

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

Mestrado Profissional em Saúde Pública

Eugênia Silva de Souza

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR
COMPETÊNCIAS: UM ESTUDO DE SUA
APLICABILIDADE COM ENFERMEIROS
DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL
NO MUNICÍPIO DE RECIFE**

RECIFE

2010

EUGÊNIA SILVA DE SOUZA

Avaliação de desempenho por competências: um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no município de Recife

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadoras:

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S725a Souza, Eugênia Silva de.

Avaliação de desempenho por competências: um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no município de Recife / Eugênia Silva de Souza. — Recife: E. S. de Souza, 2010.

144 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadoras: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado.

1. Avaliação de desempenho. 2. Competência profissional. 3. Equipe de enfermagem. 4. Administração em saúde pública. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Furtado, Betise Mery Alencar Sousa Macau. III Título.

CDU 614.253.5

EUGÊNIA SILVA DE SOUZA

Avaliação de desempenho por competências: um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no município de Recife

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr. Iracema da Silva Frazão
Universidade Federal de Pernambuco

A minha mãe, Wilma Silva de Souza.

Aos meus irmãos, Wiltércia, Eunice e Francisco.

Aos profissionais de saúde que se dedicam a tarefa do cuidar.

AGRADECIMENTOS

Especialmente a Deus pela onipresença nos momentos de angústia, sobretudo de alegria.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco abrir caminhos nunca antes percorridos.

As professoras Idê Gurgel, pelos ensinamentos.

Aos profissionais do Hospital da Restauração que me apoiaram neste trabalho.

A Ana do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração, pelo aprendizado e apoio.

Aos colegas do Mestrado Profissional pela companhia.

As minhas orientadoras Paulette Cavalcanti e Betise Furtado pela compreensão, carinho e correção.

As amigas Rebeca Fraga e Diná pelo companheirismo e ajuda incondicional na coleta de dados.

SOUZA, E. S. **Avaliação de desempenho por competências:** um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no município de Recife. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O modelo de avaliação de desempenho por competências permite a construção de avaliações personalizadas e investiga o exercício de competências na perspectiva de responsabilidade que mede em que grau está a responsabilização do servidor sobre seus próprios atos. O objetivo geral deste estudo foi analisar a aplicabilidade do método da Avaliação de Desempenho por Competências junto aos enfermeiros da rede estadual de Pernambuco. A metodologia propõe a construção participativa do instrumento de avaliação em todas as fases que a compõe. Foram feitas reuniões, visitas aos setores e oficinas de trabalho para alcance dos objetivos específicos de identificar o perfil de competências dos enfermeiros, estabelecer as similaridades entre os perfis e testar os instrumentos construídos propondo as adaptações necessárias. As dificuldades relacionadas a implementação deste modelo no setor público de saúde estariam voltadas para a operacionalização dele, pois, requer que a formulação e a aplicação sejam feitas de forma participativa e interativa e as vezes é difícil sensibilizar e alcançar o envolvimento dos servidores. Estas dificuldades poderão ser minimizadas se a avaliação de desempenho estiver vinculada a uma política eficiente de Recursos Humanos e inserida ao Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos dando significado e valor a ela incentivando um maior comprometimento devido aos resultados influenciarem na progressão da carreira profissional. O sistema de avaliação de desempenho por competências demonstrou ser consistente por seus resultados permitirem a identificação das competências que precisam ser desenvolvidas, aprimoradas ou reforçadas. Este modelo de avaliação fornece subsídios para que a coordenação dos Recursos Humanos, aliada as coordenações dos setores, possam investir na educação continuada em serviço, focalizando os esforços na formulação de estratégias para que os servidores através de suas ações agreguem valor a organização.

Palavras chave: avaliação de desempenho, competência profissional, equipe de enfermagem, administração em saúde pública

SOUZA, E. S. Performance evaluation by competencies: a study of their applicability with nurses a statewide public hospital in the city of Recife. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This model evaluation of performance for abilities allows the construction of evaluations of performance personalized investigates the exercise of these abilities in the responsibility perspective that he measures where degree is the responsabilização of the server on its proper acts. allowing the identification of empecilhos for the effective work in team. The general objective of this study was to analyze the applicability of the method of the Evaluation of Performance for Abilities next to the nurses of the state net of Pernambuco. The used methodology was of Helm (2005) that it considers the participativa construction of the instrument of evaluation in all the phases that compose it. Meetings, visits to the sectors and workshops of work for reach of the specific objectives had been made to identify the profile of abilities of the nurses, to establish the similarities between the profiles and to test the instruments constructed considering the necessary adaptations. The related difficulties the implementation of this model in the public sector of health would be come back toward the operacionalização of it, therefore, it requires that the formularization and the application are made of participativa and interactive form and the times are difficult to sensetize and to reach the involvement of the servers, could be minimized if the performance evaluation will be tied with one efficient of Human resources and inserted politics to the Plan of Positions Careers and Expirations giving meant and value it stimulating a bigger comprometimento. The objetividade, clarity and transparency of this model contribute for the attainment of the objectives and waited results of a process of evaluation of efficient performance in an organization subsidies so that the coordination of the sectors, can invest in the education continued in service, focusing the efforts in the formularization of strategies so that the servers through its action add value the organization.

Keywords: Employee performance appraisal, Professional Competence, team nursing, public health administration

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Competências comportamentais do grupo de Promoção de boas relações entre a equipe. _____	87
Quadro 2 - Competências comportamentais do grupo de Relação pessoal com o paciente. _____	88
Quadro 3 - Competências comportamentais do grupo de Relação pessoal com a equipe. _____	89
Quadro 4 - Competências comportamentais do grupo de Relação com o HR. _____	89
Quadro 5 - Competências exclusivas dos enfermeiros dos setores de UTI, clínica médica e urgência. _____	96
Gráfico 1 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores do setor de emergência, clínica médica e _____	98
Gráfico 2 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores do setor de emergência, clínica médica e _____	102
Gráfico 3 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores do setor de emergência, clínica médica e _____	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos de competências comportamentais e o quantitativo de competências por grupo. _____	68
Tabela 2 - Níveis da escala comportamental. _____	69
Tabela 3 - Grupos de competências técnicas e o quantitativo de competências por grupo. _	70
Tabela 4 - Níveis da escala Técnica. _____	71
Tabela 5 - Grupos de competências de responsabilidade e o quantitativo de competências por grupo. _____	73
Tabela 6 - Níveis da escala de responsabilidade. _____	74
Tabela 7 - Avaliação de desempenho de um servidor da UTI no grupo de competências técnicas Administração da Assistência ao paciente. _____	77
Tabela 8 - Avaliação de desempenho de um servidor da UTI no grupo de competências técnicas Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem. _____	78
Tabela 9 - Percentual de desempenho de quatro servidores em cada grupo de competência técnica e na perspectiva técnica. _____	79
Tabela 10 - Percentual de desempenho dos servidores em cada grupo da perspectiva comportamental e a média geral da perspectiva comportamental de cada servidor e de todos os servidores. _____	80
Tabela 11 - Percentual de desempenho dos servidores em cada grupo da perspectiva de responsabilidade e a média geral da perspectiva de responsabilidade de cada servidor e de todos os servidores. _____	81
Tabela 12 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores sob dois pontos de vista na perspectiva comportamental. _____	82
Tabela 13 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores sob dois pontos de vista na perspectiva de responsabilidade. _____	82
Tabela 14 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores sob dois pontos de vista na perspectiva técnica. _____	82
Tabela 15 - Competências técnicas do grupo de Administração da Assistência ao paciente e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho. _____	91
Tabela 16 - Competências técnicas do grupo de Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho. _____	92
Tabela 17 - Competências técnicas do grupo de Assistência direta ao paciente e os graus	

estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho. _____ 93

Tabela 18 - Competências técnicas do grupo de Educação permanente em serviço e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho. _____ 94

Tabela 19 - Percentuais de desempenho nas perspectivas técnica e de responsabilidade sob a ótica do servidor e do supervisor, nos quatros grupos de competências que os compõe. __ 106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHA	Conhecimento Habilidade e Atitude
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HR	Hospital da Restauração
MS	Ministério da Saúde
NATA	Núcleo de Apoio Técnico Assistencial
NCTC	Nível de Competência Técnica do Colaborador
NCTF	Nível de Competência Técnica da Função
NCTS	Nível de Competência Técnica do Servidor
PCCV	Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos
POLÍTICA QUALISUS	Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS
RH	Recursos Humanos
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Processo Administrativo	24
2.2 A gestão de serviços públicos de saúde	30
2.2.1 Organizações profissionais	30
2.2.2 Organizações públicas	31
2.2.3 Organizações de serviços de saúde	32
2.2.4 Organizações públicas de saúde como organizações profissionais	34
2.3 A avaliação de desempenho	35
2.4 Noções de Qualificação e Competência Profissional	43
2.5 Concepções sobre Competência	46
2.6 Gestão por competências	49
2.6.1 Gestão de competências nos diferentes níveis organizacionais	50
2.7 Avaliação de Desempenho por Competências	52
2.7.1 Avaliação de Desempenho na Perspectiva Comportamental	53
2.7.2 Avaliação de Desempenho na Perspectiva Técnica	54
2.7.3 Avaliação de Desempenho na Perspectiva De responsabilidade	55
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	56
3.1 Tipo de pesquisa	56
3.2 Área de estudo/descrição do ambiente de estudo	57
3.3 População	58
3.4 Amostra	58
3.5 Coleta de dados	59
3.6 Plano de trabalho	60
3.6.1 Análise documental	60

3.6.2	Preparação do trabalho de campo	61
3.6.3	Construção do Inventário Comportamental	62
3.6.3.1	<i>Sistematização dos dados do Inventário Comportamental</i>	64
3.6.4	Confecção das oficinas de trabalho	65
3.6.4.1	<i>Preparação e realização das oficinas de trabalho</i>	65
3.6.5	Construção das Avaliações de Desempenho por Competências nas oficinas de trabalho	66
3.6.5.1	<i>Perspectiva Comportamental</i>	67
3.6.5.2	<i>Perspectiva Técnica</i>	69
3.6.5.3	<i>Perspectiva Responsabilidade</i>	72
3.6.6	Sistematização dos dados obtidos nas oficinas de trabalho	74
3.6.7	Aplicação dos instrumentos de Avaliação de Desempenho por Competências	75
3.6.8	Sistematização dos resultados das Avaliações de Desempenho por Competências	76
3.7	Procedimentos éticos	82
3.8	Dificuldades do trabalho de campo	84
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
4.1	Sensibilização do público-alvo e inventário comportamental	86
4.2	Oficinas de trabalho	87
4.3	Aplicação da Avaliação de desempenho por competências	96
4.3.1	Avaliação de desempenho na perspectiva técnica	98
4.3.2	Avaliação de desempenho na perspectiva comportamental	102
4.3.3	Avaliação de desempenho na perspectiva complexidade ou de responsabilidade	104
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	110
	REFERÊNCIAS	114
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	122
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	123
	Apêndice C - Carta de anuência	124
	Anexo A – Banner de divulgação	125
	Anexo B – Cartaz de divulgação	126
	Anexo C – Folder de divulgação	127

Anexo D – Inventário comportamental para mapeamento de competências _____	129
Anexo E - Orientações para preenchimento do inventário comportamental para mapeamento de competências _____	130
Anexo F – Indicadores comportamentais organizacionais _____	131
Anexo G – Lista das competências organizacionais _____	132
Anexo H – Descrição da função _____	133
Anexo I – Planilha de mapeamento de comportamentos da função _____	134
Anexo J - Tabela de mensuração para as competências técnicas da função _____	136
Anexo L – Avaliação de desempenho na perspectiva comportamental _____	137
Anexo M – Avaliação de desempenho na perspectiva técnica _____	139
Anexo N – Avaliação de desempenho na perspectiva de responsabilidade _____	141

1 INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde tem sido um dos alvos privilegiados das iniciativas nacionais de reformulação da administração pública, devido a aspectos como a magnitude de seus gastos e do quantitativo de pessoal nele empregado (SANTOS; GERSCHMAM, 2004). Dentre os inúmeros desafios existentes na gestão pública hospitalar, está a redução dos custos e melhora da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários.

A gestão pública do setor saúde enfrenta dificuldades, pois, além de competir por recursos com outros setores, precisa se adequar a nova conjuntura ambiental caracterizada por diversas mudanças. Revolução de ordem demográfica explicada pela diminuição das taxas de mortalidade e pelo crescente número de idosos, que promove crescentes taxas de consumo de serviços de saúde; revolução epidemiológica relacionada ao aumento das doenças crônico-degenerativas, das doenças emergentes e re-emergentes, além das já conhecidas doenças infecciosas; revolução tecnológica, devido a incorporação de novas tecnologias que não substituem as anteriores, aumentando os custos da assistência; e revolução informacional que se deu a partir do aumento da socialização das informações que confere maior poder de decisão aos consumidores que buscam cada vez mais qualidade no serviços de saúde oferecidos (VECINA NETO, 2001).

As instituições públicas de saúde pouco investem no estímulo ao desempenho e no acompanhamento do desempenho do trabalho, demonstrando com isso desinteresse para com a gestão de pessoas. Esta falta de investimento para com a gestão de pessoas na rede pública de saúde interfere negativamente no serviço que é prestado aos usuários, pois o comportamento da organização para com o servidor se reflete na qualidade da assistência fornecida ao usuário. Um servidor reconhecido e valorizado poderá vir a ser uma poderosa ferramenta para o alcance da excelência organizacional (CHIAVENATO, 1981).

O processo de avaliação de desempenho promove embasamento para julgar sistematicamente o resultado do trabalho dos servidores, podendo fundamentar decisões em relação a aumento de salários, promoções, transferências e afastamentos. A organização pode ainda utilizar estes dados obtidos, para demonstrar para o servidor como está o seu

desempenho, reforçando neste, comportamentos que agreguem valor a instituição e investindo nas potencialidades identificadas (DUTRA, 2008).

As instituições públicas, que prestam serviços de saúde, não possuem tradição em avaliação de desempenho, o que pode vir a ser um dos elementos que impedem o alcance da eficiência de suas ações. Nessas organizações os serviços possuem peculiaridades que os tornam particulares em termos de seus elementos constitutivos e de seu funcionamento, são organizações de serviços profissionais e dependem do trabalho de especialistas para atenderem necessidades complexas, e são caracterizadas como serviços públicos, submetidos ao regime de Estado que segue uma lógica diferenciada do mercado (DUSSAULT, 1992).

As organizações de serviços profissionais, denominadas por Mintzberg (1995) como “organizações profissionais”, são organizações formadas por operadores, com um elevado grau de especialização, que produzem bens ou serviços. O trabalho de produção nessas organizações, que funcionam a partir da atuação de operadores, exige qualificação de alto nível por ser complexo e variável. Estes operadores altamente especializados possuem autonomia na realização das suas atividades e costumam conservar muita discrição sobre a maneira como produzem o bem ou serviço para seus clientes. Existem ainda outros componentes da organização integrados a prática profissional dos operadores, são eles: os gerentes, o centro de decisão, técnicos ou analistas e o pessoal de apoio.

Estas organizações atendem uma demanda com exigências muito particulares e com necessidades complexas, pois, estão permeadas por questões biofísicas e psicossociais que variam de acordo com a classe social, com a representação da saúde e da doença, da morte, do tipo de usuário e do tipo de problema que ele apresenta. A organização deve respeitar as especificidades desses usuários, adaptando seus serviços às necessidades destes.

Os atores envolvidos na dinâmica dos serviços de saúde, ao cumprirem seus papéis, demonstram a existência de interesses por vezes divergentes, que podem vir a comprometer a prestação dos serviços aos usuários. O governo busca benefícios políticos, as empresas de materiais e produtos benefícios financeiros, os profissionais aumentar suas habilidades, os usuários acesso a serviços eficazes e os serviços privados obter o máximo de lucro possível. Esses interesses divergentes podem alterar o curso da prestação de um serviço de qualidade ao usuário, que tem como direito ser tratado com ética, tendo o seu bem-estar como meta principal da atuação dos atores envolvidos no fornecimento desses serviços (DUSSAULT, 1992).

Outra questão que pode interferir na prestação do serviço ao usuário é autonomia limitada dos dirigentes das organizações de saúde pública, por estarem submetidos a uma autoridade externa que centraliza as decisões.

As organizações de saúde, não serão produtivas se os processos de produção forem formais e com coordenação autoritária para com o trabalho dos profissionais. Elas devem facilitar o trabalho autônomo dos prestadores, garantindo que estes estejam em conformidade com os objetivos organizacionais (MINTZBERG, 1995).

Dussault (1992) sugere uma organização com atitudes descentralizadas e flexíveis, com capacidade de tomar decisões de acordo com as necessidades e peculiaridades de seu ambiente, mantendo a autonomia de seus profissionais, que além de ser um direito, é condição necessária para a prestação de serviços eficientes. A organização além de estabelecer mecanismos de controle da qualidade objetivando melhorar os serviços, pode ainda estabelecer a participação da comunidade na identificação das necessidades e também a avaliação dos serviços.

O tipo de gestão sugerido por Dussault (1992) para estas organizações profissionais que produzem serviços de saúde é o mais colegiado e consensual possível, devendo reconhecer o papel central dos profissionais, ao mesmo tempo em que tenta minimizar os efeitos não desejados da autonomia da prática profissional e do corporativismo. Esse tipo de gestão estabelece mecanismos que integram o profissional na formulação dos objetivos organizacionais, bem como na avaliação dos resultados, buscando co-responsabilizar os operadores pela criação e manutenção de um ambiente favorável ao trabalho multiprofissional para o alcance dos objetivos organizacionais.

Os gestores devem priorizar condições para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional para que o usuário possa receber a atenção devida. E para que esse ambiente de cooperação profissional seja estabelecido dentro da organização, os gestores devem incentivar a tomada de decisão por parte das equipes, criando um clima de confiança entre os profissionais. Esse ambiente favorável irá contribuir para a transformação do exercício profissional individual e em equipe. Outra estratégia que irá colaborar para a ação do gestor é o mecanismo de avaliação pessoal, pois, neste momento o profissional terá a oportunidade de refletir sobre sua atuação profissional e o gestor obterá resultados fidedignos para embasar suas decisões relacionadas aos profissionais (DUSSAULT, 1992).

Dentre a equipe multiprofissional que atua nas unidades hospitalares, a equipe de

enfermagem, se destaca por ser a maior em termos percentuais do quadro funcional e por permanecer 24h no ambiente hospitalar lidando diretamente com o paciente, sendo um dos alvos de investimento da instituição em gestão de pessoas. Na equipe de enfermagem o enfermeiro lidera a equipe de enfermagem e gerencia recursos físicos, humanos e materiais.

Os enfermeiros, tendo como referências a racionalização, a eficiência e a produtividade, devem atuar organizando, administrando, chefiando, treinando e supervisionando o pessoal técnico, desenvolvendo atividades relacionadas a assistência direta ao paciente. Esta atividade de assistência também é exercida por todos os elementos da equipe de enfermagem, especialmente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Estas duas atividades do enfermeiro, uma relacionada a assistência e a outra a gestão do serviço de enfermagem, fazem parte de um mesmo processo de trabalho. O enfermeiro implementa as normas e rotinas do serviço de enfermagem e ainda coordena os serviços de apoio, a partir da utilização de instrumentos da administração, viabilizando a assistência a saúde por parte da equipe multidisciplinar (SILVA; GOMES; ANSELMINI, 1993).

O enfermeiro tem ocupado cada vez mais espaço na gestão de serviços de saúde desempenhando o papel de gerenciar, planejar e organizar os serviços tanto de unidades hospitalares, quanto de unidades básicas de saúde, contribuindo com a organização e buscando conhecer o processo saúde-doença da população, através da vigilância epidemiológica articulada com a assistência a saúde.

Devido a ampliação do universo de atuação do enfermeiro se faz necessária a instrumentalização da prática de enfermagem em seus âmbitos de atuação, incluindo a gerência de serviços nos níveis primário, secundário e terciário de atenção a saúde. Para tanto, se faz necessário o investimento no desenvolvimento desta categoria profissional.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), deve-se aplicar uma metodologia, de desenvolvimento de pessoal, que permita a análise crítica da realidade e que oportunize a construção de novas formas de atuar, baseadas da política global de qualificação dos trabalhadores de saúde, em acordo com os princípios contidos na Reforma Sanitária Brasileira. E para que sejam feitos investimentos nesta área, é necessário que o desempenho do enfermeiro seja conhecido a partir da utilização de instrumentos fidedignos de investigação do processo de trabalho, para que os aspectos a serem melhorados em sua prática sejam conhecidos e possam receber os investimentos adequados.

