	2.610	-14,62%	
Controladoria	18		5,00	-	39,00	40,00	80,00	84,50	65,50	78,16	29,00	23,50	32,00	35,00	510	42	135,95%
Administração	37		9,00	2,00	44,00	11,00	6,00	27,00	11,50	68,00	63,50	39,00	37,00	30,00	346	29	-22,07%
Gerência de Operações	2.687		2.471,00	3.238,49	2.183,60	2.739,80	1.974,33	3.440,83	3.748,00	3.257,73	2.603,74	2.877,82	2.019,50	3.306,61	33.882	2.822	5,81%
Gerência Tacchimed	119		18,00	6,00	91,50	65,50	183,00	65,00	288,00	113,00	199,50	80,50	36,00	1,162	97	-18,63%	
Gerência Relações c/ Mercado	679		566,00	312,50	466,00	303,50	561,34	582,12	731,66	700,30	412,18	410,50	522,17	439,52	6.018	501	-26,14%
Ger/Coord Controladoria Médica	1		-	-	-	-	6,00	23,00	44,00	22,00	19,50	12,00	45,00	14,50	186	16	1450,00%
Por Funcionário	5,64		4,95	5,03	5,39	5,56	4,44	6,75	5,40	5,44	4,69	4,60	4,78	5,40	5,40	5,40	-4,21%
Gerência Adm/Oper	1,67		1,97	2,22	3,98	4,40	1,19	7,17	1,46	1,84	1,99	2,00	1,38	2,45	2,67	2,67	60,47%
Gerência Assistencial	4,54		3,99	3,30	7,43	6,77	5,54	6,96	10,60	5,42	7,61	4,89	6,92	4,38	5,96	5,96	31,35%
Controladoria	0,95		0,26	-	2,05	2,11	4,00	4,23	3,28	4,01	1,61	1,31	1,78	1,94	2,25	2,25	136,99%
Administração	6,17		0,90	0,20	4,40	1,10	0,60	2,70	1,15	1,83	1,67	1,15	1,09	0,88	1,43	1,43	-76,81%
Gerência de Operações	11,60		15,07	5,09	6,62	4,65	7,55	8,60	7,35	5,82	6,20	4,30	7,07	6,97	6,97	6,97	-45,63%
Gerência Tacchimed	1,98		0,30	0,10	1,50	1,07	3,10	1,12	4,47	0,59	1,92	3,27	1,30	0,59	1,61	1,61	-18,85%
Gerência Relações c/ Mercado	6,17		5,05	2,82	4,02	2,66	4,88	5,10	6,15	5,84	3,43	3,48	4,32	3,66	4,29	4,29	-30,46%
Ger/Coord Controladoria Médica	0,11		-	-	-	-	0,55	2,30	4,00	1,69	1,50	0,92	3,75	1,21	1,38	1,38	1140,00%

FLEBITES	0,50	1,10	0,00	0,00	0,98	1,27	0,00	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00	0,32
SETOR: UTI ADULTO													
ERROS NA MEDICAÇÃO	6,80	11,17	15,63	3,46	14,08	15,54	12,66	16,47	11,76	4,38	15,05	4,54	10,40
ERROS NA MEDICAÇÃO	20,00	76,92	0,00	0,00	0,00	0,00	57,14	0,00	0,00	37,04	0,00	0,00	14,26
OBSTR. TUBO ENDO-TRAQ.	5,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETOR: UTI PEDIÁTRICA													
ERROS NA MEDICAÇÃO	1,10	0,00	0,00	0,00	7,94	0,00	0,00	0,00	0,00	15,54	0,00	0,00	2,56
FLEBITES	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,09	0,02
EXTUBAÇÃO DO PACIENTE	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RNs - Uso de Complemento	17,79%	58,82%	57,14%	60,00%	77,78%	90,00%	88,89%	91,67%	90,91%	92,86%	75,00%	84,62%	100,00%
SETOR: CENTRO DE ONCOLOGIA													
Estravazamento de Drogas	0,55	3,33	0,00	0,00	0,00	1,46	1,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52
Flebitis	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,36	0,00	1,33	0,00	0,00	0,32
Abandono de Tratamento	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETOR: COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM													
Serv. Presf. Erros Medic.	6156	5738	6891	6452	6947	6502	6717	7103	6450	6481	6370	5669	
Erros de Medicação	4,60	4,39	5,75	2,18	3,87	2,88	3,38	4,47	3,80	4,78	3,14	2,90	3,77
Punções por CCT		1529	1324	1618	1629	1519	1321	1495	1587	1340	1299	1203	1.410,50
Flebitis	2,20	3,92	0,00	0,62	6,14	1,97	2,27	2,01	1,26	2,99	1,54	3,33	2,25
Serviços Prestados - Queda Pac.		5227	4901	5627	5430	5574	5404	5423	5665	5296	5300	5246	5.323,58
Quedas de Paciente	1,30	0,77	1,43	1,24	2,21	0,72	1,48	0,92	0,36	1,13	1,13	0,61	1,11
% DADOS DE PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
% RETORNO PACIENTES CRÍTICOS A UTI	0,53%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SETOR: TOMOGRAFIA													
Exames Contrastados	-	496	460	621	527	483	341	499	621	508	590	461	542
Flebitis Ambulatorial	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Extravazamento de Contraste	1,90	2,02	0,00	0,00	1,90	0,00	2,93	2,00	1,61	1,97	1,69	0,00	1,85
SETOR: LABORATÓRIO													
Hematomas Decor. Punção	0,16	0,00	0,59	0,58	0,00	0,15	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00
Recoletas	2,05	2,28	2,73	2,60	2,16	2,04	5,21	2,77	3,50	2,00	2,37	1,24	1,48