Na área de saúde, são escassos os processos para o acompanhamento do desempenho

profissional dos funcionários. Na área de enfermagem, o que ocorre com certa frequência, é a utilização de formulários de avaliação para o período de experiência dos membros da equipe realizada pela educação continuada da instituição (ROSSO, 2005). Esses formulários são utilizados mais frequentemente na rede privada, e costumam avaliar apenas aspectos técnicos relacionados a prática da enfermeira durante os meses iniciais de trabalho na instituição.

Essa iniciativa da área de enfermagem para a avaliação de desempenho, normalmente é uma atividade isolada e desconectada da filosofia organizacional, demonstrando que esta avaliação de desempenho não se desenvolve de forma integrada a política de recursos humanos e, quando existente, tem metas com fins em si mesma, não sendo utilizada como instrumento gerencial para embasar novos planejamentos e melhorar resultados.

Quando a avaliação de desempenho é tratada com fim em si mesma, o diagnóstico de necessidades, treinamentos e desenvolvimento obtido reduz o seu processo a um simples julgamento de desempenho. A avaliação de desempenho deverá estar integrada a um sistema de gestão, para ser utilizada como um meio importante para identificar o potencial dos colaboradores, aumentar o desempenho da equipe e melhorar a qualidade das relações entre a equipe e superiores, servindo ainda de estímulo para o alcance de resultados positivos para o próprio servidor e para a instituição.

Se o gestor não possui informações seguras sobre os funcionários da organização, poderá encontrar dificuldades para embasar decisões referentes a dinâmica da equipe multiprofissional, deixando de investir adequadamente nos funcionários e contribuir para que este grupo alcance uma auto-estima positiva para o desenvolvimento de seu potencial produtivo. A utilização da avaliação de desempenho, juntamente com outras tecnologias de gestão, permitirá que a gestão de pessoas conduza os enfermeiros de forma estratégica, proporcionando um diferencial na gestão que as levará a contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais.

Um modelo de gestão de pessoas, o modelo de gestão por competências, poderá ser utilizado para identificar competências essenciais, habilidades e conhecimentos determinantes da eficiência profissional, reconhecendo lacunas de qualificação do funcionário e formulando estratégias para aperfeiçoar suas capacidades. A gestão por competências é um sistema que estimula os funcionários a desenvolverem suas competências profissionais através da aquisição de novas capacidades e do aumento das capacidades já existentes, transformando o seu desempenho antes regular em um alto desempenho (LEME, 2005).

Competências são entendidas como capacidades, conhecimentos e características pessoais que distinguem os profissionais. Visão estratégica, planejamento, organização, responsabilidade, acompanhamento, liderança, delegação, tomada de decisão, solução de problemas, iniciativa, pro atividade, criatividade, inovação, orientação a resultados, auto-desenvolvimento, administração de conflitos, capacidade de negociação, flexibilidade, adaptação a mudanças, competência interpessoal e trabalho em equipe são exemplos de competências (GRAMIGNA, 2007).

Os gestores das instituições devem investir no auto-desenvolvimento de competências, bem como no desenvolvimento das competências dos profissionais enfermeiros, pois, estes podem influenciar diretamente grande parte dos servidores do hospital durante sua prática diária. O incentivo ao desenvolvimento destas competências nas instituições hospitalares poderá ser realizado, através da utilização de uma das ferramentas do modelo de gestão por competências, que é a avaliação de desempenho profissional. No modelo de Gestão por competências, a avaliação é uma ferramenta que auxilia tanto o funcionário quanto a organização, a conhecer quais as competências que o funcionário possui e quais deverão ser desenvolvidas.

Diversas iniciativas nacionais têm sido formuladas para aperfeiçoar a gestão das instituições de saúde pública no Brasil. Estas iniciativas foram impulsionadas pelas mudanças ocorridas em todos os níveis sociais, devido a revolução política e institucional do país a partir da década de 80. O fim do regime militar possibilitou a implantação de propostas reformadoras, dentre elas a Reforma Sanitária, apoiada pela Constituição Federal de 1988, que passou a garantir legalmente o direito a saúde, assegurado pelo Estado, não limitado apenas a assistência médica, mas, como meio de acesso das pessoas ao emprego, à educação, à habitação, ao saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, à alimentação, à cultura e ao lazer, e ainda o acesso a um sistema de saúde de qualidade e eficaz (CAMPOS, 1992).

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da nova Constituição Federal estabeleceu no artigo 198, o princípio da responsabilização dos municípios sobre a saúde da população. Os municípios passaram a ter como meta investir em condições gerenciais, técnicas, financeiras e administrativas, para poder assumir suas novas atribuições. O Estado de Pernambuco, bem como os outros da região Nordeste, enfrentaram dificuldades no processo de consolidação da gestão descentralizada do SUS, devido a baixa qualificação e insuficiência de profissionais de saúde para assumirem o controle do processo de municipalização.

O Estado de Pernambuco, ciente da necessidade de buscar modelos que respondam aos desafios do setor saúde, continua a investir no aperfeiçoamento da gestão para o enfrentamento das inúmeras dificuldades vivenciadas por este setor. Estas dificuldades na gestão estão relacionadas a estruturas organizacionais defasadas, processos decisórios hierarquizados, operações desarticuladas e profissionais com pouca capacidade de reflexão para formular e implantar estratégias de mudança que elevem a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde prestados a população. O governo de Pernambuco e a Secretaria Estadual de Saúde tem tido iniciativas para reverter a tendência histórica, caracterizada pela centralização e conservadorismo da gestão, através de alterações nestes modelos, estabelecendo parcerias para o desenvolvimento de inovações gerenciais de natureza participativa e colegiada.

A Secretaria de Administração do Estado de Pernambuco frente ao atual cenário político e econômico percebeu a necessidade de redefinir estratégias, processos e melhorar as relações de trabalho. Optou por aumentar o desempenho de sua rede de serviços através da implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) com o intuito de valorizar seus servidores. O PCCV é direcionado a funcionários da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES) e a outros órgãos do Estado, sendo proposto em cumprimento a LEI COMPLEMENTAR Nº 84 de 30/03/2006 (DOPE 31/03/2006).

O PCCV de que trata a Lei Complementar 84 de 30/03/2006 (DOPE 31/03/2006), estabelece uma nova estrutura de cargos, funções, vencimentos, e institui instrumentos e critérios para a progressão, que possibilitam um melhor desempenho funcional do servidor, considerando aspectos de qualificação e de titulação para o ingresso e desenvolvimento nas carreiras. Nesta nova estrutura, a avaliação de desempenho é eleita como um dos três meios de progressão da carreira (PERNAMBUCO, 2006).

Avaliação de desempenho no PCCV é definida como um processo focado no desenvolvimento profissional e institucional, envolvendo gestores, servidores e suas representações de classe. Desempenho é descrito no PCCV como sendo a demonstração positiva do servidor, durante a sua vida laboral no serviço público, de conhecimento e qualidade dos serviços prestados; de quantidade do trabalho executado, de iniciativa e resolutividade no desempenho de suas funções; de espírito de colaboração e ética profissional; de aperfeiçoamento funcional, assiduidade, pontualidade e responsabilidade no exercício de seu cargo.

O PCCV visa dinamizar a estrutura da carreira dos servidores, destacando a sua

profissionalização, valorização e qualificação, elevando a auto-estima de forma adequada, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade. Este plano tem como objetivos específicos valorizar a carreira dos servidores, dotando o órgão ou entidade de uma ordem de cargos compatíveis com a respectiva estrutura organizacional, além de estabelecer mecanismos e instrumentos que regulem o desenvolvimento funcional e remuneratório na respectiva carreira. Para o alcance destes objetivos, propostos no plano, deverão ser adotados os princípios da habilitação, do mérito e da avaliação de desempenho para o desenvolvimento na carreira.

Esta iniciativa da Secretaria de Administração do Estado de Pernambuco representa a disposição do Estado de investir na gestão de pessoas. Esta demonstração de reconhecimento do Estado para com seus servidores poderá contribuir para a satisfação do funcionário, e conseqüente aumento da qualidade dos serviços de saúde prestados a população.

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) demonstra receptividade diante de iniciativas de construção de instrumentos de avaliação de desempenho que possam atender aos diferentes profissionais da área de saúde, inclusive os enfermeiros de sua rede hospitalar. O histórico da não utilização da avaliação de desempenho pelo governo, centraliza as decisões relacionadas as organizações, contribuindo para a inexistência de fonte de informações seguras e fidedignas sobre o desempenho dos colaboradores que compõe o quadro funcional. Estas informações poderiam contribuir para embasar a tomada de decisão referente aos recursos humanos.

A SES-PE pretende adotar modalidades de avaliação de desempenho, em cumprimento a Lei Complementar nº 84 de 30 de junho de 2006 que no Art. 6º, que institui, dentre outros, meios de progressão a avaliação de desempenho. Esta necessidade da SES-PE abre possibilidades, de que a avaliação de desempenho testada neste estudo, venha ser adotada como parte integrante do PCCV que está sendo implantado pelo governo de Pernambuco.

O governo de Pernambuco está vivenciando o processo de implantação do PCCV pela Secretaria de Administração, com o envolvimento e a participação das Secretarias dos diversos órgãos do Estado, com a participação de atores das mais variadas categorias profissionais, em organizações públicas que seguem uma lógica diferenciada do mercado e possuem contextos organizacionais e de gestão particulares. Este cenário é relevante e oportuno para a realização deste estudo que pretende verificar a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências como ferramenta que oportunize mudanças significativas na conduta do servidor e no desempenho de seu trabalho. Os conhecimentos revelados por este

estudo poderão servir para que os gestores que conduzem o PCCV conheçam a adequabilidade ou não desta ferramenta de gestão.

Para identificar se a avaliação de desempenho por competências é viável, buscamos responder algumas questões sobre a aplicabilidade desta modalidade, pois, apesar da avaliação de desempenho por competências ter sua eficácia demonstrada em diversos segmentos organizacionais, desconhecemos se essa modalidade de avaliação de desempenho é viável para organizações públicas, que produzem serviços de saúde.

Quais serão as competências, eleitas nos setores de emergência, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e clínica médica, como necessárias aos enfermeiros para o bom desempenho de sua prática profissional? Existem mais semelhanças ou diferenças entre as competências eleitas para os enfermeiros destes setores? Será necessária a construção de instrumento personalizado para os enfermeiros de cada setor? Esta modalidade de avaliação de desempenho é adequada, como ferramenta de gestão, para a realidade das organizações públicas de saúde de Pernambuco?

O pressuposto teórico que se apresenta para esta pesquisa é que a modalidade de avaliação de desempenho por competências é adequada a organizações públicas de saúde.

O objetivo geral deste estudo é analisar a aplicabilidade do método da avaliação de desempenho por competências, junto aos enfermeiros da rede pública estadual de Pernambuco. Buscamos responder aos objetivos específicos de identificar o perfil das competências necessárias aos enfermeiros da UTI, setor de Emergência e Clínica Médica de um hospital público estadual, no município de Recife; estabelecer as similaridades entre o perfil das competências definidas pelos enfermeiros da UTI, do setor de Emergência e da Clínica Médica do hospital selecionado, para construção do (s) instrumento (s); e testar o(s) instrumento(s) construído(s), junto aos enfermeiros da UTI, do setor de Emergência e da Clínica Médica do hospital público estadual selecionado, no município de Recife, propondo as adaptações necessárias.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Processo Administrativo

As organizações movem o mundo atual, as atividades da vida em sociedade são realizadas e interligadas por organizações. Vivemos em organizações, trabalhamos nelas e dependemos delas para tudo que fazemos. Atualmente, para a organização alcançar objetivos previamente estabelecidos o administrador deve utilizar as quatro funções básicas do processo administrativo: planejamento, organização, direção e controle.

“A administração é o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar os esforços dos membros da organização e de utilizar os recursos organizacionais disponíveis para alcançar objetivos organizacionais previamente estabelecidos” segundo Chiavenato (2004). Vale ressaltar que as pessoas constituem o elemento inteligente e dinâmico que manipula, opera e agiliza todos esses recursos.

A falta de atenção de algumas empresas para com a gestão de pessoas acaba por interferir negativamente na qualidade do serviço que é prestado aos clientes, pois a qualidade tem como uma de suas premissas um comportamento da organização dedicado ao colaborador. O colaborador sendo reconhecido e valorizado pela organização poderá contribuir para que a empresa alcance excelência, pois é a mente humana que tem as melhores idéias e propõe as melhores soluções e melhorias necessárias.

Segundo Vergara (1999):

Nessa nova era o que se quer são pessoas que tenham mentalidade global, aceitando e lidando com as contradições da vida, lidando com o inesperado, abrindo-se para si mesmas e para os outros, encontrando significado no trabalho e permitindo que outros também encontrem. Parece claro que tais pessoas devem ter certas características pessoais capazes de facilitar o processo de influência (VERGARA, 1999).

As pessoas têm talentos e habilidades que precisam ser descobertos explorados e utilizados, tendo o gestor o papel principal de estimular o desenvolvimento e o envolvimento dos colaboradores. A alta administração da organização possui o papel de definir as competências individuais e coletivas a serem desenvolvidas e atuar apoiando, nos aspectos necessários, a formulação, implantação e acompanhamento dos processos de aprendizagem contínua.

O processo de aprendizagem é um processo de transformação gerado por diversos estímulos que podem vir a produzir mudança de comportamento. E para empresa, adotar o processo de aprendizagem contínua e se utilizar estrategicamente dos talentos disponíveis na organização, deverá alterar a gestão de pessoas baseada no controle, padronização e rotinização para uma gestão de pessoas baseada na motivação e no aproveitamento estratégico dos resultados obtidos. A organização deverá conhecer os fatores motivacionais dos funcionários e investir neles para que as pessoas deixem de ser indiferentes em relação a empresa que trabalham e passem a “vestir a camisa” da empresa.

A motivação destaca-se como estratégia capaz de ser um fator que diferencie a empresa dentro do mercado tornando-a competitiva. E o sucesso das organizações é influenciado pela maneira como a gestão de pessoas está sendo conduzida. A forma pela qual se organizam as pessoas, a maneira pela qual elas são estimuladas e capacitadas e ainda como é criado e mantido um clima motivacional dentro do ambiente de trabalho, influenciam no desempenho da organização.

A qualidade de uma organização pode ser mensurada a partir da qualidade do produto ou serviço produzido e a partir da satisfação do cliente que será mais facilmente alcançada se os colaboradores estiverem motivados. O alcance da qualidade implica em inúmeros fatores motivacionais que fazem com que as pessoas se comprometam mais com a organização. A empresa deve identificar estes fatores motivacionais e fazer com que a liderança da empresa use-os como reforço do comportamento funcional adequado, canalizando forças de trabalho em direções construtivas (JURAN, 1990).

Maslow (1970) apresenta em seu livro intitulado “Motivation and Personality”, uma pirâmide que enumera necessidades que estão dispostas em níveis de importância e influência. E discorre sobre estas necessidades como sendo fatores motivacionais que levam o indivíduo a fazer o que tem que ser feito. As necessidades humanas citadas por Maslow são necessidade de auto-realização, necessidade de estima, necessidade de segurança e necessidades fisiológicas.

A partir da contribuição de Maslow (1979) ocorreram mudanças na forma de se perceber as pessoas que deixaram de ser vistas como um recurso ou dotadas de habilidades e capacidades ou apenas como possuidoras de conhecimento e destreza para a realização de tarefas para o alcance das metas organizacionais. As pessoas passaram a ser vistas como possuidoras de características próprias, cheias de personalidade, aspirações, valores, crenças, atitudes, motivações e com objetivos pessoais.

A organização deve reconhecer que as pessoas possuem talentos que precisam ser desenvolvidos e mantidos, e que são o capital intelectual que move a empresa em direção ao sucesso. Contudo motivar pessoas ou uma equipe não é simples e não existem fórmulas mágicas para se conseguir este feito. Faz-se necessária a combinação de uma série de atitudes essenciais ao comportamento humano para que se possa motivar e estimular os trabalhadores a contribuir para o alcance de bons resultados na empresa.

Herzberg (1959), um especialista em motivação discorre em sua “Teoria dos Dois Fatores” sobre fatores de higiene como não estimuladores da motivação, mas, como causa de desestímulo para as pessoas se não forem satisfeitos, ou seja, se um ambiente de trabalho for seguro e saudável isto por si só não será fator motivacional, apenas contribuirá para deixar os funcionários satisfeitos o bastante para que outros fatores possam motivá-los. Todavia, a ausência deste ambiente ideal será desmotivadora.

O retrato da organização no futuro não é constituído ao acaso, é definido através de planejamento, de ações pensadas e avaliadas em prol de um objetivo estabelecido baseando-se em algum método ou plano. Segundo Stoner (2002), o processo administrativo é um modo sistemático de fazer coisas em que todos os administradores, independente de suas aptidões ou habilidades particulares, participam de certas atividades inter-relacionadas visando a alcance dos seus objetivos.

O planejamento inicia-se com a seleção dos objetivos da organização seguida, do estabelecimento dos objetivos das subunidades da organização: suas divisões, departamentos etc. Assim que são determinados os objetivos, estabelecem-se os programas para alcançá-los de modo sistemático. Planejar significa que os administradores pensam antecipadamente em seus objetivos e ações, e que seus atos são baseados em algum método, plano ou lógica, e não em palpites” (STONER, 2002, p.5-6).

Para Chiavenato (2004) o planejamento é a primeira função administrativa, sendo nesta etapa decidido quais os objetivos para desempenho organizacional atual e futuro e ainda os recursos e tarefas necessários para alcançá-los adequadamente. O planejamento é uma das primeiras funções administrativas e uma das mais importantes, pois serve de base para as demais. Esta etapa do processo administrativo inclui a determinação da filosofia, metas, objetivos, políticas e procedimentos da instituição.

A organização sucede o planejamento e nesta etapa as relações são definidas, os procedimentos são delineados, o equipamento é disponibilizado e as tarefas são designadas. Organizar envolve também uma estrutura formal que ofereça coordenação e uso de recursos

de forma adequada, para que os objetivos da unidade sejam alcançados (Marquis; Huston, 2005). O objetivo da organização é estabelecer meios e recursos necessários para possibilitar a realização do planejamento, que irá demonstrar como a organização ou empresa tenta cumprir os planos. A organização é a função administrativa relacionada com atribuição de tarefas, agrupamento de tarefas em equipes ou departamentos e a locação dos recursos necessários nas equipes e nos departamentos (CHIAVENATO, 2004).

A etapa seguinte do processo administrativo é a direção que consiste em “influenciar e orientar as atividades relacionadas com as tarefas dos diversos membros da equipe ou da organização como um todo” (CHIAVENATO, 2004). A direção representa ainda a orientação daquilo que foi planejado e organizado e utiliza a influencia da comunicação, orientação, motivação e liderança das pessoas para desempenhar as tarefas essenciais (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Como última etapa do processo administrativo, temos o controle, que consiste em monitorar e avaliar o desempenho organizacional para verificar se as ações estão sendo realizadas de acordo com o planejado, organizado e dirigido. O controle é a função administrativa relacionada com a monitorização das atividades a fim de manter a organização no caminho adequado para o alcance dos objetivos, permitindo as correções necessárias para atenuar os desvios. Chiavenato (2004) reafirma a necessidade do controle na citação a seguir:

Torna-se necessária uma função administrativa que possa monitorar, acompanhar, avaliar, medir e assegurar que a organização esteja no rumo certo, produzindo resultados esperados e alcançando os objetivos propostos. O controle é algo universal, as atividades humanas qualquer que sejam sempre fazem uso do controle, consciente ou inconscientemente. O controle consiste basicamente em um processo que guia a atividade exercida para um fim previamente determinado. Quando se fala em resultados desejados, pressupõe-se que sejam conhecidos e previstos. Isso significa que o conceito de controle não pode existir sem o conceito de planejamento. Aliás, os controles requerem planos. Na verdade, o controle é o outro lado da moeda do planejamento. (CHIAVENATO, 2004. p. 512).

É função do administrador verificar continuamente as ações dos membros da organização para certificar-se que essas ações levam-na de fato em direção aos objetivos estabelecidos. Esta é a função de controlar, exercida pela administração que envolve quatro elementos principais: 1- estabelecer padrões de desempenho; 2 - medir o desempenho atual; 3 - comparar esse desempenho com os padrões estabelecidos; 4 - executar ações corretivas. Através da função de controlar, o administrador mantém a organização no caminho certo (STONER, 2002).

Para Robert L. Katz os administradores precisam ter três tipos básicos de habilidades: técnica, humana e conceitual. A habilidade técnica é a capacidade de usar os conhecimentos, técnicos e procedimentos de um campo de especialização. A habilidade humana é a capacidade de trabalhar com outras pessoas, de entendê-las e motivá-las como indivíduos ou como membros do grupo. A habilidade conceitual é a capacidade de coordenar e integrar todos os interesses e atividades de uma organização. Implica ver a organização como um todo, compreendendo como suas partes dependem umas das outras e prevendo como uma mudança em qualquer das partes afetará o todo (Apud STONER, 2002).

Enfatizando a importância da gestão eficiente dos profissionais de saúde, Cavalcanti (2000), afirma que os administradores são os responsáveis por questões como a racionalização, necessidade de avaliação e prestação de contas ou mesmo do próprio controle social, questões essas que são pouco discutidas e estão longe da prática dos profissionais diretamente ligados ao atendimento as populações.

As organizações públicas de saúde são consideradas organizações únicas por diversos aspectos. O usuário é considerado um agente passivo, que não tem domínio de seus direitos e se submete às decisões dos profissionais que prestam serviços de saúde. Isso leva a uma menor possibilidade de avaliar ou mesmo questionar os trabalhos técnicos, dificultando também o controle social. Por outro lado, os resultados a serem alcançados pela organização são de difícil definição e mensuração. Em muitos casos, uma terapêutica adequada pode não dar certo por fatores intrínsecos ao próprio indivíduo-paciente, sem que isso possa ser interpretado como um resultado negativo para o desempenho do profissional ou da organização (CAVALCANTI, 2000).

A elaboração de metas e estratégias para melhores resultados dos serviços de saúde é impossibilitada pela falta de dados confiáveis, resultantes da prestação desses serviços. Percebe-se que em nome da autonomia profissional, que já faz parte da cultura das nossas organizações de saúde, a não existência de mecanismos de avaliação, aliada a indefinição de critérios para a avaliação de desempenho quer institucional ou individual. Na concepção atual de administração, essa homogeneização dos profissionais mais e menos dedicados, mais e menos competentes, mais e menos comprometidos com a saúde da população é tida como prejudicial à eficiência dos serviços (CAVALCANTI, 2000).

A distribuição hierárquica das organizações é caracterizada por uma estrutura vertical e centralizada que tem favorecido a impessoalidade das relações, impedido ao longo dos anos o fortalecimento do trabalho em equipe, que se reflete em uma assistência descontinuada e

fragmentada. Este contexto demonstra que os gestores estão segregados da equipe multiprofissional, contribuindo para que os processos decisórios sejam lentos e distanciados da realidade dos setores da organização.

O sistema de gestão tradicional é caracterizado pela distância significativa entre a direção e o nível operacional o que impede a aproximação entre os gestores e os colaboradores estabelecendo uma relação hierárquica rígida e impessoal. A centralização das decisões é uma das características do modelo clássico de gestão, que tem como um dos princípios básicos a unidade de comando. Este princípio concentra o poder decisório fazendo com que os dirigentes, localizados no topo da pirâmide organizacional, raramente tenham contato com os reais problemas ocorridos nos setores de trabalho, fazendo com que suas decisões não sejam tão eficientes e eficazes para a resolubilidade dos problemas identificados.

Uma das tendências da administração contemporânea é tornar as relações interpessoais cada vez mais próximas, reduzindo significativamente as distâncias entre a gestão central e a base da estrutura organizacional, ampliando as relações de poder e transpondo as relações verticais. Como alternativa ao modelo de gerência clássica, a administração participativa é constituída por uma forma de administração onde as pessoas têm reais possibilidades de participar, com liberdade de discutir, sugerir, modificar, alterar, questionar uma decisão, um projeto ou uma simples proposta.

Na gestão colegiada é enfatizada a importância da formação de equipes multidisciplinares em que todos os profissionais estariam envolvidos com o mesmo tipo e trabalho. A base desse modelo gerencial é a constituição de unidades de produção com a presença de equipes profissionais autônomas, que estejam comprometidas e responsabilizadas pela saúde da população e ao mesmo tempo consigam atingir certo grau de satisfação no trabalho.

A gerência contemporânea fortalece as bases da organização do trabalho formando equipes, que certamente são mais democráticas, produtivas e humanizadas na implementação do trabalho. A fim de contribuir para valorização do capital humano e proporcionar condições agradáveis de trabalho, as organizações que estão em processo de reestruturação para acompanhar as novas tendências do mercado, estão adotando a avaliação de desempenho visando a satisfação intrínseca do indivíduo bem como o alcance dos objetivos organizacionais a partir da contribuição contínua dos trabalhadores.

2.2 A gestão de serviços públicos de saúde

2.2.1 Organizações profissionais

As organizacionais são constituídas por diversos componentes e cada um deles possui representações, tradições e suas próprias crenças, que podem influenciar na união ou divisão destes componentes. Mintzberg (1989) cita cinco componentes básicos na constituição das organizações: os operadores que produzem bens ou serviços, o centro de decisão, os gerentes, os especialistas ou técnicos e o pessoal e apoio. Os membros de cada um destes componentes da organização disputam a distribuição do poder e dos recursos disponíveis.

A estrutura de uma organização é caracterizada por Dussault (1992) como um conjunto de mecanismos de divisão e de coordenação do trabalho, a partir da utilização de vários mecanismos de coordenação a exemplo do ajustamento mútuo, da supervisão direta ou da padronização dos processos, dos resultados e das qualificações. Este último mecanismo de coordenação, pode ser bem utilizado por organizações que dependem de seus operadores para funcionar bem, como hospitais, universidades e firmas de serviços profissionais (contabilidade, engenharia, serviços jurídicos etc.). Mintzberg (1995) chama estas organizações de “organizações profissionais” devido a realização do trabalho de produção nestas organizações depender de profissionais qualificados em um alto nível.

As organizações profissionais são compostas por profissionais bastante qualificados, treinados, e possuidores de um considerável controle sobre seu trabalho que é altamente especializado, possibilitando que estes atuem no núcleo operacional de forma autônoma. Estes profissionais possuem controle sobre seu próprio trabalho atuando relativamente independente de seus colegas e de maneira próxima aos clientes pra quem fornece seus serviços. Um exemplo fornecido por Mintzberg (1995) é em relação a atuação dos professores que trabalham sozinhos em sala de aula, sem a participação dos colegas e superiores o que lhe confere grande liberdade de jurisdição. De forma semelhante, o médico trata seu paciente usando toda autonomia que lhe é conferida.

As organizações que abrigam profissionais, a exemplo destas citados por Mintzberg (1995), correriam risco de perder o controle sobre os serviços prestados aos clientes, devido a ampla autonomia conferida a estes profissionais. Para evitar que isto ocorra, as instituições

almejam que seus profissionais atuem de maneira coordenada, através da padronização de habilidades e conhecimentos. Esta padronização é feita inicialmente nas universidades ou em instituições especializadas onde os profissionais permanecem por anos desenvolvendo habilidades e conhecimentos. Posteriormente o treinamento é feito em serviço, quando o conhecimento formal é aplicado, e a prática de habilidades é aperfeiçoada sob a supervisão de membros da profissão. Após estes passos o profissional é admitido legalmente pelo seu conselho, prosseguindo com seu processo de treinamento adquirindo novos conhecimentos e habilidades em serviço e possivelmente se inserindo em algum novo treinamento formal na academia (MINTZBERG, 1995).

Todo esse processo de treinamento tem o objetivo de internalizar no profissional, padrões que coordenem o seu trabalho e ao mesmo tempo favoreçam a prestação do serviço aos clientes. Esta estrutura, de acordo com Mintzberg (1995), segue os padrões da Burocracia Profissional onde os saberes dos profissionais são gerados fora da estrutura organizacional, de maneira que padrões universais sejam utilizados por todos os profissionais, enfatizando nas organizações profissionais a autoridade profissional e não a hierárquica.

Os processos de trabalho dentro de organizações profissionais são difíceis de serem avaliados, pois, seus resultados não podem ser facilmente medidos, planejados ou controlados. Os gerentes e a tecnoestrutura da organização, tem sua atuação limitada pela ampla autonomia dos profissionais que tem grande quantidade de poder, e pouco podem fazer para coordenar o trabalho operacional. O trabalho deles normalmente se resume a supervisão direta dos operadores, ao ajustamento mútuo entre eles e aos de hierarquia elevada, o desempenho papéis-chave entre os profissionais de dentro e as parte interessadas de fora, a exemplo do governo, associações de clientes dentre outros (MINTZBERG, 1995).

2.2.2 Organizações públicas

As organizações de serviços públicos estão inseridas em um contexto sócio-político específico e suas normas de funcionamento são ditadas por um agente autoritário externo que determina seus objetivos gerais. Estas organizações são vulneráveis a interferência política e

dependem da capacidade econômica vigente no estado para instituir suas ações, tendo ainda seu funcionamento regulado externamente pelo governo. As organizações públicas tendem a seguir o mesmo perfil de regulamento desenvolvido pela burocracia estatal, devido a isto, as condições e a organização do trabalho tendem também a uniformização no setor público. Também costuma ser uniformizada a tomada de decisão dos dirigentes das organizações públicas, já que esta depende de uma autoridade externa que tende a centralizar as decisões (DUSSAULT, 1992).

Existem diferenças entre as organizações de serviços públicos e as organizações que oferecem serviços privados. Uma das principais é que as organizações de serviços públicos, dependem mais do ambiente sócio-político do que as organizações privadas, que costumam reger internamente sua organização. Outra característica marcante é a limitação da autoridade dos dirigentes de serviços públicos, o que não ocorre com os serviços privados que possuem ampla autonomia para tomada de decisões referentes a sua dinâmica de funcionamento.

Há ainda no serviço público a obrigação de prestar serviço ao usuário, pois, este como cidadão tem direito de ter acesso aos serviços ofertados. Esta obrigação de prestar serviço impede que exista a possibilidade de selecionar o usuário ou os problemas a serem atendidos ou que serviços oferecer como fazem no setor privado. Esta impossibilidade por parte das organizações públicas de interferir na demanda e na oferta, entra em contradição com a limitação dos recursos disponibilizados pelo governo. Entretanto, como as organizações públicas não são regidas pelas leis de mercado, podem continuar a sobreviver, mesmo não sendo eficientes, ao contrário das organizações que oferecem serviços privados que estão submetidas as leis de mercado e precisam obter lucro suficiente para continuarem a existir e ainda permanecerem competitivas.

2.2.3 Organizações de serviços de saúde

Os serviços de saúde possuem características próprias no que tange a organização e a gestão, pois, as necessidades atendidas por estes serviços têm dimensões biofísicas e psicossociais com variações de certo modo individuais e precisam de autonomia para adaptar

os serviços oferecidos às necessidades dos usuários. Outra característica, que contribui para que os serviços oferecidos pelo setor saúde sejam diferenciados, é não serem regidos pelas leis de mercado e pelo fato do consumidor permanecer subordinado ao profissional, por ter acesso limitado às informações que definem as suas necessidades bem como, a maneira como estas podem ser supridas (DUSSAULT, 1992).

Nas últimas décadas o aumento do acesso à informação médica e a elevação dos níveis educacionais têm contribuído para reduzir a dependência dos usuários, todavia estes ainda permanecem submissos diante do profissional.

O setor saúde por ter relevância social e econômica é uma área disputada por diversos atores, cada um deles com interesses divergentes. Por um lado os usuários buscam serviços baratos e de qualidade, do outro lado os profissionais querem desenvolver suas habilidades e alcançar bons salários. Acrescentam-se ainda outros atores também com interesses divergentes, as empresas de materiais visando vender, as organizações privadas querendo bons negócios e o governo querendo obter benefícios políticos (DUSSAULT, 1992).

Ainda de acordo com Dussault (1992) uma questão que se soma às especificidades do setor saúde, é a dificuldade de se medir a eficácia dos resultados produzidos por esses serviços. Esta dificuldade se dá por diversas limitações dos serviços em resolver problemas principalmente os casos de ordem psicossomática, as doenças mentais e as crônico-degenerativas. Somam-se a estas, as questões de ordem moral e ética que elucidam problemas relacionados “ao sigilo, ao direito do usuário, às informações sobre sua condição, garantia de continuidade do tratamento, intervenções experimentais e eutanásia”.

A habilidade dos serviços de saúde em resolver os problemas é muito limitada, por ter como objeto a saúde, que é composta por um conjunto de indicadores biológicos, comportamentais e ambientais que necessitam de intervenções de vários tipos. Esta constatação reforça a dificuldade de se medir ou avaliar a prestação dos serviços de saúde. Soma-se a este problema o atual contexto de profundas mudanças sanitárias, políticas, econômicas e sociais influenciadas pelo crescente custo da atenção à saúde no âmbito hospitalar (MARIN, 2001).

2.2.4 Organizações públicas de saúde como organizações profissionais

As organizações de saúde como organizações profissionais inseridas em um regime estatal possuem especificidades em sua organização e gestão. Uma das especificidades é que as organizações de saúde, segundo Dussault (1992), são organizações profissionais que dependem da atuação de especialistas que fornecem seus serviços com autonomia, serviços estes difíceis de avaliar devido a estarem permeados por valores e julgamentos morais e pessoais.

Nas organizações profissionais ocorrem impasses entre os operadores e os administradores, pois, este último encontra dificuldades em promover a adesão dos primeiros às metas organizacionais. Os administradores percebem que controlar em excesso o profissional, limita sua autonomia e por outro lado, a ausência de um controle poder gerar falta de consciência profissional e até mesmo incompetência.

Ocorrem também disputas por poder e espaço entre as diversas categorias profissionais, pois, cada grupo se define como único em seu ramo e tenta se proteger isoladamente. Esta disputa de poder dentro da organização deveria ser colocada de lado já que a colaboração dos profissionais de muitas disciplinas se faz necessária pela multidimensionalidade e multicausalidade do setor saúde. O trabalho em saúde exige uma prática multidisciplinar, sem fronteiras, com renúncia ao corporativismo e as rivalidades profissionais que acabam por prejudicar a prestação do serviço.

Outra especificidade que as organizações profissionais como organizações de saúde possuem, é que além do profissional estar vinculado a organização, está também subordinado ao conselho de acordo com sua categoria profissional. Os órgãos ou conselhos profissionais têm a finalidade de garantir a qualidade dos serviços prestados por seus membros, contudo, a atuação destes normalmente está limitada a intervenção em erros já cometidos pelos profissionais, e não na prevenção da ocorrência desses erros (DUSSAULT, 1992).

2.3 A avaliação de desempenho

Sistemas de avaliação de desempenho, mesmo que informais, sempre estiveram presentes desde os primórdios, pois o ser humano está sempre sendo avaliado pela sociedade onde está inserido. Esta avaliação adquire diferentes formas a depender da finalidade e objetivo de quem está avaliando. A atitude de avaliar é própria da natureza humana e ocorre naturalmente dentro e fora das organizações. Nas organizações a avaliação de desempenho ocupa um espaço importante na vida dos funcionários e contribui para boas perspectivas do futuro organizacional, podendo interferir no sucesso ou fracasso da empresa (GRAMIGNA, 2007).

Diversas mudanças vêm ocorrendo em nossa sociedade e a área de administração tem sido uma das áreas que tem sofrido transformações em grande velocidade. Esta área por se tratar de uma ciência nova fornece a falsa impressão, aos pesquisadores e profissionais, de estar sempre obsoleta o que contribui para constantes alterações.

Transformações sociais, econômicas, políticas e culturais tem ocorrido devido a ação do homem que foi quem causou e ao mesmo tempo vivenciou, os resultados do seu comportamento que trouxe tanto repercussões positivas quando negativas. Estas constantes transformações exigem mudanças culturais e comportamentais das organizações e de seus funcionários. Por isso, as empresas devem investir em atitudes que envolvam e comprometam os funcionários no alcance dos objetivos organizacionais. Isto não significa coagir os funcionários ou manipular seu comportamento para o alcance dos objetivos organizacionais, implica em estabelecer relacionamentos onde cada funcionário deverá ter seu próprio potencial desenvolvido de forma planejada podendo assim contribuir com o seu melhor para a organização (GRAMIGNA, 2007).

A abertura da economia brasileira ao capital estrangeiro, a estabilização da economia com Plano Real e a formação de blocos econômicos contribuíram para transformações econômicas. A entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento dos níveis de escolarização e maior acesso a informação geraram uma nova relação entre o indivíduo e o trabalho, por serem fatores que promoveram transformações no nível social e cultural. As transformações tecnológicas e de ordem organizacional são percebidas tanto no nível operacional quanto no estrutural.

As organizações precisam se tornar mais flexíveis para continuarem no mercado de maneira competitiva e a avaliação de desempenho, pode contribuir exercendo influência nas variáveis internas ou externas que estão presentes na organização. Como exemplos de variáveis temos: os clientes internos, os clientes externos, que são fornecedores e parceiros, o governos, os concorrentes e outras organizações (CHIAVENATO, 1981).

A avaliação de desempenho como um processo formal foi pensado originalmente para mensurar o potencial do funcionário de forma sistemática de modo a identificar problemas de gerenciamento, dificuldades de integração dos funcionários a organização, empecilhos na adequação da pessoa ao cargo, carências de treinamento. A partir destas constatações as organizações de saúde podem estabelecer estratégias para potencializar o aumento da qualidade de trabalho e de vida nas organizações. Vejamos a seguir, mais aspectos administrativos que se relacionam a avaliação de desempenho citadas por Guimarães; Leitão; Lourenço (1999):

Muito mais que uma metodologia de administração e desenvolvimento de recursos humanos, a avaliação de desempenho é um produto de relações sociais específicas, derivadas de estruturas sociais também específicas e, portanto, incorpora não apenas aspectos administrativos (o que, quem, quando, para que e como avaliar) e econômicos, mas também valores culturais, psicológicos e éticos que permeiam as relações de trabalho (GUIMARÃES; LEITÃO; LOURENÇO, 1999, p. 85).

A avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática da atuação de cada colaborador com objetivo de contribuir com o melhoramento das atividades que exerce, facilitando a percepção do seu perfil e ampliando as possibilidades de um planejamento estratégico personalizado das suas atividades diárias. A avaliação de desempenho busca mensurar o desempenho e fornece ao funcionário dados sobre sua própria atuação para que seu desempenho seja aperfeiçoado de forma coerente, sem comprometer sua independência ou motivação. Além de conscientizar o indivíduo do seu desempenho em suas funções, a avaliação de desempenho caracteriza o sucesso da organização e fornece dados sobre a realidade vigente.

Segundo Chiavenato (1981), a avaliação de desempenho é uma sistemática apreciação de desempenho do indivíduo no cargo atual e ainda com vistas ao seu potencial de desenvolvimento futuro. A avaliação de desempenho é tratada pela organização como um meio de otimizar a produtividade, de desenvolver os recursos humanos a partir da identificação do grau de contribuição de cada funcionário, de tornar possível a identificação

de qualificação superior ao cargo ocupado pelo funcionário e ainda como meio de promover o auto desenvolvimento, fornecendo subsídios para remuneração, e elaboração de planos para treinamentos de acordo com os objetivos organizacionais.

Toda avaliação é um processo para estimar ou julgar o valor, a excelência, as qualidades ou o status de alguma pessoa. [...] A avaliação do desempenho está centrada no ocupante do cargo, isto é, nas pessoas. A avaliação do desempenho constitui uma técnica de direção imprescindível na atividade administrativa. É um meio através do qual se pode localizar problemas de supervisão de pessoal, de integração do empregado à empresa ou ao cargo, do não aproveitamento de empregados com potencial mais elevado que aquele que é exigido pelo cargo, de motivação, etc. De acordo com os tipos gerais de problemas identificados, a avaliação do desempenho pode colaborar na determinação e no desenvolvimento de uma política adequada às necessidades da empresa (CHIAVENATO, 1981, p.191-192).

A avaliação de desempenho é um instrumento utilizado pelas organizações há muito tempo, pois existe uma preocupação constante em conhecer as capacidades do funcionário que estão a disposição da organização para serem exploradas em função dos objetivos pré-estabelecidos. Ainda de acordo com Chiavenato (1981), a avaliação de desempenho deverá ser um processo realizado periodicamente, consistindo na análise objetiva do comportamento do funcionário e posteriormente na divulgação dos resultados encontrados que poderão servir, de acordo com a política de recursos humanos da empresa, para promoções, progressões, demissões e como base para planejamento de treinamentos.