HOSPITAL TACCHINI - SIG GLOBAL 2011 - PAINEL DE CONTROLE - PERSPECTIVA CRESCIMENTO E APRENDIZADO

Perspectivas BSC/ Indicadores	Méda-10	Meta-11	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Total	Méda-11	% Var/10
Respectivas BSC/ Indicadores																	
Crescimento e Aprendizado																	
Ger/Coord Controladoria Médica	11		10	10	10	10	10	10							50	10	-9,09%
FUNCIONÁRIOS AFASTADOS	76		69	74	72	74	66								355	71	-6,58%
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	1.268	-	1.331	1.355	1.364	1.357	1.370								6.777	1.355	6,89%
OUTROS INDICADORES																	
Absenteísmo	1,52%		1,27%	1,76%	1,71%	2,24%	2,21%								9,19%	1,84%	
Custo Com Absenteísmo	28.871		22.389	32.517	34.006	36.348	37.613								162.872	32.574	12,83%
Relatividade	2,86%		3,26%	4,24%	2,80%	3,01%	3,38%								16,65%	3,34%	
Rescisões	34		31	35	33	45	37								181	36	6,47%
Admissões	40		55	57	43	37	55								247	49	23,50%
HORAS DE TREINAMENTO																	
Por Gerência	6.428		4.428	3.203	3.657	4.626	12.119								28.033	5.607	-12,78%
Coord Adm e de Apoio	327		96	180	450	357	918								2.002	400	22,42%
Gerência Assistencial	2.610		1.909	1.544	1.282	1.559	3.519								9.812	1.962	-24,81%
Controladoria	42		-	18	14	51	222								304	61	44,82%
Administração	29		12	24	15	94	156								301	60	107,60%
Gerência de Operações	2.822		2.264	684	1.331	1.999	5.605								12.082	2.416	-14,37%
Gerência Tachimed	97		96	649	292	280	711								2.018	404	316,10%
Gerência Relações c/ Mercado	501		48	103	248	257	645								1.301	260	-48,07%
Ger/Coord Controladoria Médica	16		3	1	36	30	143								213	43	166,19%
Por Funcionário	5,39		3,51	2,50	2,83	3,61	9,29								4,57	4,37	-19,05%
Coord Adm e de Apoio	2,68		0,76	1,40	3,36	2,73	7,06								3,08	3,08	14,89%
Gerência Assistencial	5,96		4,62	3,66	2,99	3,72	8,16								4,64	4,64	-22,07%
Controladoria	2,21		-	1,00	0,71	2,82	12,32								3,34	3,34	51,18%
Administração	1,45		0,35	0,73	0,47	2,68	4,45								1,77	1,77	22,12%
Gerência de Operações	6,97		4,79	1,42	2,75	4,13	11,82								5,00	5,00	-28,20%
Gerência Tachimed	1,62		0,99	6,56	2,88	2,77	6,71								4,03	4,03	149,16%
Gerência Relações c/ Mercado	4,28		0,53	1,18	2,88	3,02	7,77								3,01	3,01	-29,68%
Ger/Coord Controladoria Médica	1,45		0,30	0,05	3,60	3,00	14,35								4,26	4,26	192,81%