Os resultados obtidos a partir de um sistema de avaliação de desempenho adequado são a melhora do processo decisório dos Recursos Humanos (RH) que terá subsídios para investir em aspectos organizacionais ainda deficientes e com isso agregar valor a organização. O RH pode ainda, a partir dos resultados da avaliação, auxiliar no processo decisório em relação a alocação de recursos destinados a qualificação dos funcionários (BECHER; HUSELID; ULRICH, 2001).

O desempenho poderá ser avaliado pelo próprio colaborador, pela organização na pessoa do gerente ou pode estar centralizado no diretor dos recursos humanos.

Por avaliadores de desempenho entendem-se todas as pessoas que direta ou indiretamente possam estar envolvidas na atividade de detectar diferenças individuais de comportamento em situação de trabalho. Frequentemente, considera-se o supervisor direto como o único responsável pela avaliação do pessoal na empresa. Essa crença não tem apoio técnico e muito menos científico. Surgiu porque a maioria das empresas que se utilizavam da avaliação fazia do supervisor

direto único participante do processo. Isso aconteceu por muito tempo, sem que essas empresas se apercebessem dos inconvenientes desse tipo de avaliador exclusivo. A responsabilidade da avaliação se distribui por toda uma equipe de pessoas, que abrange desde o próprio avaliado até aqueles que têm poder de decisão dentro da organização empresarial. Sejam quais forem os elementos que estejam envolvidos nos procedimentos de avaliação, deve-se antes de tudo ter em mente que são pessoas e, como tal, podem cometer determinados enganos, apesar de sua natural predisposição em desincumbir-se da melhor forma possível dessa responsabilidade que lhes foi atribuída” (BERGAMINI, 1986, p. 143).

Em organizações mais democráticas o próprio indivíduo isoladamente pode ser o responsável pelo monitoramento do seu desempenho, medindo sua performance a partir de parâmetros pré estabelecidos pelo seu superior imediato.

Ao supervisor ou gerente cabe a tarefa de acompanhar seus subordinados e estes podem também, com o apoio dos recursos humanos, realizarem a avaliação de desempenho de forma unilateral dos seus funcionários. A junção do indivíduo e do gerente na avaliação de desempenho de forma conjunta é uma tendência forte onde o funcionário entra com a sua auto avaliação em função da retroalimentação fornecida pelo seu gerente que por sua vez orienta, treina, aconselha, informa, estabelece metas e objetivos e cobra resultados.

A avaliação de desempenho poderá ser feita de diversas formas. Pode ser feita pela equipe de trabalho que também poderá avaliar o desempenho de seus membros, o que dá possibilidades de cada indivíduo tomar providencias para seu crescimento pessoal. Neste modelo a equipe é a responsável pela avaliação de desempenho dos seus participantes e é ela quem define os objetivos e metas a serem alcançadas (LEME, 2006).

Há uma modalidade de aplicação da avaliação de desempenho bastante rica em dados que é a 360 graus onde diversos atores que interagem com o avaliado emitem diferentes informações vindas de todos os lados, do chefe, dos colegas, dos pares, dos subordinados e ainda dos clientes internos e externos. Outra modalidade é a avaliação para cima, que permite que a equipe avalie seu gerente de forma a revelar se este proporciona os meios e recursos suficientes para a equipe alcançar os objetivos propostos, permitindo que haja negociação entre equipe e gerente exigindo novas abordagens em termos de liderança, motivação e comunicação.

Existe ainda a possibilidade de uma avaliação coletiva que funciona com uma comissão constituída de pessoas pertencentes a diversos órgãos ou unidades. Esta comissão é composta por membros permanentes e transitórios. Os membros permanentes deverão ser o diretor dos recursos humanos e um especialista em avaliação de desempenho que irão garantir

a manutenção do equilíbrio dos julgamentos e do atendimento aos padrões organizacionais. Os membros transitórios serão os gerentes e supervisores que serão substituídos na comissão a medida que cada setor seja alvo das avaliações.

Além da modalidade de aplicação da avaliação de desempenho selecionada das descritas acima, existem métodos tradicionais de avaliação de desempenho, muito utilizados pelas empresas conforme Chiavenato descreve a seguir:

A avaliação do desempenho pode ser feita por intermédio de métodos que podem variar intensamente não só de uma empresa para outra, mas dentro da mesma empresa, quer trate-se de níveis diferentes de pessoal ou áreas de atividades diversas. Geralmente a sistemática da avaliação do desempenho atende a determinados objetivos traçados com base em uma política de aplicação do pessoal. [...] Cada sistemática atende a determinados objetivos específicos e a determinadas características das várias categorias de pessoas. Há vários métodos de avaliação do desempenho e cada um apresenta vantagens e desvantagens e relativa adequação a determinados tipos de cargos e situações (CHIAVENATO, 1981, p. 195-196).

Os principais métodos tradicionais de avaliação de desempenho descritos por Chiavenato (1981) são: Método das Escalas Gráficas, Método da Escolha Forçada, Método da Pesquisa de Campo, Método dos Incidentes Críticos, Método da Comparação aos Pares, Método das Frases Descritivas, Método de Avaliação por Resultados e Métodos Mistos, sobre os quais descreveremos a seguir.

O método das Escalas Gráficas é o mais simples, mais divulgado e o mais utilizado. Este método exige um rigoroso controle para que a subjetividade e o pré-julgamento do avaliador não conduzam a interferências. Neste método, a avaliação de desempenho das pessoas é feita através de fatores de avaliação previamente estabelecidos e graduados pelo supervisor. Nas linhas são listados os fatores de avaliação e nas colunas estão em sentido vertical os graus de variação daqueles fatores. Cada fator é definido com uma descrição sumária, simples e objetiva e quanto melhor for esta descrição melhor será a precisão do fator.

No método da escolha forçada o desempenho dos funcionários é medido por intermédio de frases descritivas de tipos de desempenho individual. Em cada bloco de perguntas, podem ser duas ou quatro perguntas por bloco, o avaliador deve escolher apenas uma ou duas frases que se apliquem ao desempenho do avaliado. A metade das frases do bloco de perguntas possui significado positivo e a outra metade significado negativo. O avaliador deve selecionar a frase que mais se aplique e a que menos se aplique ao

desempenho do avaliado.

O Método de Pesquisa de Campo é feito exclusivamente pelo chefe com assessoria de um especialista em avaliação de desempenho. Este especialista percorre todos os setores e entrevista o supervisor a respeito dos funcionários subordinados a ele em relação a causas, origens e motivos do desempenho por meio de análise de fatos e situações. É um método amplo que permite além do diagnóstico do desempenho do funcionário, a possibilidade de planejar o desenvolvimento do funcionário no cargo e na organização.

O Método de Incidentes Críticos é baseado na premissa de que no comportamento humano existem características extremas, que podem ser canalizadas para o alcance de resultados positivos. Por meio de uma técnica sistemática o supervisor observa e registra os fatos positivos e os fatos negativos relacionados ao comportamento do funcionário. As exceções positivas deverão ser reforçadas e utilizadas, enquanto as exceções negativas deverão ser corrigidas e eliminadas. Cada fator sendo positivo ou negativo deverá ser utilizado nesta modalidade de incidentes críticos. Estes formulários para registro dos incidentes críticos podem ser utilizados para todos os funcionários de forma padronizada. Existe ainda uma folha adicional a este formulário onde o supervisor poderá anotar itens de comportamento não contemplados nos fatores de avaliação selecionados.

O método que compara os funcionários dois a dois de cada vez é o Método de Comparação aos Pares. Neste método é anotado na coluna direita o funcionário considerado melhor em relação ao desempenho. Também podem ser utilizados fatores de avaliação de desempenho através de um formulário para cada fator onde o nome do funcionário que mais se destaca no desempenho do fator em questão, estaria na coluna a direita.

O Método de Frases Descritivas é diferente do Método de Escolha Forçada em não exigir a obrigatoriedade da escolha das frases em cada bloco. O avaliador deve selecionar as frases que realmente caracterizam o desempenho do avaliado positivamente e escolher aquelas que demonstrem o oposto de seu desempenho.

O Método de Avaliação por Resultados está ligado a programas de Administração por Objetivos. Este método faz uma comparação periódica entre as metas estabelecidas e as metas alcançadas por cada funcionário. A partir deste acompanhamento é possível perceber quais os pontos fortes e fracos dos funcionários e estabelecer as providências a serem tomadas até o próximo período de avaliação. Chiavenato (1981) sugere a avaliação por objetivos e destaca a interação que ela promove entre gestor e colaborador no sentido de negociarem os objetivos a

serem alcançados em determinado período de tempo. Estes objetivos estabelecidos para o funcionário devem estar alinhados aos objetivos organizacionais.

Os métodos tradicionais são caracterizados pelo excesso de burocracia, são rotineiros e repetitivos além de tratar os funcionários de forma homogênea e padronizada. Estes sistemas tradicionais de avaliação de desempenho descritos anteriormente demonstram em alguns casos a subjetividade da avaliação, que pode promover efeitos negativos. A subjetividade observada nestes modelos de avaliação pode estar relacionada a julgamentos, aos processos, a política da organização a inflexibilidade dos métodos e aos avaliadores.

Erros de julgamento podem ocorrer por parte dos avaliadores promovendo uma subjetividade da avaliação, pois o supervisor tende a avaliar exageradamente pontos positivos ou negativos dos funcionários ou ainda classificar os colaboradores de forma semelhante. Um julgamento precipitado por parte do avaliador pode ter várias origens como pressão na avaliação devido ao excesso de funcionários ou alguma forma de discriminação, que termina por penalizar os funcionários, pois, irão receber uma avaliação injusta. Podem ocorrer também ambiguidades pela falta de informações ou por informações errôneas que dêem subsídio equivocado para o avaliador, pois, nem sempre este está presente observando o comportamento do funcionário. Esta ausência poderá contribuir para uma avaliação injusta e desigual (LEME, 2005).

O comprometimento da efetividade da avaliação não está apenas relacionado ao papel do avaliador, pode estar ligado ao método de avaliação de desempenho selecionado que pode não ser adequado para medir o desempenho; aos parâmetros especificados que podem não estar de acordo com o que se espera do trabalhador; a partir da prática de não fornecer ao funcionário o retorno da sua avaliação de desempenho que faz com que ele não saiba o que se espera dele inviabilizando qualquer iniciativa de mudança.

A organização que não investe em uma avaliação de desempenho adequada contribui para que desigualdades e injustiças ocorram, tirando a credibilidade de todo o processo. Quando a avaliação de desempenho está relacionada a política de progressão de carreira na organização os efeitos da inadequação do sistema de desempenho assumem dimensões consideráveis, pois enquanto alguns funcionários são promovidos gradualmente outros permanecem sem promoções ao longo do tempo, provocando comportamentos altamente desmotivados nos que obtiveram baixas classificações e desconforto em alguns que alcançaram uma melhor avaliação.

A periodicidade da avaliação de desempenho é anual e costuma avaliar o desempenho como uma característica inerente ao avaliado desconsiderando sua atuação naquele determinado período de tempo. Esta postura do avaliador impede que novas iniciativas e atitudes do avaliado, no intervalo de tempo entre as avaliações, seja considerada. Desta forma é gerada uma uniformidade das avaliações individuais ao longo do tempo mesmo que o funcionário tenha apresentado alguma alteração no seu desempenho.

A tendência das organizações é buscar novos métodos mais participativos e impulsionadores de avaliação de desempenho para que eles se tornem cada vez mais simples e descontraídos, isentos de formalismos exagerados e de critérios genéricos e impostos por algum órgão centralizador e burocrático. As organizações que buscam aprimorar a gestão de pessoas para o alcance da excelência organizacional, têm deixado de considerar apenas o cargo e as tarefas desempenhadas pelo funcionário e passado a considerar suas competências pessoais (DUTRA, 2008).

Souza (2002) aponta para a necessidade de alteração dos parâmetros de avaliação que vem sendo praticadas a partir de conceitos mecanicistas que buscam o padrão e a objetividade, onde o dogma central dos dirigentes está limitado ao exercício do controle dos resultados organizacionais. As organizações precisam reformular seus modelos de práticas de gerenciamento de desempenho, pois o panorama atual demonstra contínuas mudanças de padrões de comportamento pessoal, profissional, cultural e organizacional. Esta nova abordagem implica em mover o foco da avaliação passiva para uma avaliação centrada na análise ativa do desempenho.

O papel do funcionário na avaliação de desempenho precisa ser revisto. Para Vroom (1997) uma auto-avaliação identificaria não apenas o ponto forte mostraria também, os pontos fracos e os potenciais. Os funcionários deixariam de ser passivos e passariam a ser agentes ativos da avaliação do seu próprio desempenho. Isto se refletiria na motivação das pessoas, pois estas seriam co-responsáveis pelo seu desempenho e assim poderiam contribuir para melhorar a eficácia dos serviços da empresa.

Esta intenção de co-responsabilizar o funcionário pelo seu desempenho é uma das propostas do modelo de Gestão por Competências, que é um sistema gerencial que visa impulsionar os funcionários nas competências profissionais, acrescentando mais capacidades e aumentando as já existentes. Este modelo de gestão utiliza uma ferramenta chamada Avaliação de Desempenho por Competências.

Inicialmente traremos as noções de qualificação e competência profissional e a seguir discorreremos sobre as concepções do termo competência e sua evolução ao longo do tempo. Em seguida ampliamos o entendimento sobre o modelo de Gestão por Competências.

2.4 Noções de Qualificação e Competência Profissional

As relações entre trabalho, qualificação e educação na formação profissional tem sido alvo de debates em nossa sociedade devido a mudanças tecno-organizacionais que vem ocorrendo no mundo do trabalho. A sociedade está envolvida, pois, as discussões circulam por diversos campos das ciências sociais a exemplo da economia, sociologia, história e antropologia. O governo, os empresários, os trabalhadores são os atores sociais envolvidos nos processos de mudança, participando ativamente das discussões. Os termos “qualificação” e “competência” estão presentes nos discursos e documentos dos agentes das instituições sociais e parecem ter matrizes distintas apesar de diversas vezes serem tratados como sinônimos (MANFREDI, 1999).

A qualificação a partir da concepção do modelo taylorista é entendida como um bem privatizado constituído por um conjunto de conhecimentos tecno-científicos, destrezas, habilidades, acumulo de conhecimentos e experiências obtidas através da vida escolar, do trabalho a partir de uma visão individual, pessoal e sem nenhuma influência sociocultural. Neste modelo taylorista é relevante apenas que os trabalhadores estejam aptos a desempenhar suas funções básicas. Este pensamento está apoiado em uma concepção comportamental rígida onde a formação profissional deve direcionar o ensino-aprendizagem as aspectos objetivos e operacionais em detrimento aos aspectos teóricos e abrangentes. Estes últimos aspectos estariam reservados aos que comandam e que possuem uma posição mais elevada dentro da hierarquia organizacional. No cotidiano, o conhecimento obtido a partir da experiência adquirida ao longo da prática do trabalho, também seria valorizado. (KUENZER, 1985).

A concepção de qualificação baseada nos modelos taylorista e fordista de organização da produção e do trabalho começa a perder credibilidade a partir da reorganização do sistema

capitalista que trouxe consigo, sistemas de produção flexíveis e novas formas de organização do trabalho.

O capitalismo promoveu a divisão do trabalho manual do trabalho intelectual revelando a supremacia do capital sobre o conhecimento gerado, ignorando que todo trabalho humano, envolve tanto a mente quanto o corpo. O trabalho manual envolve a percepção e o pensamento e o trabalho mental envolve alguma atividade corporal.

A partir do capitalismo ocorreram transformações tecno-organizacionais na economia mundial e estas vem interferindo nas condições, meios e relações de trabalho, qualificação, competência e formação profissional. A globalização da economia capitalista em escala mundial tem promovido alterações no mercado de trabalho, na estrutura ocupacional e nas qualificações profissionais (MANFREDI, 1999).

No Brasil não se pode afirmar que as transformações de base técnica e material estão diretamente relacionadas ao aumento de qualificação dos trabalhadores (MACHADO, 1994). O que se pode afirmar é que emerge um “novo perfil de qualificação de força de trabalho” que instituiu exigências como escolaridade básica, capacidade de adaptação a novas situações, entendimento global das atividades, trato e interpretação de informações e ainda responsabilidade para com os equipamentos altamente custosos. Este novo perfil de qualificação requer também capacidades de comunicação para o trabalho em grupo e ainda uma abertura a novas aprendizagens com a utilização de criatividade no enfrentamento de situações novas (MACHADO, 1996).

Esta nova abordagem fornecida ao termo qualificação vai de encontro ao modelo fordista onde a qualificação se limitava a transmissão de habilidades e conhecimentos no trabalho, a formação em determinados sistemas escolares e dependia do tempo de permanência na empresa. Hoje no modelo neo-fordista ou pós-fordista a qualificação está baseada em um sistema de qualificação que se inicia no momento da admissão e prossegue ao longo do exercício profissional na organização. Neste modelo, é valorizada a mobilidade ocupacional possibilitada a partir da multi-qualificação e da rotação de tarefas. A dimensão cultural é inserida requerendo do trabalhador colaboração dentro das equipes, entre os setores de produção e destes com a supervisão (CARRILO, 1994).

Há uma tendência em substituir a noção de qualificação pelo modelo da competência. Segundo Hirata (1994) o termo competência é oriundo dos discursos empresariais na França passando a ser utilizado por economistas e sociólogos. A noção de competência ainda é bem

imprecisa e decorreu da necessidade de avaliar e classificar novos conhecimentos e habilidades necessárias pelas novas exigências de situações de trabalho, que são regidas a partir dos novos modelos de produção e gerenciamento.

Tanguy (1997) afirma que não só apenas a França tem introduzido novas práticas de condição de trabalho em termos de competências, mas, outros países europeus como Inglaterra, Alemanha e Itália tem rompido com os modelos tradicionais de promoção e remuneração de trabalho. Modelos centrados em saberes e habilidades, que foram inicialmente utilizados por multinacionais fornecem racionalidade as reivindicações dos diferentes atores sociais como os empresários, autoridades governamentais, construtores de referenciais e os cientistas que legitimam as práticas.

No Brasil a noção de competência, que já era conhecida desde a década de 70 no espaço das ciências humanas, passa a ser utilizada nos discursos empresariais, pelos técnicos dos órgãos públicos e por cientistas sociais. Insere-se nos campos educacionais e no trabalho sendo no campo empresarial dado maior destaque as capacidades de agir, intervir e decidir em situações imprevisíveis e no campo educacional maior enfoque é dado aos conhecimentos e habilidades (LEITE, 1996).

Na década de 70 estudos desenvolvidos por Goldberg (1974) sobre a avaliação da competência profissional deram a competência o significado de grau de racionalidade ou adequação funcional dos meios aos fins. Para esta autora competência profissional seria “habilidade estratégica para produzir, de uma forma empiricamente demonstrável e graças a uma otimização de recursos, mudanças desejáveis (e socialmente aprovadas) no ambiente, neutralizando - tanto quanto possível a produção de mudanças indesejáveis (não aprovadas)”. O objeto da competência profissional seria um padrão de comportamento que produzisse resultados socialmente desejáveis que minimizassem desgastes e maximizasse o aproveitamento dos fatores envolvidos.

A autora ainda complementa dizendo que um desempenho profissional qualificado teria uma dupla dimensão de racionalidade: eficiência e eficácia. Estas nos possibilitam afirmar que toda competência profissional é sempre relativa. A autora conclui dizendo que “não há modelo absoluto de competência pairando no espaço e no tempo”, pois existem vários modelos históricos que dizem que um profissional só pode ser competente quando atinge determinados objetivos, sob certas condições.

A partir do entendimento da noção de competência percebemos que esta tem sido

considerada como alternativa a noção de qualificação. A noção de competência tem sido recriada pelas equipes de recursos humanos das grandes empresas capitalistas, a fim de criar novos critérios de acesso e permanência no emprego, seu reconhecimento e sua institucionalização. Esta noção tem sido cada vez mais abrangente não se restringindo ao saber fazer em seu significado operativo, mas, entendida a partir de uma memória histórica no que diz respeito as características sociais e de classe com diversos níveis de maturidade de consciência dos indivíduos com saberes e formas de agir tanto em contextos de trabalho quanto em contextos sociais (MANFREDI, 1999).

2.5 Concepções sobre Competência

Ao fim da idade média o termo competência estava associado à linguagem jurídica e se referia à capacidade de alguém ou alguma organização apreciar e julgar questões. Taylor já ressaltava no início do século passado, que as organizações tinham que ter indivíduos com desempenho eficiente de suas funções. Chamava-os de “homens eficientes” e ressaltava que a procura por estes homens excedia a oferta. O princípio taylorista da época ressaltava a importância da seleção e treinamento além do desenvolvimento das habilidades necessárias para o exercício das funções, contudo, restringiam-se as questões técnicas relacionadas ao trabalho. Devido às pressões sociais e ao aumento da de responsabilidade do trabalho, questões como aspectos sociais e comportamentais passaram a ser considerados nos processos de desenvolvimento profissional do empregado (TAYLOR, 1970).

A partir da incorporação da noção de competência dentro do ambiente organizacional, o termo competência adquiriu diferentes conotações conforme o relato de Brandão e Guimarães (2001).

O conceito de competência passa a ser utilizado de maneira genérica para qualificar o indivíduo capaz de realizar determinado trabalho (ISAMBERT, 1997). Scott B. Parry, citado por Coopers e Lybrand (1997, p. 126), define competência como:

[...] um agrupamento de conhecimentos, habilidades e atitudes correlacionados, que afeta parte considerável da atividade de alguém, que se relaciona com o desempenho, que pode ser medido segundo padrões preestabelecidos e que pode ser melhorado por meio de treinamento e desenvolvimento.

A concepção de gestão de competências citada por Magalhães (1997) restringe-se a questões técnicas relacionadas ao trabalho e a especificação do cargo e diz respeito ao “conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências que credenciam um profissional a exercer determinada função”. Os autores Dutra, Hipólito e Silva (1998), falam da competência como a capacidade individual de gerar resultados dentro das metas organizacionais.

Já Zarifian (1996), faz referência a meta-cognição e as atitudes relacionadas ao trabalho atribuindo menor destaque as questões técnicas. Para este autor competência, é “assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas, aliado ao exercício sistemático de uma reflexão no trabalho”. Neste contexto o conceito se baseia na premissa de que em um ambiente competitivo o trabalho não deve ser considerado apenas um conjunto de tarefas pré-determinadas e estáticas.

Para Sparrow e Bognanno (1994), competência está relacionada a um conjunto de atitudes que permitam ao profissional integrar-se rapidamente a um ambiente fazendo uso produtivo do conhecimento, tendo uma orientação para a inovação e a aprendizagem constantes. Outros, autores citam ainda que competência não seria apenas um conjunto de qualificações que o indivíduo detém, seria além disto necessário colocar em prática os conhecimentos internalizados, mobilizando-os e aplicando-os em um contexto específico.

Leme (2006) explica competência através do conceito intitulado CHA, que define uma pessoa como competente se esta possuir Conhecimento, Habilidade e Atitude. O conceito do CHA é subdividido por este autor em dois grupos: competências técnicas e competências comportamentais. O primeiro está relacionado a tudo que o profissional precisa fazer para exercer o seu papel, é o “saber” e o “saber fazer”. O segundo grupo se refere a característica competitiva de cada profissional e como esta característica é expressa no resultado do seu trabalho, é o “querer fazer”.

Este conceito do CHA citado por Leme (2006) pertence a Durand (1998), que construiu este conceito de competência baseado em três dimensões – “Knowledge, Know-How and Attitudes” (conhecimento, habilidade e atitude) – engloba tanto as questões técnicas como a cognição. Durand (1998) acrescenta que o desenvolvimento das competências só é

possível através do aprendizado individual e coletivo, envolvendo as três dimensões do modelo: pela assimilação de conhecimentos, integração de habilidades e adoção de atitudes significativas para o modelo organizacional a fim de alcançar um alto desempenho no trabalho. Abordagens como esta, estão sendo substituídas ou ampliadas, pois precisam integrar mais que aspectos técnicos, sociais e atitudes relacionadas ao trabalho, para poderem ser mais bem aceitas no meio empresarial e acadêmico.

Dutra (2001) discorre sobre uma nova relação entre trabalho e empresa na definição citada abaixo:

A competência de uma pessoa pode ser compreendida como sua capacidade de entrega. Uma pessoa é competente quando, graças as suas capacidades, entrega e agrega valor ao negocio ou empresa em que atua, a ele próprio e ao meio em que vive. Uma pessoa se desenvolve quando amplia sua capacidade de entrega. Estabelecendo diferentes níveis de de responsabilidade dessa entrega, estamos construindo uma escala para mensurar e orientar o desenvolvimento (DUTRA, 2001).

A definição de competência adotada neste estudo é a de Dutra (2001) pela amplitude dada a este conceito, que possui aspectos como entrega, de responsabilidade e espaço ocupacional na verificação da competência de uma pessoa, não reduzindo competência simplesmente a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Dutra (2001) esclarece que o fato de uma pessoa ter determinados conhecimentos, habilidades e atitudes não garantem a sua “entrega” e isto é o que agrega valor a organização. Este autor destaca que a competência de uma pessoa está intimamente ligada a sua “capacidade de entrega” que agrega valor não apenas a instituição, mas ao próprio indivíduo e ao meio em que ele vive gerando crescimento pessoal e organizacional. Crescimento pessoal devido ao aumento da eficiência e eficácia profissional e crescimento organizacional resultante do alcance dos objetivos organizacionais estabelecidos.

2.6 Gestão por competências

Mudanças na área produtiva tem levado a reestruturação das organizações, através da racionalização estrutural e técnica pelo desenvolvendo de novas tecnologias e modelos de gestão para tentar acompanhar as mudanças e garantir certo nível de competitividade atual e futura.

Cada vez mais as organizações buscam alcançar vantagem competitiva através do modelo de gestão baseado em competências. Embora exista o reconhecimento da importância das competências para a construção da vantagem competitiva, diversas empresas encontram dificuldades para delinear na prática estas competências (KING, 2002).

Dentro do ambiente acadêmico e organizacional a concepção da gestão por competências tem sido alvo constante de destaque devido a sua perspectiva estratégica inovadora dentro do espaço organizacional. Nos últimos anos as organizações têm percebido que para potencializar o alcance do sucesso almejado, devem investir nos talentos, aptidões e habilidades de seus colaboradores, através da gestão estratégica de recursos humanos. Esta percepção aumentou consideravelmente o interesse pelo assunto e a partir de então, pesquisas e estudos foram desenvolvidos neste sentido dando origem a uma corrente teórica que sugere a gestão de competências como ferramenta para gerar e sustentar vantagem competitiva.

Inicialmente se faz necessário estabelecer a diferença entre os termos gestão de competência e gestão por competências. O primeiro diz respeito a maneira pela qual se organiza, planeja, desenvolve, acompanha e avalia as competências essenciais para o funcionamento do negócio. Já o segundo termo sugere a organização do trabalho dividida em equipes de acordo com as competências necessárias. A gestão por competências pode estar incluída ou não na gestão de competências. A seguir serão feitas abordagens sobre os conceitos e suas origens e aplicações práticas da gestão de competências nos diversos níveis organizacionais.

2.6.1 Gestão de competências nos diferentes níveis organizacionais

Diversos autores têm a concepção de que competência se relaciona a equipe de trabalho e mesmo a uma organização em sua totalidade. Zarifian (1996) destaca que não se deve desconsiderar a dimensão da equipe no processo produtivo e que uma competência poderá ser atribuída tanto ao indivíduo quanto ao grupo. Durand (1999) por sua vez ressalta este aspecto ao afirmar que crenças e valores compartilhados pela equipe de trabalho interferem na conduta e no desempenho de seus componentes.

Prahalad e Hamel (1990) discorrem sobre o conceito de competência no nível organizacional referindo-se a um conjunto de conhecimentos, habilidades, tecnologias e sistemas físicos, gerenciais e valores, que produzem um diferencial competitivo para a organização. Para estes autores as competências essenciais são aquelas que conferem vantagem competitiva, ou seja, geram valores consistentes que são percebidos de forma diferenciada pelos clientes, bem como aspectos que os diferem de seus competidores e que são difíceis de serem imitadas pela concorrência. E ainda capacidade de expansão como competência essencial que abre portas para o futuro da organização. A Competência organizacional termina sendo o saber que a empresa acumulou e que lhe confere certo nível de competitividade atual e futura.

A partir destas constatações torna-se possível classificar as competências como humanas e organizacionais. A primeira se relaciona ao indivíduo e pode ser classificada em competência conceitual, técnica ou interpessoal. A segunda diz respeito à organização como um todo ou a uma de suas unidades. Conclui-se, que o conjunto de competências profissionais aliado aos processos e recursos gera a sustentação da competência organizacional.

A gestão de competências pode ser considerada uma tecnologia de gestão derivada da “Resource-Based Management Theory”. Esta teoria defende que atributos específicos organizacionais (recursos) são os que fazem o diferencial da empresa frente a concorrência.

Se a organização possui em seu domínio recursos raros, valiosos e difíceis de serem imitados, estes proporciona vantagens competitivas atuais e futuras (Taylor; Beechler; Napier, 1996; Raub, 1998). A corrente defendida pelos autores citados anteriormente sugere ainda que a gestão estratégica de recursos humanos produz uma vantagem competitiva sustentável pois desenvolve habilidades, gera conhecimento e produz boas relações sociais dentro da empresa

pelo desenvolvimento de competências.

Ienaga (1998) sugere um modelo que se inicia a partir da identificação do “gap” (lacuna) de competências da organização. O processo se dá a partir do estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançados seguindo a intenção estratégica da organização e depois, identificar as lacunas entre as competências necessárias a consecução desses objetivos e as competências internas disponíveis na organização. A partir de então o planejamento é feito através da captação, desenvolvimento e avaliação das competências.

A gestão de competências está inserida em um sistema de gestão organizacional. Desenvolve-se como um processo contínuo que tem como base a estratégia da empresa direcionando suas ações de recrutamento e seleção, treinamento, gestão de carreira, avaliação de desempenho entre outras, para a captação e desenvolvimento das competências essenciais para que se alcancem os objetivos pré-estabelecidos. Este processo promove a interação de todos os envolvidos na organização, sejam empregados, acionistas, clientes, diretores, fornecedores e clientes, desenvolvendo a “consistência interna da estratégia” que de acordo com Tilles (1997) causa um impacto positivo cumulativo sobre o desempenho organizacional.

O planejamento, a captação e o desenvolvimento bem como a avaliação de competências devem estar direcionados tanto ao nível individual quanto ao nível coletivo e em todos os níveis da organização. Pois, as pessoas é que são possuidoras das competências e são elas que dão origem e sustentação a competência organizacional, o que confere a empresa um grau de competitividade atual e futuro, tornando real a possibilidade de alcance de novos mercados devido a continuidade e sustentabilidade (PRAHALAD; HAMEL, 1990).

O processo de gestão de competências faria parte de um círculo onde as competências essenciais da organização seriam determinadas pelas competências individuais ou ao contrário, onde as competências individuais seriam determinadas pelas competências pertencentes a organização. E ainda, contaria com o envolvimento de todos os níveis organizacionais desde o corporativo até o individual, passando o divisional e grupal.

O imprescindível é que a gestão de competências esteja de acordo com as estratégias organizacionais descritas pela missão, visão e objetivos construídos pela organização.

2.7 Avaliação de Desempenho por Competências

Nos últimos anos as mudanças contínuas dos padrões de comportamentos pessoal, profissional, cultural e organizacional, contribuíram para a abertura e descentralização do processo de avaliação, com tendências a incorporar a auto-avaliação e a discussão entre supervisores e funcionários socializando, portanto, sua construção e aplicação. Esta democratização do processo da avaliação de desempenho esta bem representada na modalidade de avaliação de desempenho por competências.

A avaliação de desempenho por competências é uma das ferramentas de gestão, que pode ser utilizada para conhecer as competências que os funcionários possuem e para identificar quais as que precisam ser desenvolvidas e aperfeiçoadas. Um dos diferenciais da avaliação de desempenho por competências é o estabelecimento do perfil de competências necessário para cada cargo, que contribui para a atualização da descrição das funções da organização que podem estar desatualizadas (RABAGLIO, 2004).

Outro aspecto vantajoso da avaliação de desempenho por competências é a construção da avaliação de maneira participativa desde a fase inicial, do mapeamento dos indicadores, até a fase final, onde o funcionário tem a possibilidade participar conjuntamente de sua própria avaliação de desempenho e receber o “feedback”. A avaliação também fornece resultados que podem subsidiar tanto planos de ação organizacionais como setoriais e ainda facilitam o diálogo entre líder e liderado no estabelecimento de metas pessoais personalizadas.

Os resultados individuais geram dados que indicam em que grau cada competência foi encontrada no avaliado, determinando se ele tem competências além das exigidas pelo cargo, se está em conformidade com o cargo ou se precisa ser desenvolvido para o cargo. Gramigna (2002) menciona os resultados da avaliação como fundamentais para auxiliar nas intervenções e embasar treinamentos.

A reformulação do papel dos funcionários no sistema de avaliação de desempenho enriquece o processo de elaboração e faz com que ele se sinta co-participante e compartilhe a responsabilidade pela avaliação elaborada e pelos resultados encontrados. Essa participação do funcionário como sujeito ativo na avaliação, desmistifica o processo de construção e aplicação da avaliação, que tende a deixar de ser um momento doloroso, difícil, cheio de

ansiedade e insegurança para ser inserido em um contexto de desenvolvimento e ampliação das competências. A avaliação feita apenas de forma unilateral, ou seja, com a participação apenas do supervisor normalmente é carregada de vieses em razão de fatores como o preconceito, indulgência, severidade e leniência entre outros citados por Caetano (1996).

Um momento importante que a avaliação de desempenho por competências tem como parte importante de seu processo e que costuma ser negligenciado em outras metodologias, é o fornecimento e recebimento do “feedback”, que deve fornecer base para gerar mudanças, possibilitando o fechamento do ciclo da avaliação. A tradução literal do *feedback* é retroalimentação que significa processar informações e transmiti-las ao sistema para continuidade do seu funcionamento (RABAGLIO, 2004).

Gramigna (2002) explica que muitas organizações negligenciavam o momento do fornecimento e recebimento do “feedback”, por motivos culturais ou por tratarem a avaliação como um processo confidencial e restrito apenas os supervisores, que não divulgavam ao menos os indicadores de desempenho constantes no formulário. Este momento deve ser planejado com cautela para que seja uma etapa que realmente contribua para a mudança e traga resultados positivos, tanto para pessoa que transmite quanto para a que recebe. Para que isso aconteça, ambas precisam estar abertas e flexíveis para dar e receber “feedback”.

Outra vantagem da avaliação de desempenho por competências é a amplitude de aspectos que ela avalia, que vão desde aspectos comportamentais, conhecimento, habilidade técnica, até questões de envolvimento com o trabalho e o comprometimento com o alcance dos resultados esperados. Estes aspectos estão presentes nas diferentes perspectivas que compõe a avaliação de desempenho por competências: comportamental, técnica, de responsabilidade e resultados, sobre as quais discorreremos a seguir.

2.7.1 Avaliação de Desempenho na Perspectiva Comportamental

De acordo com o Dicionário Aurélio “comportamento é o conjunto das reações que se podem observar num indivíduo estando este em seu ambiente e em dadas circunstâncias”. A descrição apresentado pela definição acima revela, que não é o que indivíduo faz que

determina seu comportamento, mas, é o que os outros observam e inferem sobre suas reações. De acordo com Leme (2005) se o comportamento pode ser observado é possível então classificá-lo como sendo adequado ou não, se precisa ser melhorado ou não e ainda em que pode ser melhorado e o quanto. O autor revela ainda que se o comportamento influencia na alteração do ambiente, é possível mensurar esses comportamentos pelas mudanças observadas no ambiente.

A importância do comportamento pode ser vista no dia a dia dos funcionários através do seu relacionamento com os outros e no desempenho de suas atividades profissionais. Os comportamentos apresentados normalmente são inerentes às pessoas e alterá-los leva tempo e depende do desprendimento e disposição da pessoa para a mudança, pois, estão relacionados a princípios, crenças, hábitos, vícios e com a cultura da pessoa. A organização deve investir arduamente no desenvolvimento de comportamentos adequados ao ambiente organizacional com persistência, empenho e dedicação, pois, os funcionários são o maior capital da instituição.

2.7.2 Avaliação de Desempenho na Perspectiva Técnica

A competência técnica está relacionada tanto ao conhecimento quanto a habilidade que o profissional precisa ter para desempenhar sua função. As competências técnicas podem ser identificadas em provas de conhecimentos e em testes de habilidade.

Para identificarmos as competências técnicas de uma função podemos recorrer a lista de descrições da função, podemos realizar uma entrevista com o superior imediato da função ou podemos utilizar formulários para coletar estes dados. Dentre estas três alternativas a consulta a lista seria a mais viável, pois, gastaria menos tempo e custaria menos que a entrevista. Contudo, se a lista não estiver atualizada este é um bom momento para rever as descrições da função através da utilização de um formulário de coleta de dados.

2.7.3 Avaliação de Desempenho na Perspectiva De responsabilidade

A avaliação de desempenho nesta perspectiva busca mensurar como o servidor realiza suas funções em relação a de responsabilidade que ela exige, avaliando se este cumpre as responsabilidades que lhe são designadas no momento oportuno. De responsabilidade são as responsabilidades que devem ser assumidas pelo funcionário dentro da organização, devendo ser definidas a partir do nível hierárquico da função.

De acordo com o Dicionário Aurélio responsabilidade significa “obrigação de responder pelos seus atos ou pelos de outrem”. No ambiente organizacional o significado de responsabilidade é seguido a risca, pois, é válido tanto para os atos e decisões pessoais, quanto para os atos e decisões de outros que façam parte da equipe.

A de responsabilidade ou responsabilidade de uma função pode ser identificada na lista de atribuições conferida a cada função e sua medição indica as implicações decorrentes do cumprimento ou não das responsabilidades. A medição da responsabilidade oportuniza a verificação do impacto do desempenho do colaborador sobre a organização, verificando se suas ações estão de fato contribuindo e fazendo diferença para que a organização esteja no rumo do cumprimento da missão visão e valores estabelecidos Leme (2005).

Dutra (2008) discorre sobre a relevância da integração da perspectiva de responsabilidade ao modelo de competências. Enquanto competência indica o estabelecimento do que é esperado da pessoa a partir das competências estabelecidas para a organização, a de responsabilidade permite especificar e mensurar o cumprimento do que foi estabelecido e ainda o nível de entrega da pessoa para organização. As vantagens de associar os conceitos de de responsabilidade e competência estão relacionadas as possibilidades de criar níveis de de responsabilidade e de entrega diferentes para cada função, possibilitando que as especificidades de cada organização e até mesmo dos setores internos sejam respeitadas durante a estruturação da avaliação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de pesquisa

Conforme Proetti (2005), o objetivo da metodologia é organizar, seqüenciar as atividades da pesquisa e causar aproximação com o objeto da pesquisa. Segundo este autor é a partir da utilização de métodos e processos que o investigador intervém e interage com a realidade e reproduz conhecimento científico.

De acordo com Minayo (2000), a pesquisa qualitativa é adequada para interpretação de uma realidade. Para Iervolino e Pelicione (2001), os procedimentos qualitativos podem ser utilizados para investigar como as pessoas percebem e avaliam uma experiência, idéia ou evento. Segundo Vergara (1997), a caracterização da pesquisa deve ser feita quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins esta pesquisa pode ser classificada como qualitativa pela maneira como o instrumento de avaliação de desempenho foi construído. É descritiva, por expor características de instituições públicas de saúde.

Quanto aos meios foi definida como documental, pois, utilizou dados oriundos do Plano de cargos e carreiras e vencimentos intituído na Lei Complementar nº 84 de 30 de junho de 2006 (LAKATOS; MARCONI, 1990).

As técnicas qualitativas utilizam questionamentos abertos e sondagens que possibilitam a obtenção de dados ricos e reveladores, tendo o intuito de discutir com profundidade determinado assunto, tópico ou conceito a partir da interação de um grupo onde os membros estimulam uns aos outros gerando uma interação dinâmica sob a condução de um moderador capacitado. A oficina de trabalho como técnica de coleta de dados fornece um espaço de discussão, proporcionado o resgate de conhecimentos existentes no grupo. É considerada técnica de pesquisa qualitativa, tendo como características baixo custo, dados confiáveis e rapidez na sua obtenção (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

3.2 Área de estudo/descrição do ambiente de estudo

O estudo será desenvolvido nos setores de emergência, clínica médica, UTI, gerência de enfermagem e coordenação de ensino, de um hospital da rede pública estadual, localizado no município do Recife, estado de Pernambuco. O setor de emergência de adultos possui 90 leitos, distribuídos nas unidades de trauma, cuidados intermediários, traumatologia, triagem, Box A, B e C, corredor interno e externo e o setor de emergência pediátrica possui 28 leitos. O setor de clínica médica possui 40 leitos e a UTI possui 40 leitos, sendo 12 leitos pediátricos e 28 leitos de adultos.