ANEXO C – ARTIGOS DE JORNAIS SOBRE A QUALIDADE DO HOSPITAL

- Participe
- Parceiros
- Rede Comitês
- Qualishop ONLINE
- Sistemas de Avaliação

notícias

Após conquistar os níveis 1 e 2 (2004 e 2006), o Hospital Tacchini é o 1º hospital do interior do RS a obter o nível de "Excelência" da Organização Nacional de Acreditação. A evolução profissional e tecnológica do Hospital Tacchini acabava de atingir o nível mais alto em toda a sua história de 85 anos. Após conquistar as certificações de nível 1 (Hospital Acreditado) e nível 2 (Hospital Acreditado Pleno), em 2004 e 2006, o Hospital Tacchini torna-se, em 2009, o primeiro hospital do interior do RS e o segundo no Estado a conquistar a condição de "Hospital Acreditado com Excelência - Nível 3", de acordo com os padrões da ONA - Organização Nacional de Acreditação - e amplamente reconhecidos pelo Ministério da Saúde. A entrega da certificação está prevista para o dia 17 de abril, com a presença de autoridades da área da saúde do Estado e do País, além dos médicos, conselheiros e colaboradores do Hospital Tacchini. Histórico da Qualidade A busca incessante pela qualidade da gestão dos serviços de saúde no Hospital Tacchini iniciou em 1993 com a implantação do primeiro Planejamento Estratégico, o qual previa a capacitação dos gestores em liderança e conhecimentos sobre a qualidade da gestão, os investimentos tecnológicos, investimentos em novos serviços e na ampliação dos serviços já existentes. Este trabalho impulsionou o Hospital Tacchini para o nível de qualidade em que se encontra hoje. Em 1995 teve início o ciclo da capacitação da metodologia de gestão pela Qualidade Total. Em 1996 ocorreu a adesão ao Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade – PGQP. O Hospital Tacchini já foi contemplado com três "Prêmios Qualidade RS" (Troféu Bronze, em 1999, e dois Troféus Prata, em 2000 e 2003). A partir de 2001 o Hospital Tacchini passou a ser reconhecido também pela Certificação ISO 9001, nas áreas de Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Diagnóstico por Imagem, Oncologia e Pronto Socorro, além da Casa de Repouso Elisa Tramontina, anexa ao Hospital Tacchini, em Carlos Barbosa. Em 2003 iniciaram os trabalhos de preparação do Hospital Tacchini para atender às inúmeras exigências técnicas e profissionais do Manual Brasileiro de Acreditação, versão Organização Nacional de Acreditação – ONA. Já em 2004 o Hospital Tacchini conquistou a certificação da ONA na condição de "Hospital Acreditado – Nível 1". Em 2006, após um trabalho intenso de adequação dos processos e métodos de trabalho, conquistou a certificação na condição de "Hospital Acreditado Pleno – Nível 2". Em 2009, colhendo os resultados das práticas implementadas para as certificações dos níveis 1 e 2, o Hospital Tacchini conquista a certificação na condição de "Hospital Acreditado com Excelência – Nível 3". O Hospital Tacchini é, também, o terceiro hospital de toda a Região Sul do Brasil (PR, SC e RS) a atingir este patamar de qualidade na área da saúde. Esta certificação é fruto do empenho de toda a comunidade hospitalar, seus funcionários, médicos, gestores, dirigentes e da parceria com a instituição acreditadora, Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS). Nesses anos todos de evolução profissional e tecnológica, que resultaram em muitos títulos, prêmios e certificações, a maior aprendizagem obtida está na "constância de propósitos", a fim de alcançar os objetivos planejados. É essa constância de propósitos que faz do Tacchini um Hospital de destaque pela sua qualidade assistencial.

↓
hotsites

SISTEMA DE AVALIAÇÃO +

PRÊMIO QUALIDADE RS +

CONGRESSO INTERNACIONAL +

REUNIÃO DA QUALIDADE +

WORKSHOP REGIONAL +

parceiros

Um Brasil melhor se faz com qualidade de vida para todos.