O hospital selecionado tem a característica de ser de extra porte ou porte especial por ter capacidade instalada para mais de 500 leitos, possuindo 535 leitos, sendo referência no estado para atendimento em toxicologia, queimaduras, politraumas, neurocirurgia e clínicas de alta de responsabilidade, oferecendo seus serviços exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital vem desenvolvendo a reimplantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (POLÍTICA QUALISUS) nos serviços de urgência e emergência, como o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A POLÍTICA QUALISUS está sendo implantada nos grandes hospitais das regiões metropolitanas do país.

O Hospital selecionado pertence à SES-PE e está localizado em área central da cidade do Recife, facilitando o acesso a pacientes oriundos de todas as regiões da cidade e Região Metropolitana. Caracteriza-se como hospital de urgência e emergência, com uma média mensal de 800 internações, 700 cirurgias, 12.300 atendimentos ambulatoriais e 12.000 emergenciais. Tem um gasto anual médio de treze milhões de reais, excluindo a folha de pagamento dos servidores. Seu quadro de pessoal é constituído por mais de três mil funcionários, entre nível superior, médio e elementar. A clientela atendida é universalizada e muito variada. Estima-se que sejam atendidos indivíduos de todas as classes sociais, provenientes das mais diversas regiões do Estado.

3.3 População

A população da pesquisa foi constituída por enfermeiros assistenciais e supervisores de enfermagem lotados nos setores de emergência, clínica médica, UTI, gerência de enfermagem e coordenação de ensino, além de servidores de nível médio. Esses profissionais trabalham em regime de plantão diurno, noturno e como diaristas.

O hospital estudado conta com 114 enfermeiros distribuídos como segue: existem 11 enfermeiros na clínica médica; 61 enfermeiros lotados na urgência, sendo 45 no setor de adultos e 16 na pediatria; a UTI possui 38 enfermeiros, sendo 26 da unidade de adultos e 12 da unidade pediátrica; a coordenação de ensino é constituída por duas enfermeiras, assim como a gerência de enfermagem, conduzida por outras duas profissionais que atuam no Núcleo de Apoio Técnico Assistencial (NATA).

3.4 Amostra

Foram incluídos na amostra os enfermeiros e servidores concursados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e oriundos de outras instituições. Foram excluídos da amostra os enfermeiros com outros vínculos contratuais, mesmo que façam parte dos setores de urgência, clínica médica, UTI, gerência de enfermagem e coordenação de ensino. Considerando estes critérios, a amostra final foi constituída por 70 servidores do Hospital que participaram ao longo da construção dos dados.

A amostra de cada fase de coleta de dados foi definida conforme descrição a seguir:

1. Inventário comportamental - 27 servidores convidados no período de trabalho nos próprios setores ou enquanto participavam de treinamentos e reuniões no auditório do hospital. Participaram auxiliares de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem, coordenadora de enfermagem, técnicos de

laboratório e auxiliar de serviços gerais. Estes servidores pertencem aos setores de enfermagem do trabalho, laboratório, almoxarifado, farmácia, manutenção, banco de sangue, laboratório, coordenação de ensino, central de equipamentos, emergência, UTI e clínica médica. Foram escolhidos por interagir com os enfermeiros dos setores selecionados para pesquisa;

2. Oficinas de trabalho - 21 enfermeiros assistenciais, gerentes e supervisores;
3. Aplicação do instrumento de avaliação de desempenho - 19 enfermeiros assistenciais que se auto-avaliaram e 03 supervisores de enfermagem que avaliaram os enfermeiros assistenciais.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em três fases, entre os meses de outubro de 2009 e Fevereiro de 2010, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração. A primeira fase da coleta consistiu na escolha dos indicadores de competências da organização pelos servidores descritos na etapa do inventário comportamental. Esses indicadores de competências da organização foram coletados, consolidados, associados a competências e, por fim, validados.

A segunda fase de coleta de dados aconteceu através de oficinas de trabalho, com a participação de enfermeiros assistenciais, supervisores e gerentes dos setores de clínica médica, UTI, emergência, gerência de enfermagem e coordenação de ensino. As oficinas de trabalho são bastante utilizadas em pesquisas qualitativas onde se pretende explorar um aspecto em particular.

A modalidade de oficina tem como proposta a aprendizagem compartilhada por meio de atividade grupal, face a face, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento. (AFONSO, 2002). Serve ainda como espaço de reflexão, intervenção e empoderamento dos

participantes (FONSECA, 1996). A técnica selecionada permitiu, por meio de um fórum de discussão, a construção de um conhecimento coletivo do grupo (Victoria, Knaut, & Hassen, 2000), permitindo a extração de informações e opiniões que contribuíram para formulação do instrumento de coleta de dados.

A terceira fase da coleta de dados foi realizada a partir da utilização dos instrumentos de avaliação de desempenho construídos nas oficinas. Nesta fase os enfermeiros assistenciais foram avaliados pelos supervisores e também tiveram a oportunidade de realizar uma auto-avaliação de desempenho. Esta forma conjunta de aplicar a avaliação de desempenho possibilitou que o servidor se tornasse um sujeito ativo no processo, enriquecendo o resultado da avaliação.

3.6 Plano de trabalho

Para o alcance dos objetivos propostos neste estudo, foram obedecidas as etapas descritas a seguir no plano de trabalho.

3.6.1 Análise documental

Na análise documental foram utilizados materiais sobre as organizações estatais, a exemplo do PCCV, das Leis que propõe este plano e do Estatuto do Servidor.

3.6.2 Preparação do trabalho de campo

Para que o trabalho de campo obtivesse sucesso foi necessário conseguir o envolvimento e a adesão das pessoas-chave da organização, bem como das pessoas que ocupam os postos de trabalho que serão alvo do estudo, conforme proposto por Bruno e Brandão (2003). A metodologia empregada neste estudo foi a sugerida por Leme (2005) que prevê a realização da preparação do trabalho de campo com o objetivo de sensibilizar o público alvo e trata esta fase como princípio de todo o processo e como uma das etapas mais importantes, pois, se não for bem desenvolvida poderá comprometer a realização das etapas seguintes.

Para tornarmos conhecido o tema da avaliação para os servidores fixamos nos principais murais do hospital banners (ANEXO A), nos quadros de aviso de cada setor prendemos cartazes (ANEXO B) e distribuimos folders (ANEXO C) para a divulgação do tema avaliação de desempenho por competências para todas as categorias profissionais do hospital nos diversos plantões semanais. De acordo com Ruano (2007) os sistemas de comunicação interna são bastante utilizados para que a informação chegue a todos os públicos e a participação coletiva seja incentivada.

Cientes da importância desta etapa de sensibilização, que representa levar aos servidores as informações relacionadas avaliação para que elas absorvam as idéias e sirvam de aliados na multiplicação da metodologia de avaliação, optamos por procurar os responsáveis por reuniões já programadas no calendário do hospital solicitando um espaço para divulgação do tema. Este espaço nos foi concedido e utilizamos estes momentos para divulgar o tema proposto neste estudo para o público presente.

A sensibilização através dessa estratégia de inserção em outros espaços alcançou bons resultados, pois, o público participante era composto por representantes das mais diversas categorias funcionais, o que talvez não pudesse ser alcançado caso fizéssemos reuniões específicas para discussão do tema. Esta diversidade de participantes possibilitou que as informações fossem divulgadas para um número amplo de servidores contribuindo para o alcance dos objetivos desta fase de sensibilização em massa.

Para incentivar a participação dos enfermeiros que seriam o principal público alvo da pesquisa, pois, teriam que participar ativamente da maioria das fases do processo de

construção da avaliação de desempenho, a sensibilização aconteceu de maneira personalizada nos setores de origem a partir do uso de folders, convites e esclarecimentos sobre a temática. Este encontro pessoal da autora com os enfermeiros foi muito bem-sucedido, pois, possibilitou que dúvidas fossem tiradas de maneira pessoal ficando o servidor envolvido e familiarizado com o assunto o que oportunizou a criação de vínculos que facilitaram o contato seguinte e o comprometimento dos enfermeiros com as fases subseqüentes da pesquisa.

Ruano (2007) ressalta que a participação e o envolvimento dos servidores é a chave para o sucesso da avaliação de desempenho por competências e que o contato das pessoas, com os conceitos e a oportunidade dada a elas de emitir opiniões irá gerar um comprometimento, para ser utilizado ao longo do processo de construção e avaliação.

3.6.3 Construção do Inventário Comportamental

A primeira fase da coleta de dados se destinou ao mapeamento das Competências Comportamentais organizacionais. Prosseguimos na utilização da metodologia sugerida por Leme (2005) também para construção do Inventário Comportamental. A identificação das competências necessárias a organização e aos servidores segundo Carbone, Brandão e Leite (2005) é uma das etapas mais importantes do processo de estruturação das avaliações.

A contribuição dos 27 servidores participantes se deu a partir do preenchimento da folha do Inventário Comportamental para Mapeamento das Competências. No início das reuniões era feita uma sensibilização das pessoas que iam responder a atividade e em seguida eram dadas explicações sobre não haver limites de comportamentos a serem registrados, sobre a não necessidade de identificar quem está preenchendo a folha e a quem pertencia o comportamento e sobre o uso de frases curtas e esclarecedoras na descrição dos comportamentos.

Entendemos que a concepção do termo competência que utilizamos nesta pesquisa não é comumente usado pelos servidores da organização em estudo, bem como temas

relacionados a competência como flexibilidade, foco no cliente, foco nos resultados, empreendedorismo, cultura de qualidade, liderança e planejamento. Estes termos não fazem parte do vocabulário diário dos servidores e trabalhar antecipadamente estes termos para o universo de servidores do hospital se tornaria inviável em função do tempo disponível para coleta de dados.

Optamos por solicitar que os servidores descrevessem no Inventário Comportamental, comportamentos observáveis ou indicadores de competências. Esses indicadores de competência ou comportamentos observáveis nada mais são que a forma específica, clara e precisa de descrever as competências. Por exemplo, dizer que um servidor não possui a competência “foco em resultados” não esclarece o problema dele, mas dizer que o servidor não cumpre prazos, não estabelece metas, não conclui o que começa, fornece uma idéia clara de suas deficiências.

Fornecemos a definição do termo competência para os servidores e procuramos enfatizar as explicações sobre a finalidade da atividade, solicitando que eles descrevessem os comportamentos observáveis fossem eles negativos, positivos ou a melhorar. Além da explicação verbal foi entregue orientação por escrito para cada participante enfatizando os passos para preenchimento do Inventário Comportamental (ANEXO E).

A folha dada a cada participante continha três colunas com a seguinte identificação GOSTO/NÃO GOSTO/ O IDEAL SERIA (ANEXO D). Nela o servidor teve a oportunidade de preencher os indicadores comportamentais desejáveis para a organização. Foram orientados a pensar em pessoas com as quais eles se relacionam no hospital sejam elas colegas, superiores, subordinados, pacientes e escrever sobre essas pessoas.

A aplicação do Inventário Comportamental para mapeamento de Competências gerou uma lista de indicadores de competências que traduziu a conduta comportamental ideal para os servidores. Os indicadores depois de identificados foram associados as suas respectivas competências, originando então grupos de competências compostos por diversos indicadores comportamentais (ANEXO F).

3.6.3.1 Sistematização dos dados do Inventário Comportamental

Para tabulação dos dados, foram utilizadas tabelas construídas no programa Microsoft Word. A sistematização dos indicadores colhidos seguiu as etapas que descreveremos a seguir.

Inicialmente, as frases escritas pelos servidores foram transformadas para o infinitivo fazendo com que adquirissem um tom de definição e determinação. Por exemplo, se o servidor escreveu: “resolve os problemas de forma participativa” no infinitivo passou a ser “resolver os problemas de forma participativa”. Em seguida, as frases foram escritas de forma afirmativa, ou seja, se alguma expressão indicava um comportamento negativo como, por exemplo, “não é gentil com os colegas de trabalho” foi reescrita de forma afirmativa, passando a ser escrita: “ser gentil com os colegas de trabalho”.

Na sequência, observamos que se em uma frase estavam descritos mais de um indicador comportamental, estes eram separados, pois, nem sempre pertenciam a mesma competência. E, por fim, as frases repetidas que descreviam o mesmo indicador foram agrupadas. Ao longo destas fases, foram utilizados critérios que assegurassem a originalidade e a linguagem acessível utilizada, pois são termos que os servidores entendem e fazem parte da linguagem comum da organização. Os indicadores de competência mapeados foram agrupados para utilização nas oficinas de trabalho onde foram avaliados como necessários ou não ao comportamento dos servidores.

Após a identificação das competências organizacionais determinadas para as funções da organização, foi imprescindível identificar quais destas competências são necessárias para cada função desempenhada pelos servidores, bem como em que grau estas competências são indispensáveis para cada função. Essa identificação das competências foi feita nas oficinas de trabalho com a participação dos enfermeiros assistenciais e gerentes da organização hospitalar como veremos a seguir.

3.6.4 Confecção das oficinas de trabalho

A técnica de coleta de dados utilizada foi a oficina de trabalho que é uma técnica qualitativa que visa o controle da discussão de um grupo de pessoas, onde é importante a interação entre os participantes. O facilitador teve o papel de viabilizar e facilitar a discussão do grupo. Estas oficinas tiveram o objetivo de incluir a participação direta dos enfermeiros na construção das avaliações de desempenho através do estabelecimento dos graus de cada competência e da seleção das competências por função.

3.6.4.1 Preparação e realização das oficinas de trabalho

Os passos para realização das oficinas de trabalho envolveram: a seleção dos participantes de acordo com os critérios estabelecidos na população do estudo; a determinação do número de participantes por grupo; o envio de convites personalizados para cada enfermeira selecionada; o quantitativo de oficinas a serem realizadas; a data da realização das oficinas; a determinação do local das reuniões; a escolha dos equipamentos para registrar a discussão; a determinação do tempo de duração do encontro; a escolha de um relator para registrar a oficina; estruturação dos impressos a serem utilizados nas oficinas e cópia destes para todos os participantes; levantamento da descrição das funções das enfermeiras por setor usando como fonte documental impressos do Ministério da Saúde; a confecção de canetas com o título do trabalho impresso para ser usado na oficina; a compra do lanche a ser servido durante as oficinas; arrumação do ambiente a fim de torná-lo propício pra realização das oficinas.

Foram realizadas três oficinas em datas diferentes, uma para cada setor (clínica médica, setor de emergência e UTI). As oficinas foram feitas no hospital de estudo, no horário de trabalho das enfermeiras participantes com o objetivo de facilitar ao máximo o acesso das mesmas ao evento. Compareceram e participaram vinte e uma enfermeiras gerentes, supervisoras, assistenciais e coordenadoras.

Nas oficinas foram tomados inicialmente cuidados quanto aos procedimentos éticos como apresentação do pesquisador, apresentação dos participantes, esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, motivo para a seleção dos participantes, garantia do anonimato e sigilo das informações e por fim a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As oficinas foram conduzidas pela própria pesquisadora, com a participação da orientadora, co-orientadora e relatora. As oficinas foram registradas com o auxílio de gravador digital e máquina fotográfica.

A cada participante era dada a oportunidade de emitir sua opinião de forma a contribuir para reafirmar, alterar, excluir ou acrescentar atribuições relativas ao desempenho da função do enfermeiro do setor em questão. Este momento foi utilizado para revisão das atribuições dos enfermeiros de cada setor e resultou na atualização da descrição das funções. Em seguida os membros do grupo discutiam e chegavam a um consenso sobre o grau em que cada competência se fazia necessária ao enfermeiro, estabelecendo assim um parâmetro a ser utilizado na análise dos resultados da Avaliação de Desempenho por Competências.

3.6.5 Construção das Avaliações de Desempenho por Competências nas oficinas de trabalho

Os instrumentos de avaliação de desempenho por competências nas perspectivas comportamental, técnica e responsabilidade, foram inicialmente construídos a partir do levantamento de informações sobre as funções dos enfermeiros de cada setor selecionado. A

seguir é descrito o processo inicial de construção e a contribuição dada nas oficinas de trabalho para formulação da versão final das avaliações de desempenho.

3.6.5.1 Perspectiva Comportamental

Para a construção da avaliação de desempenho sob a perspectiva comportamental utilizamos os resultados obtidos a partir da aplicação do Inventário Comportamental para mapeamento de competências.

Para serem usadas nas oficinas de trabalho as competências foram dispostas em quadros do Microsoft Word onde os indicadores coletados ficaram nas linhas e as colunas continham títulos que definiriam se os indicadores faziam parte ou não do instrumento de avaliação de desempenho.

A lista com os indicadores comportamentais apurados foi entregue aos enfermeiros na oficina para que eles determinassem a necessidade desses comportamentos pelos enfermeiros do seu setor. Para determinação dessas necessidades os enfermeiros classificaram cada comportamento como: “muito necessário”, “necessário”, “pouco necessário” e “não se aplica” (ANEXO I).

Os comportamentos marcados pelos enfermeiros como “muito necessário” e “necessário” são os comportamentos que a função realmente exige e que devem ser avaliados nos servidores que desempenham as funções no setor e serão apresentados nos quadros a seguir. A avaliação de desempenho por competências na perspectiva comportamental busca mensurar se os servidores têm ou não os indicadores comportamentais identificados através do Inventário Comportamental.

As competências comportamentais foram divididas em quatro grupos por sugestão dos enfermeiros nas oficinas de trabalho, para facilitar a leitura e otimizar o tempo de realização da oficina e posterior aplicação da avaliação de desempenho. A determinação desses quatro grupos de competências comportamentais similares foi feita a partir da utilização dos dados oriundos do Inventário Comportamental. Na Tabela 1 podemos observar o nome dado a cada

grupo de competências e o quantitativo de competências por grupo.

Tabela 1 - Grupos de competências comportamentais e o quantitativo de competências por grupo.

GRUPOS DA COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	Nº DE COMPETÊNCIAS
Promoção de boas relações com a equipe	10
Relação pessoal com o paciente	07
Relação pessoal com e equipe	26
Relação com o Hospital da Restauração	09
Total de competências comportamentais	52

Fonte: Elaboração própria

A quantidade de competências por grupo variou de sete (7) a vinte e seis (26). De acordo com Rabaglio (2008) um cargo pode ter até quatro ou cinco grupos de competências e quanto mais simples e operacional for o cargo, menor será a quantidade de grupos. Como a função dos enfermeiros envolve não apenas atividades operacionais, mas, também atividades administrativas e gerenciais, foram atribuídos quatro grupos de competências comportamentais intitulados “Promoção de boas relações com a equipe”, “Relação pessoal com o paciente”, “Relação pessoal com e equipe” e “Relação com o Hospital da Restauração” (Tabela 1).

Todas as cinquenta e duas (52) competências dos quatro (04) grupos que compuseram a avaliação de desempenho na perspectiva comportamental foram avaliadas nas oficinas de trabalho a partir da contribuição dos enfermeiros gerentes, assistenciais e supervisores.

Os graus utilizados nesta e nas outras perspectivas foram sugeridos por de Leme (2005) para avaliar o nível de conhecimento e prática nas competências comportamentais e possuem seis (06) níveis conforme demonstrado na Tabela 2 a seguir. Estes níveis da escala comportamental foram utilizados para responder a avaliação de desempenho e assim determinar os graus em que as competências comportamentais estão sendo apresentadas pelos servidores. Estes níveis sugeridos por Leme (2005) foram utilizados tanto pelos supervisores nas oficinas quanto pelos servidores ao responderem a avaliação de desempenho nessa perspectiva.

Tabela 2 - Níveis da escala comportamental.

Todas as vezes	Muitas vezes	Com frequência	Poucas vezes	Raramente	Nunca
100%	80%	60%	40%	20%	0

Fonte: Rogério Leme (2005)

3.6.5.2 *Perspectiva Técnica*

A perspectiva técnica busca verificar o que o servidor precisa saber para desempenhar sua função, ou seja, que conhecimentos científicos e em que grau estes são necessários para subsidiar as ações dos enfermeiros em sua prática diária. Para construção do instrumento de avaliação de desempenho nessa perspectiva foi feita uma pesquisa sobre as funções específicas dos enfermeiros de cada setor selecionado para o estudo. Esta busca pelas funções desempenhadas foi feita na gerência de enfermagem e nos setores em questão, contudo, os dados coletados não atenderam as expectativas necessárias para que a construção da avaliação de desempenho na perspectiva técnica prosseguisse.

Optamos por consultar o site do Ministério da Saúde em busca das funções descritas legalmente para os enfermeiros dos setores de emergência, clínica médica e UTI. Encontramos um documento intitulado “Manual de atribuições da equipe de enfermagem” que teve a sua segunda revisão realizada em 2002 e aborda todas as atribuições específicas dos membros da equipe de enfermagem nos diversos setores hospitalares e na assistência ambulatorial. Extraímos então deste documento as atribuições necessárias aos enfermeiros dos setores hospitalares selecionados para a pesquisa.

A lista com as funções dos enfermeiros de cada setor foram dispostas em tabelas construídas no Microsoft Word onde na primeira coluna estava descrita a competência e na segunda coluna foi inserido o título “nível” para que cada atribuição recebesse o grau necessário de acordo com o setor em análise (ANEXO H).

Para a contribuição formal dos participantes na construção da avaliação de desempenho por competências na perspectiva técnica, entregamos aos participantes da oficina a lista (ANEXO H) com a descrição das funções dos enfermeiros e aproveitamos a oportunidade para que fosse feita a atualização das atribuições de acordo com a realidade vigente em cada setor. Este momento foi muito produtivo devido a colaboração coletiva na atualização das funções que contribuiu para que os setores passassem a ter listadas as atribuições dos enfermeiros. A atualização consistiu na subtração, alteração e acréscimo de funções desempenhadas pelos enfermeiros em seus respectivos setores. Para este acréscimo foram deixadas linhas em branco para que fossem adicionadas competências específicas de cada setor.

Durante a oficina os enfermeiros se queixaram do um amplo número de competências que não estavam separados por assuntos fazendo com que situações de um mesmo contexto fossem discutidas repetidas vezes dificultando a leitura e prolongando o tempo de realização da oficina. Os enfermeiros sugeriram a possibilidade de reunir as competências em grupos afins para facilitar a discussão dos assuntos e diminuir o tempo de realização da oficina e também da posterior aplicação da avaliação de desempenho com os enfermeiros assistenciais.

A perspectiva técnica foi desmembrada em quatro grandes grupos de competências e cada grupo contém de sete a dezesseis competências. Na Tabela 3 podemos observar os grupos criados e o quantitativo de competências que cada um contém. Estes grupos de competências foram formados para facilitar a leitura e a compreensão dos enfermeiros assistenciais e supervisores posteriormente na aplicação dos instrumentos de avaliação.

Tabela 3 - Grupos de competências técnicas e o quantitativo de competências por grupo.

GRUPOS DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS	Nº DE COMPETÊNCIAS
Administração da assistência ao paciente	11
Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem	08
Assistência direta ao paciente	16
Educação permanente em serviço	07
Total de competências técnicas apuradas	42

Fonte: Elaboração própria

Cada grupo de competências recebeu um título de acordo com a finalidade das competências que possui. A quantidade de indicadores por grupo variou de sete (07) a dezesseis (16) indicadores de competências técnicas (Tabela 3). O grupo que possui as competências utilizadas pelos enfermeiros ao administrar a assistência que é prestada ao paciente foi intitulado “Administração da assistência ao paciente”. Já o grupo das competências relacionadas ao acompanhamento feito pelos enfermeiros assistenciais do trabalho desenvolvido pelos membros da enfermagem recebeu o nome de “Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem”.

O grupo de competências relacionadas a assistência dada pelo enfermeiro de forma pessoal ao paciente foi chamado de “Assistência direta ao paciente” e o grupo de competências que envolve atividades que incluem a capacitação e treinamento dos membros da equipe de enfermagem foi intitulado “Educação permanente em serviço”.

Todas as quarenta e duas (42) competências técnicas dos quatro grupos, tiveram seus graus estabelecidos, para o desempenho adequado da função, nas oficinas de trabalho a partir da contribuição dos enfermeiros gerentes, assistenciais e supervisores.

Os graus utilizados para instituir o nível de conhecimento e prática nas competências técnicas possuem cinco níveis conforme demonstrado na Tabela 4. Estes níveis da escala técnica foram utilizados para definir os graus em todos os quatro grupos pertencentes a perspectiva técnica.

Os enfermeiros receberam uma “Tabela de mensuração para as competências técnicas do servidor” (ANEXO J) para auxiliar na classificação de cada competência técnica.

Tabela 4 - Níveis da escala Técnica.

Requer conhecimento	Requer conhecimento e habilidade em nível básico	Requer conhecimento e habilidade em nível intermediário	Requer conhecimento e habilidade em nível avançado	Requer multiplicador	um
1	2	3	4	5	

Fonte: Adaptado de Rogério Leme (2005)

Os enfermeiros de forma participativa discutiram sobre as competências técnicas e baseados nos níveis da escala da Tabela 4, que mostra um resumo da Tabela de mensuração,

definiram os graus das competências para os enfermeiros de cada setor.

3.6.5.3 Perspectiva Responsabilidade

A perspectiva de responsabilidade diz respeito a responsabilidade, disposição e motivação com a qual o servidor desempenha suas atividades diariamente. Para a construção da avaliação de desempenho nesta perspectiva foi utilizada a mesma lista de descrições das funções utilizada na perspectiva técnica, pois, o objetivo desta perspectiva é conhecer e medir a disponibilidade de execução das atividades descritas no momento em que as necessidades dos pacientes e do setor se apresentam. Esta perspectiva contemplada pela avaliação de desempenho por competências inclui a possibilidade de conhecer o que Dutra (2008) define como “capacidade de entrega” do funcionário, pois, de nada adianta ter todos os conhecimentos técnicos pertinentes a função se não há a disposição do servidor de implementar a assistência ao paciente de forma direta ou indireta quando se faz necessário.

Para construção inicial deste instrumento foi utilizada a mesma lista de funções empregada na perspectiva técnica. Como esta lista sofreu acréscimos, modificações e subtrações na oficina só nos baseamos nela, para construirmos a avaliação na perspectiva de responsabilidade, após a realização da oficina. Este instrumento não teve graus estabelecidos na oficina de trabalho, pois, a responsabilidade esperada do servidor no desempenho de suas funções é de 100%. No momento da auto-avaliação e da avaliação feita pelo supervisor, a perspectiva de responsabilidade será avaliada de acordo com os a frequência com a qual o servidor desempenha suas funções, se “todas as vezes”, “muitas vezes”, “poucas vezes”, “raramente”, ou “nunca”.

Dutra (2008) assegura que a perspectiva de responsabilidade está relacionada ao modo como o funcionário desempenha atividades a partir do conhecimento que possui, da habilidade ao lidar com situações inesperadas, das experiências vivenciadas anteriormente e principalmente da disposição de realizar a tarefa o que se traduz no grau de “entrega” pessoal.

A perspectiva de responsabilidade na avaliação de desempenho por competências se propõe a mensurar a “entrega” do avaliado para organização. Esta “entrega” está relacionada ao nível de doação pessoal do funcionário, representa o que o colaborador deixa para organização, que valores ele acrescenta e sua contribuição para o crescimento da organização. Dutra (2008) ainda complementa que a avaliação nessa perspectiva busca medir se a deficiência da “entrega” é responsabilidade do contexto organizacional onde o funcionário está inserido ou se existem questões de motivação pessoal que impedem que essa “entrega” aconteça.

No hospital em estudo esta perspectiva foi selecionada para aplicação devido a necessidade de se conhecer, além do desempenho técnico e comportamental, o nível de “entrega” que está sendo oferecido pelos enfermeiros.

Para a perspectiva de responsabilidade foram usados na avaliação os mesmos quatro (04) grupos de competências utilizados para a perspectiva técnica, totalizando 42 competências na (Tabela 5). A diferença na medição do desempenho nestas duas perspectivas que se utilizaram das mesmas competências, é que enquanto a perspectiva técnica avaliou o quanto de conhecimento e habilidade o enfermeiro possui em relação as competências, a perspectiva de responsabilidade ou responsabilidade avaliou o quanto desse conhecimento e habilidade ele está dispondo efetivamente através de sua performance.

Tabela 5 - Grupos de competências de responsabilidade e o quantitativo de competências por grupo.

GRUPOS DA COMPETÊNCIA DE RESPONSABILIDADE	Nº DE COMPETÊNCIAS
Administração da assistência ao paciente	11
Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem	08
Assistência direta ao paciente	16
Educação permanente em serviço	07
Total de competências de responsabilidade	42

O nível de escala usado na perspectiva de responsabilidade está descrito na Tabela 6 e possui seis (06) níveis como ser visto a seguir.

Tabela 6 - Níveis da escala de responsabilidade.

Todas as vezes	Muitas vezes	Com frequência	Poucas vezes	Raramente	Nunca
100%	80%	60%	40%	20%	0

Fonte: Rogério Leme (2005)

A versão final do instrumento construído para avaliação de desempenho na perspectiva de resultados pode ser conferida no Anexo N.

3.6.6 Sistematização dos dados obtidos nas oficinas de trabalho

Para sistematização dos dados foram utilizados os formulários, cálculos, fórmulas matemáticas e tabelas sugeridas pelo autor Rogério Leme (2005). Os dados obtidos foram registrados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel.

Após a contribuição dos enfermeiros os dados coletados nas perspectivas comportamental, técnica e de responsabilidade, foram consolidados e em conjunto com a orientadora e co-orientadora a primeira versão das avaliações foi construída. Posteriormente os participantes-chaves das oficinas tiveram a oportunidade de emitir um parecer sobre a primeira versão dos instrumentos e a partir da contribuição destes a versão final do instrumento foi estabelecida.

3.6.7 Aplicação dos instrumentos de Avaliação de Desempenho por Competências

Neste item serão apresentados os procedimentos usados para a aplicação das avaliações de desempenho por competências em cada setor alvo do estudo, através de fonte dupla de avaliação (auto-avaliação e avaliação do supervisor). Os instrumentos de avaliação de desempenho por competências foram aplicados com a utilização do método de “avaliação de fonte dupla”.

O método de “avaliação de fonte dupla” foi utilizado neste estudo por estar alinhado a metodologia da avaliação de desempenho por competências, que prevê a participação ativa dos atores não apenas durante a construção do instrumento, mas, também na sua aplicação. Neste método há a vantagem de se conhecer a opinião de mais de um avaliador o que irá colaborar para a geração de resultados mais próximos da realidade, com médias de desempenho mais exatas. Este método de “avaliação de fonte dupla”, também chamado de “avaliação direta” por Ruano (2007), é o que vem sendo mais usado para a análise do desempenho baseado em competências. Este método exige maturidade entre os envolvidos no processo e cada ator precisa saber claramente qual o seu papel na avaliação.

Leme (2005) chama este método de “avaliação de fonte dupla” de “avaliação conjunta” ou “avaliação 180° graus” e discorre sobre as vantagens de se ter mais de uma fonte de avaliação, pela possibilidade de minimizar ou eliminar distorções ou discriminações que uma única fonte poderia emitir isoladamente. No caso da avaliação única do superior ele poderia ter alguma intenção de prejudicar o avaliado e não haveria a possibilidade de argumentação deste para com aquele. Da mesma forma distorções poderiam acontecer se apenas fosse utilizada a auto-avaliação, pois, o avaliado poderia superestimar suas competências e se avaliar fora da realidade. Com o uso da “avaliação conjunta” essas polaridades são minimizadas, pois, ambos os avaliadores estão cientes que existe outra fonte de avaliação.

Os enfermeiros assistenciais receberam o formulário e preencheram as avaliações de desempenho por competências nas três perspectivas. O prazo dado para os formulários serem respondidos foi de uma semana, pois, o ritmo acelerado de trabalho nos setores impedia que as avaliações entregues fossem respondidas e devolvidas no mesmo dia.

Os supervisores de enfermagem receberam formulários também nas três perspectivas e

preencheram as avaliações de cada um dos enfermeiros subordinados a ele. Os supervisores tiveram o prazo de 20 a 30 dias para responder as avaliações.

3.6.8 Sistematização dos resultados das Avaliações de Desempenho por Competências

Para sistematização dos dados oriundos da aplicação da avaliação de desempenho foi utilizado o programa Microsoft Excel onde foram construídas tabelas e gráficos para tabulação dos dados.

Após preenchidas, as avaliações foram separadas por servidor, por setor e por perspectiva. Em cada competência o servidor recebeu um percentual de desempenho, em seguida foi tirada a média de cada grupo de competências, posteriormente a média de desempenho de cada perspectiva foi calculada (Tabela 7).

Na perspectivas de responsabilidade e comportamental o limite do percentual de desempenho é de 100%. Na perspectiva técnica em todos os quatro grupos existe a possibilidade do servidor alcançar mais de 100% da competência dependendo do grau que foi estabelecido para esta competência. Por exemplo, na competência “Teste de respiradores” foi instituído o grau 4. Se o servidor se auto avaliou o grau 4 ele tem 100% dessa competência, se avaliou grau 5 ele tem 125% dessa competência, se avaliou grau 3 ele tem 75% dessa competência e se avaliou 2 ele tem 50% dessa competência (Tabela 7).

Na Tabela 7 é possível observar os percentuais de cada competência da avaliação de desempenho de um servidor da UTI no grupo Administração da Assistência ao paciente. A coluna intitulada Nível de Competência Técnica da Função (NCTF) mostra os graus estabelecidos para cada competência nas oficinas de trabalho e a coluna Nível de Competência Técnica do Servidor (NCTS) exhibe os graus dados pelo próprio servidor em sua auto-avaliação.

SAE	5	4	80
ambiente seguro, confortável e silencioso para o paciente	1	0	0
do carro de parada cardio-respiratória	1	5	500
biradores	4	4	100
da limpeza, desinfecção, preparo e encaminhamento do material para esterilização	3	4	133
da limpeza, desinfecção terminal e concorrente da unidade	5	4	80
rcuitos de respiradores e Circuito Pressão Aérea Positiva (CPAP) nasal	4	4	100
o da prescrição médica	4	4	100
e equipamentos utilizados na assistência	1	4	400
		TOTAL	1547
		PERCENTUAL DE DESEMPENHO NA PERSPECTIVA	141

própria

al da coluna do percentual de desempenho da Tabela 7 está a média de desempenho do servidor no grupo. A média foi obtida a partir da soma dos percentuais das competências deste grupo, dividida por 11 que são o número total de competências dele.

Na Tabela 8 mais um exemplo do percentual de desempenho de um servidor da UTI ainda na perspectiva técnica, mas, em relação às competências: Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem. Este percentual reforça a informação de que na perspectiva técnica o desempenho é bom.

dos sinais e sintomas anormais dos pacientes	4	5	125
ou supervisão da oxigenoterapia	4	5	125
de pacientes e/ou acompanhantes quanto a tratamento, rotinas, normas e alta da unidade	1	5	500
supervisão e fechamento do balanço hídrico	2	5	250
do preparo de pacientes a serem submetidos a exames e tratamentos	4	5	125
e complicações respiratórias e circulatórias	5	5	100
ou supervisão da oxigenoterapia	4	5	125
da ansiedade, insegurança e angústia dos pacientes e/ou acompanhantes durante internação	3	5	167
		TOTAL	1517
		PERCENTUAL DE DESEMPENHO NA PERSPECTIVA	190

própria

o cálculo da média dos servidores em cada grupo de competências foi calculada a média de desempenho geral na perspectiva técnica. Na tabela 9 podemos observar a média de desempenho de quatro servidores em cada grupo de competências e também a média de desempenho na perspectiva técnica, obtida a partir da média de cada um deles nos quatro grupos de competências.

	171	148	131	89	135
2	135	122	86	71	104
3	105	108	100	60	93
4	169	118	108	61	114
os de a	145	124	106	70	111

própria

o cálculo do desempenho na perspectiva técnica foram calculados os desempenhos na perspectiva de responsabilidades técnicas.

abela 10 observamos o percentual de desempenho dos dezenove servidores em cada grupo de competências comportamentais na perspectiva comportamental.

Tabela 10 - Percentual de desempenho dos servidores em cada grupo da perspectiva comportamental e a média geral da perspectiva comportamental de cada servidor e de todos os servidores.

PERCENTUAL DE DESEMPENHO NA PERSPECTIVA COMPORTAMENTAL					
SERV	PROMOÇÃO DE BOAS RELAÇÕES ENTRE A EQUIPE	RELAÇÃO PESSOAL COM O PACIENTE	RELAÇÃO PESSOAL COM A EQUIPE	RELAÇÃO COM O HR	MÉDIA NA PERSPECTIVA
1	82	88	91	87	87
2	82	82	89	80	83
3	78	66	82	78	76
4	94	91	101	93	95
5	100	97	100	93	98
6	76	91	79	80	82
7	90	97	92	91	93
8	98	100	102	98	99
9	80	91	88	82	86
10	90	83	92	84	87
11	64	94	103	82	86
12	98	97	101	98	98
13	68	77	69	80	74
14	84	83	100	93	90
15	100	100	107	96	101
16	72	80	74	78	76
17	92	94	96	91	93
18	86	91	78	67	81
19	86	71	85	89	83
Média no grupo de competências	85	88	91	86	88

Fonte: Elaboração própria

Para o cálculo do percentual de desempenho na perspectiva de responsabilidade foram usados os percentuais dos quatro grupos de competências que podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11 - Percentual de desempenho dos servidores em cada grupo da perspectiva de responsabilidade e a média geral da perspectiva de responsabilidade de cada servidor e de todos os servidores.

PERCENTUAL DE DESEMPENHO NA PERSPECTIVA DE RESPONSABILIDADE						
SERV	ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	SUPERVISÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO	MÉDIA NA PERSPECTIVA	
1	70	95	82	90	84	
2	78	78	66	80	75	
3	60	70	44	70	61	
4	60	78	57	75	67	
5	68	93	70	93	81	
6	83	85	70	83	80	
7	73	83	56	83	73	
8	95	100	100	100	99	
9	67	91	73	77	77	
10	71	74	61	71	69	
11	98	100	100	94	98	
12	93	100	79	100	93	
13	62	77	51	83	68	
14	75	86	73	80	78	
15	75	89	81	91	84	
16	78	71	77	80	76	
17	48	63	32	60	51	
18	56	69	62	63	62	
19	48	66	49	66	57	
Média nos grupos de competência	71	82	67	81	76	

Fonte: Elaboração própria

Após a identificação do percentual de desempenho dos servidores, foi calculada a média do percentual desses servidores sob o ponto de vista do próprio avaliado e do supervisor gerando os dados das Tabelas 12, 13 e 14 nas perspectivas, comportamental, de responsabilidade e técnica respectivamente. Os percentuais apresentados nas Tabelas geraram gráficos que serão analisados no capítulo de resultados e discussões.

Tabela 12 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores sob dois pontos de vista na perspectiva comportamental.

	% Desempenho promoção de boas relações entre a equipe	% Desempenho relação pessoal com o paciente	% Desempenho relação pessoal com a equipe	% Desempenho relação com o HR
Servidor	85	88	91	86
Supervisor	83	82	79	75

Fonte: Elaboração própria

Tabela 13 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores sob dois pontos de vista na perspectiva de responsabilidade.

	% Desempenho administração da assistência ao paciente	% Desempenho supervisão do trabalho da equipe de enfermagem	% Desempenho assistência direta ao paciente	% Desempenho educação permanente em serviço
Servidor	71	82	67	81
Supervisor	66	80	59	77

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores sob dois pontos de vista na perspectiva técnica.

	% Desempenho administração da assistência ao paciente	% Desempenho supervisão do trabalho da equipe de enfermagem	% Desempenho assistência direta ao paciente	% Desempenho educação permanente em serviço
Servidor	184	151	140	101
Supervisor	181	134	105	75

Fonte: Elaboração própria

3.7 Procedimentos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital da Restauração, aprovado sob o registro no CAAE 0093.0.102.095-09, sendo o parecer emitido em 17 de setembro de 2009.

A Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde (CNS), segundo Guerreiro (2006),

discorre sobre a necessidade de informar os participantes sobre os procedimentos da pesquisa, garantindo a opção da participação voluntária do indivíduo, a confidencialidade das informações e o seu anonimato. Para que tal garantia fosse assegurada, utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi apresentado aos participantes, na segunda e terceira fase da pesquisa.

A segunda fase da pesquisa consistiu na realização das oficinas de trabalho com a participação dos enfermeiros assistenciais, supervisores e gerentes, todos estes foram esclarecidos quanto aos riscos previsíveis, inerentes a todo projeto de pesquisa em humanos. Os participantes foram informados sobre os riscos que envolvem esta fase da pesquisa que são: a exposição dos participantes diante de seus colegas, que pode vir a causar constrangimento ou desavença, e ainda a possibilidade do participante ser visto de forma diferenciada após sua participação na pesquisa. Os enfermeiros após leitura e compreensão dos objetivos da pesquisa e constatação dos riscos aos quais estavam expostos, assinaram o TCLE (Apendices A e B), que garantiu a confidencialidade dos dados e a interrupção da participação em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A terceira fase da pesquisa consistiu na aplicação da avaliação de desempenho de forma conjunta, ou seja, o preenchimento da avaliação do enfermeiro assistencial foi feito pela supervisora e também pelo próprio enfermeiro que teve a oportunidade de se auto-avaliar. Dois TCLE foram utilizados nesta fase, um para ser preenchido pela supervisora (anexo) que avaliou os enfermeiros subordinadas a ela e outro que foi preenchido pelos enfermeiros assistenciais (anexo) no momento da auto-avaliação. Ambos os TCLE garantiram a direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase, direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, confidencialidade e anonimato.