PGQP apoia

Editorias

Economia

Educação

Esporte

Geral

Política

Segurança

Empresas,
Negócios & Cia

Empresas, Negócios & Cia/Saúde

13.01.2011 | 16H40

TAMANHO DA LETRA  **[REDACTED] projeta ações até 2015**

Missão, visão e valores foram apresentados aos colaboradores no final de 2010

Fotos: Morgana Braido



O Planejamento Estratégico do Hospital [REDACTED] para o período 2011-2015 foi apresentado pela direção aos colaboradores no final de dezembro, no auditório da instituição. Com metas que contemplam todas as áreas da assistência à saúde, visando prestar um atendimento cada vez mais qualificado e resolutivo a todos pacientes, o Hospital [REDACTED] continuará ampliando os diversos serviços de saúde com tecnologia de última geração e o constante aprimoramento profissional de toda a equipe de trabalho.

No seu pronunciamento, o presidente do Conselho de Administração, João Farina Neto, enalteceu a competência dos grupos de colaboradores e da equipe administrativa, ressaltando a seriedade do planejamento estratégico no Hospital [REDACTED] e a busca constante por novos índices de qualidade total. O superintendente geral, Armando Piletti,

Empresas,
Negócios & Cia

Serra2

Saúde

Corporativo

Classigrátis

Anuncie

SerraClick

Sento Gonçalves

Saxias do Sul

Outras Cidades

Fotos do

No seu pronunciamento, o presidente do Conselho de Administração, João Farina Neto, enalteceu a competência dos grupos de colaboradores e da equipe administrativa, ressaltando a seriedade do planejamento estratégico no Hospital **SerraNossa** e a busca constante por novos índices de qualidade total. O superintendente geral, Armando Piletti, reforçou o compromisso do **SerraNossa** com a comunidade, afirmando que é preciso buscar sempre o melhor atendimento aos pacientes.

Visão de futuro

Durante o evento, foram apresentados vários itens do novo Planejamento Estratégico, bem como a Missão, o Foco Estratégico e a Visão. A Missão é "oferecer soluções integradas em saúde, contribuindo para a qualidade de vida da comunidade regional, com estrutura sustentável". O Foco Estratégico é "atendimento de excelência com crescimento sustentável". E a Visão é "ser um centro referencial em saúde na alta complexidade, com prioridade em Oncologia e Traumatologia até o ano de 2015".

Também houve a divulgação dos setores premiados através do Sistema Interno de Avaliação (SIA). O grande vencedor foi o Laboratório de Análises Clínicas, com uma pontuação que superou todas as expectativas. Já o Posto 1, da ala da Psiquiatria, foi o vencedor do concurso interno de Decoração Natalina. A programação contou ainda com um momento de oração e reflexão, com o padre Isidoro Bigolin e encerrou com uma grande confraternização.

Siga o SerraNossa!

Twitter: <http://www.twitter.com/serranossa>

Facebook: Jornal SerraNossa

Mande postais gratuitos do RS e de todo o país. Agende eventos

Anuncie gratuitamente no maior site brasileiro de classificados

⇒ Usuários Online

convidado !
Temos agora 0 usuário(s)
e 47 convidados online.

⇒ O que você viu

- Zilá Breitenbach presta homenagem aos 84 anos do Hospital**

No Image Available

Publicação:
28/10/2008

A deputada Zilá Breitenbach (PSDB) ocupou a tribuna nesta terça-feira (28), no período do Grande Expediente, para homenagear os 84 anos do Hospital [REDACTED] de [REDACTED]. A instituição, que atende a pacientes da região da Serra, conta com 194 médicos das mais variadas especialidades e 1.151 funcionários, além de manter uma escola de educação profissional, responsável pela formação de Técnicos em Enfermagem. "Atualmente, é a empresa que mais gera empregos no município de [REDACTED]. Levantamento realizado recentemente constatou que o Hospital [REDACTED] oferece tantos benefícios, ou até mais, do que muitas grandes empresas nacionais e multinacionais", ressaltou a parlamentar.

O hospital oferece 290 leitos de internações; 10 leitos em UTI clínica de adultos; 12 leitos em UTI pediátrica e neonatológica; Emergência 24 horas e remoções; Centro Cirúrgico Geral com 9 salas; Centro Cirúrgico Ambulatorial com 7 salas; Centro de Recuperação Cirúrgico com 28 leitos; Centro Obstétrico; Centro de Diagnóstico (Exames Clínicos e Imagem); Centro de Diagnóstico e Tratamento (Oncologia, Hemodiálise, Fisioterapia, Oftalmologia, Urologia, Hemodinâmica e outros); Unidade de Assistência Domiciliar e Serviços Ambulatoriais; Centro de Treinamento e Desenvolvimento (Escola de Técnicos de Enfermagem); Auditório para ações de Medicina Preventiva e outras atividades.

Zilá lembrou também que, concorrendo ao lado dos administradores dos melhores hospitais do Brasil, o administrador do [REDACTED] Armando Piletti, obteve o primeiro lugar do prêmio anual Johnson & Johnson de Administração Hospitalar - 2007. "A instituição distingue-

**ANEXO E – ARTIGOS JORNALÍSTICOS SOBRE A FISCALIZAÇÃO DO COREN-
RS**

12/04/2010 - [REDACTED] - COREN-RS afasta pessoas inabilitadas do serviço de Enfermagem

A Fiscalização do Conselho, em mais uma Operação Florence Nightingale realizada nos dias 8 e 9 (quinta e sexta-feira), afastou 42 pessoas do serviço de Enfermagem do [REDACTED].

De acordo com o apurado pela equipe de Fiscalização do COREN-RS, a maioria das pessoas era contratada como auxiliares hospitalares, desde a data da matrícula no Curso Técnico de Enfermagem (do próprio Hospital). Os auxiliares hospitalares desenvolviam todas as atividades pertinentes ao Técnico de Enfermagem, incluindo áreas críticas, como neonatal, hemodiálise, UTI, sem nenhum conhecimento teórico ou prático.

Conforme levantamento feito pela Fiscalização, a supervisão, mencionada pelo hospital ser realizada pelas enfermeiras do Hospital, não ocorria na sua integralidade.

Vale reforçar que a Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que regulamenta o estágio, é clara: estagiário não é funcionário; não pode desenvolver ações de enfermagem sem supervisão de professor da escola (no máximo 6 alunos por professor); não pode exceder 4 horas diárias de trabalho; o estágio não pode ser realizado em final de semana (com exceção de sábado).

Todos os fatos apurados foram devidamente comprovados pelos Enfermeiros Fiscais do COREN-RS. Os 42 funcionários afastados declararam em ata, de próprio punho, o desenvolvimento de suas atividades de técnico de enfermagem, sua carga horária e seu contrato de trabalho.

Diante das irregularidades, e do risco que elas representam para a saúde da comunidade atendida pela instituição, o COREN-RS, além do afastamento dos auxiliares hospitalares dos Serviços de Enfermagem, encaminhou denúncias para a Secretaria Municipal de Saúde; Vigilância Sanitária; Coordenadoria Regional de Educação; Ministério Público de Trabalho de Caxias do Sul e registro de ocorrência pública por exercício ilegal da profissão.

A Enfermeira Responsável Técnica (RT) da Instituição recebeu prazo de 48 horas para recompor os setores com profissionais de Enfermagem. Os RTs do Hospital e da Escola foram convocados para reunião na sede do COREN-RS no próximo dia 15.

Ao afastar 42 pessoas o COREN-RS reafirma que está vigilante na fiscalização dos serviços de Enfermagem, protegendo a saúde da população e a profissão.

Conselho Regional de Enfermagem faz operação na quinta e sexta-feira no Hospital [REDACTED]

Guia de Recolhimento

Kelly Isis Pelisser | kelly.pelisser@pioneiro.com

Doc. Nec. Rescisão

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RS) afastou 30 funcionários do Hospital [REDACTED]

Jurídico

[REDACTED] Conselho, por exercício ilegal da profissão. A operação chamada

Convenções

Florence Nightingale, em homenagem a uma das pioneiras da enfermagem, constatou a atuação de funcionários sem formação técnica.

Denúncia

Geral

Segundo o coordenador da Subseção de Caxias, Paulo César Pich, estes trabalhadores eram

Jornal

contratados como auxiliares hospitalares, mas atuavam como técnicos de enfermagem, inclusive em

Sindicalize-se

setores como a hemodiálise, pediatria e UTI, assumindo escalas de plantão. Os funcionários

afastados são estudantes do curso de técnico em enfermagem mantido pelo próprio hospital, mas

que ainda não tinham formação para assumir essas funções. Pich exemplifica que uma das

profissionais foi contratada em fevereiro de 2009 para o setor de hemodiálise, mas só estava apta a

ANEXO F – CERTIFICAÇÃO ONA