Nas duas fases da pesquisa informamos aos enfermeiros os benefícios resultantes da participação na pesquisa, são eles: conhecer a metodologia de avaliação de desempenho por competências, colaborar com a atualização da descrição das funções dos enfermeiros de acordo com cada setor e contribuir para a construção do modelo de avaliação de desempenho personalizado por setor, que poderá vir a ser utilizado no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da Secretaria de Administração do Estado (SAD).

3.8 Dificuldades do trabalho de campo

Apesar da inserção da autora na unidade pública hospitalar do campo de pesquisa proposto, que facilitou a divulgação da metodologia de avaliação de desempenho, o desenvolvimento da preparação e realização das oficinas, a aplicação do instrumento de coleta de dados, o acesso as informações referentes a dinâmica do campo de pesquisa selecionado, foram enfrentadas algumas dificuldades ao longo do processo de coleta de dados.

A dificuldade encontrada inicialmente estava relacionada a reserva de espaços para realização das atividades de mapeamento das competências e realização das oficinas de trabalho. A escassez destes espaços se deu devido as salas de aula estarem ocupadas com a prestação de serviços ambulatoriais que haviam sido deslocados para estas salas, devido a reforma do ambulatório do hospital do campo em estudo. A única sala disponível para realização das atividades se localizava dentro da biblioteca e tinha uma série de eventos já agendados nas semanas seguintes. Chegamos a pensar em realizar as atividades em um local fora do hospital, contudo, preferimos aguardar por algumas semanas a disponibilidade desta sala, para facilitar o acesso dos participantes ao local de realização das oficinas.

Após a divulgação da avaliação de desempenho através dos veículos internos de comunicação, fizemos tentativas de marcação de reuniões no hospital exclusivamente para tratarmos do tema avaliação de desempenho por competências, contudo, não obtivemos dos servidores a receptividade esperada. A resistência em participar das reuniões foi demonstrada pelos profissionais inseridos no contexto das organizações públicas de saúde, em especial nos hospitais, é comum pelo fato dos servidores públicos associarem, a discussão de temas ou a participação em reuniões ou estudos, a mais trabalho sem o recebimento de benefícios ou retorno financeiro em contrapartida.

Outros motivos para não adesão dos servidores as reuniões podem ser sugeridos a exemplo do descrédito deles em estudos, pois, relataram que participaram em outros momentos e não obtiveram retorno de sua participação o que os fez se sentir apenas como meros fornecedores de informações que após contribuírem para pesquisa foram descartados. Outro motivo percebido foi a falta de motivação e a acomodação que os impedia de participar de qualquer outra atividade que não fosse seu trabalho rotineiro e ainda o excesso de reuniões

agendadas nos meses de coleta o que chegou a dificultar também o agendamento de espaços para realização das reuniões.

Para a fase inicial de mapeamento de competências não podíamos aguardar a disponibilização da sala, pois, nas oficinas utilizaríamos dados colhidos na fase inicial. Optamos por comparecer pessoalmente aos setores e aos eventos que ocorriam no auditório solicitando que os servidores preenchessem os impressos e assim conseguimos colher todos os dados necessários desta fase.

Outra dificuldade foi a seleção do dia e horário que atendessem as particularidades dos enfermeiros por setor. Para facilitar a participação optamos por agendar as oficinas no horário de trabalho dos enfermeiros, pois, a maioria possui outros vínculos empregatícios o que impediria o seu comparecimento no turno oposto ao do trabalho. Mesmo assim diversos motivos continuavam a dificultar a participação dos convidados.

Os supervisores de enfermagem participam de reuniões semanais e treinamentos, além de resolverem inúmeras questões relacionadas ao funcionamento de sua unidade, o que limita sua participação em eventos extras. Os enfermeiros assistenciais possuem tantas atribuições diárias que se ausentar delas ao longo de sua jornada de trabalho poderia ser inviável. Os gerentes de enfermagem possuem uma rotina de atividades instável que poderia dificultar a participação.

Após consultar previamente todos os participantes para conhecer a disponibilidade de cada um, escolhemos as datas e horários em que a maioria dos convidados estaria disponível.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção será apresentada a descrição dos resultados alcançados a partir da aplicação da metodologia da avaliação de desempenho por competências que transcorreu através das fases de sensibilização do público alvo, da aplicação do Inventário Comportamental de Competências, das oficinas de trabalho e da aplicação das avaliações nas três perspectivas, a partir da auto-avaliação e da avaliação do superior imediato e a relação desses resultados com o alcance do objetivo geral e objetivos específicos.

4.1 Sensibilização do público-alvo e inventário comportamental

A sensibilização do público-alvo permitiu que servidores obtivessem acesso as informações sobre a modalidade de avaliação de desempenho apresentada, contribuindo para que o interesse pelo tema fosse despertado, fazendo com que passassem a vislumbrar a modalidade de avaliação de desempenho sendo testada no hospital. Aqueles servidores que participaram das reuniões e faziam parte da categoria profissional escolhida para estudo, no caso os enfermeiros, ficaram motivados com o estudo e se comprometeram a colaborar nas fases seguintes da pesquisa.

A metodologia do Inventário Comportamental é construtiva e participativa e foi usada na identificação das competências comportamentais aproveitando os próprios servidores da organização, demandando baixo investimento, demonstrando ser de fácil aplicação, com rapidez em sua implementação e expressando com segurança a realidade da organização. O resultado foi a geração de indicadores fidedignos e próximos da realidade do hospital devido a participação de servidores dos mais diversos cargos e categorias profissionais. Leme (2005) reafirma que pelas facilidades de implementação desta metodologia ela pode ser aplicada em organizações de qualquer porte e em todos os níveis da organização alcançando funcionários

que representem todos os cargos e categorias profissionais, assegurando a geração de indicadores comportamentais com exatidão.

As competências comportamentais obtidas a partir da aplicação do inventário comportamental foram levadas para as oficinas de trabalho e foram selecionadas com base nos grupos similares de competências comportamentais e serão apresentadas a seguir.

4.2 Oficinas de trabalho

Promoção de boas relações entre a equipe

O grupo “Promoção de boas relações entre a equipe” está relacionado a comportamentos apresentados pelos enfermeiros que contribuam para o estabelecimento de um clima motivador e de um ambiente favorável para o trabalho. São atitudes e posturas dos enfermeiros que contribuem para estimular positivamente o relacionamento entre os profissionais para que o desempenho no trabalho flua de maneira comunicativa e interativa entre os membros da equipe.

As dez (10) competências que compõe este grupo podem ser observadas abaixo no Quadro 1 e foram selecionadas dentre outras nas oficinas de trabalho como sendo “necessárias” ou “muito necessárias” ao comportamento apresentado pelo enfermeiro. As outras competências marcadas como “pouco necessárias ou “não se aplica” não fizeram parte da avaliação de desempenho.

PROMOÇÃO DE BOAS RELAÇÕES ENTRE A EQUIPE
Desenvolve ações com a cooperação de todos
Cria ambiente favorável ao trabalho
Promove a interação equipe
Pensa no bem-estar da equipe
Sabe comunicar-se com os colegas e pacientes
Toma decisões participativas
Interage com colegas e pacientes
Colabora com o trabalho em equipe
Une-se a equipe
Expõe idéias de forma que todos entendam

Fonte: Elaboração própria

Quadro 1 - Competências comportamentais do grupo de Promoção de boas relações entre a equipe.

Relação com o paciente

O grupo “Relação pessoal com o paciente” envolve os comportamentos apresentados pelo enfermeiro ao lidar diretamente com o paciente durante a implementação da assistência. São comportamentos que contribuem para o bem estar do paciente através do fornecimento de uma assistência humanizada, dinâmica e dedicada no trato com o paciente.

As sete (07) competências que compõe este grupo podem ser observadas no Quadro 2.

RELAÇÃO PESSOAL COM O PACIENTE
Soluciona de forma rápida os problemas dos pacientes
É educado com colegas e pacientes
Presta assistência humanizada aos pacientes
Coloca-se no lugar do outro
Cuida dos pacientes com dedicação
Compreende as dificuldades das pessoas
Estabelece diálogo com os colegas e pacientes

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 - Competências comportamentais do grupo de Relação pessoal com o paciente.

Relação pessoal com a equipe

O grupo “Relação pessoal com a equipe” agrupa vinte e seis (26) competências comportamentais sendo o que possui mais competências dentro da perspectiva comportamental e também se comparado aos outros de outras perspectivas. Este grupo se refere a características pessoais do enfermeiro que influenciam no relacionamento pessoal com os membros da equipe. Esses comportamentos dizem respeito ao modo como fala, trata as pessoas, como expressa suas emoções, como acolhe a equipe, como cumprimenta as pessoas, o tom de voz que utiliza, etc.

Talvez seja o grupo com maior número de competências pelo fato do relacionamento com a equipe ser um dos maiores desafios que existentes no ambiente organizacional hospitalar, exigindo por isso do enfermeiro maior número de habilidades para lidar com as situações que sobrevêm.

No Quadro 3 estão listadas as 26 competências utilizadas para medir o desempenho dos enfermeiros em relação ao comportamento adotado para lidar com as pessoas da equipe de trabalho.

RELAÇÃO PESSOAL COM A EQUIPE
É flexível com os colegas e nas situações do dia a dia
Ouve mais do que questiona
É humilde e assume os próprios erros
É organizado nas atividades diárias
Demonstra alegria e sorrir
É bem humorado
Resolve problemas com bom senso
Sabe ouvir e fornecer críticas
É racional e mantém a calma
Sabe controlar as emoções
É tranquilo
Demonstrar sentimentos de forma educada
Age com ética com os colegas e pacientes
Sabe acolher os colegas
É amável com as pessoas
Fala com tom de voz agradável
Valoriza os colegas
Aceita as pessoas da forma que são
É atencioso com colegas e pacientes
É amigo e companheiro
É leal
É justo com os colegas
Respeita os colegas
É sincere
Tem iniciativa
Faz auto-crítica

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 - Competências comportamentais do grupo de Relação pessoal com a equipe.

Relação com o Hospital da Restauração

Este grupo “Relação com o Hospital da Restauração” diz respeito a postura pessoal adotada na organização, está pautado no modo como o enfermeiro se comporta em relação as normas existentes e na maneira como se organiza para o cumprimento de suas atividades. Esclarece se é um profissional comprometido com o trabalho e dedicado ao desempenho de suas atribuições. É formado por nove (09) competências conforme demonstrado no Quadro 4.

RELAÇÃO COM O HR
É um profissional atuante
É comprometido com o trabalho
Dinamiza o trabalho
Compartilha a liderança
Delega responsabilidades
É pontual
Cumprir prazos
Respeita e obedece as normas
Confecciona planejamento

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4 - Competências comportamentais do grupo de Relação com o HR.

Estes comportamentos foram incluídos na avaliação de desempenho por competência na perspectiva comportamental. Os comportamentos classificados pelos enfermeiros como “pouco necessários” e como “não se aplica”, não foram considerados como comportamentos necessários a função e não foram inseridos na avaliação. A versão final do instrumento construído para avaliação de desempenho na perspectiva comportamental pode ser conferida no Anexo L.

A partir da aplicação do Inventário Comportamental foi possível identificar as competências comportamentais necessárias aos servidores sob a ótica dos próprios servidores, o que torna o resultado fidedigno e legítimo. Conforme Leme (2005) podemos afirmar que as diversas competências identificadas receberam suas traduções pelos indicadores fornecidos pelos servidores, contribuindo para que termos como flexibilidade, tomada de decisão, auto percepção, dinamismo, que poderiam ser antes ser competências de difícil compreensão, tenham agora indicadores que facilitem seu entendimento. O autor segue afirmando que para analisar o que as competências significam basta apenas recorrer ao indicador ou grupo de indicadores correspondentes para que se saiba o que esta competência significa para a organização.

A identificação das competências comportamentais dos enfermeiros através da aplicação do Inventário Comportamental permitiu que respondêssemos parcialmente ao primeiro objetivo específico de identificar o perfil das competências necessárias aos enfermeiros dos setores de emergência, UTI e clínica médica. Nas oficinas de trabalho os participantes selecionaram os comportamentos necessários e desejáveis de serem apresentados na prática diária dos enfermeiros e descartaram os comportamentos pouco desejáveis e os que não se aplicavam a conduta do enfermeiro e com essa contribuição o primeiro objetivo específico foi completamente respondido

Assim como este objetivo específico da identificação do perfil das competências comportamentais só foi completamente respondido após a realização das oficinas, o perfil das competências técnicas e de responsabilidade também foi obtido após a realização destas. A diferença é que enquanto o perfil inicial de competências comportamentais foi traçado a partir do inventário comportamental, o perfil inicial das competências técnicas e de responsabilidade foi traçado a partir da lista de atribuições dos enfermeiros do Ministério da Saúde.

A seguir apresentaremos os dados obtidos com a realização da oficina nos quatro grupos de competências que compõe a perspectiva técnica, utilizando como exemplo os dados da UTI na abordagem.

Administração da assistência ao paciente

Foram listadas onze (11) competências para o grupo “administração da assistência ao paciente”. Estas competências representam as atribuições desempenhadas pelos enfermeiros com o intuito de organizar o funcionamento das unidades. São ações que contribuem para que a assistência ao paciente tenha o suporte estrutural adequado para ser implementada.

Na Tabela 15 as onze competências deste grupo podem ser observadas juntamente com os graus recebidos na oficina de trabalho.

Tabela 15 - Competências técnicas do grupo de Administração da Assistência ao paciente e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho.

ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	GRAUS
Registro da evolução do paciente e da assistência prestada a ele no prontuário	3
Admissão, transferência, encaminhamento e liberação em caso de alta ou óbito	2
Realização SAE	5
Promoção de ambiente seguro, confortável e silencioso para o paciente	1
Conferência do carro de parada cardio-respiratória	1
Teste de respiradores	4
Supervisão da limpeza, desinfecção, preparo e encaminhamento do material para esterilização	3
Supervisão da limpeza, desinfecção terminal e concorrente da unidade	5
Troca dos circuitos de respiradores e Circuito Pressão Aérea Positiva (CPAP) nasal	4
Aprazamento da prescrição médica	4
Instalação de equipamentos utilizados na assistência	1

Fonte: Elaboração própria

Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem

Foram mapeadas oito (08) competências para o grupo “Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem” e cada uma recebeu um grau que corresponde a 100% do desempenho dessa competência (Tabela 16). Estas competências estão relacionadas ao acompanhamento feito pelo enfermeiro do trabalho assistencial realizado pelos membros da equipe de enfermagem. São atividades que envolvem a inspeção dos procedimentos

realizados e o acompanhamento da evolução do paciente pela equipe de enfermagem.

Tabela 16 - Competências técnicas do grupo de Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho.

SUPERVISÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	GRAUS
Identificação dos sinais e sintomas anormais dos pacientes	4
Instalação e/ou supervisão da oxigenoterapia	4
Orientação de pacientes e/ou acompanhantes quanto a tratamento, rotinas, normas e alta da unidade	1
Realização, supervisão e fechamento do balanço hídrico	2
Supervisão do preparo de pacientes a serem submetidos a exames e tratamentos	4
Prevenção de complicações respiratórias e circulatórias	5
Instalação e/ou supervisão da oxigenoterapia	4
Diminuição da ansiedade, insegurança e angústia dos pacientes e/ou acompanhantes durante internação	3

Fonte: Elaboração própria

Assistência direta ao paciente

Foram mapeadas dezesseis (16) competências para o grupo da perspectiva técnica “Assistência direta ao paciente”. Estas competências estão relacionadas a assistência implementada de forma direta e são desenvolvidas de forma pessoal com o paciente pelo enfermeiro. São competências que se referem a procedimentos que são realizados nos pacientes dependendo da necessidade que ele apresente. Na Tabela 17 são demonstrados os graus definidos para cada competência deste grupo.

Tabela 17 - Competências técnicas do grupo de Assistência direta ao paciente e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho.

ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE	GRAUS
Participação nos procedimentos de emergência e urgência	4
Preparação e administração de medicamentos especiais e quimioterápicos	4
Aspiração naso-oro-traqueal	4
Coleta de materiais para exames	4
Instalação e medição da PVC/PAM	3
Lavagem gástrica e de ostomias	3
Cateterismo vesical, gástrico e enteral	3
Avaliação de feridas e realização de curativos	4
Realização de glicemia capilar	2
Instalação da nutrição parenteral	2
Prevenção e intervenção nas complicações: parada cardíco-respiratória, hemorragia, choques, hipóxia, infecção	5
Retirada de pontos cirúrgicos	2
Troca de frascos de drenagem	2
Preparo do corpo após constatação do óbito	2
Verificação de sinais vitais	1
Transporte de pacientes graves e com risco iminente de morte	4

Fonte: Elaboração própria

Educação permanente em serviço

Foram mapeadas sete (07) competências para o grupo da perspectiva técnica “Educação permanente em serviço”. Estas competências estão relacionadas a atividades de educação continuada em serviço que o enfermeiro desenvolve com o intuito de capacitar sua equipe de trabalho para melhor atender o paciente e promover ambiente seguro com o mínimo de riscos para a própria equipe e para o paciente.

Na Tabela 18 podem ser observadas as competências dos enfermeiros incluídas neste grupo e os respectivos graus estabelecidos para cada uma delas. É interessante notar que os graus atribuídos a todas as competências deste grupo receberam o grau cinco (05) que é o máximo da escala de níveis. Isto se deve as particularidades destas competências que requerem além do conhecimento e da habilidade no nível máximo, a capacidade de repassar esses conhecimentos aos componentes da equipe multiprofissional. Neste grupo de

competências técnicas os enfermeiros precisam ser multiplicadores de cada competência se auto-avaliando e recebendo do supervisor o grau 5 para obterem 100% do desempenho.

Tabela 18 - Competências técnicas do grupo de Educação permanente em serviço e os graus estabelecidos para cada competência na oficina de trabalho.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO	GRAUS
Aplicação e divulgação das normas de biossegurança	5
Utilização e orientação das técnicas de isolamento para pacientes com suspeita ou confirmação de serem portadores de doenças infecto-contagiosas	5
Supervisão do uso dos materiais de consumo e equipamentos de forma a evitar desperdício e utilização inadequada	5
Atendimento humanizado a pacientes, acompanhantes e público em geral	5
Cooperação com Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) na adoção de medidas de prevenção e controle das infecções	5
Gerenciamento dos membros da equipe de enfermagem	5
Utilização, orientação e supervisão dos equipamentos de proteção individual (EPI)	5

Fonte: Elaboração própria

A versão final do instrumento construído para avaliação de desempenho na perspectiva técnica pode ser conferida no Anexo M.

A identificação do perfil de competências nas três perspectivas e nos três setores, através da realização das oficinas de trabalho, possibilitou o alcance do primeiro objetivo específico de identificar o perfil de competências dos enfermeiros. A obtenção desse perfil de competências gerou para o serviço a atualização das atribuições dos enfermeiros nos setores de emergência, clínica médica e UTI.

O segundo objetivo específico, de identificar as similaridades entre o perfil de competências dos enfermeiros nos três setores, para construção de instrumento único ou instrumento personalizado de avaliação de desempenho por setor, foi respondido a partir dos dados resultantes das oficinas de trabalho. O estabelecimento das similaridades foi feito pela identificação das competências comuns aos enfermeiros dos três setores. Verificamos que a maioria das competências são comuns aos enfermeiros e apenas algumas são exclusivas devidos as especificidades do trabalho de cada setor. Contudo, estas poucas competências

exclusivas são importantes e justificam a personalização dos instrumentos de avaliação de desempenho.

A necessidade do uso de instrumentos de avaliação de desempenho personalizados para os enfermeiros, de acordo com o setor onde ele está inserido, ficou bem evidenciada após a realização das oficinas, pois, os enfermeiros demonstraram na determinação dos graus e no acréscimo e retirada de competências, as particularidades do perfil de cada unidade. Os enfermeiros têm em comum vários procedimentos e possuem atribuições similares em suas unidades, contudo, o grau de conhecimento e habilidade que eles precisam desempenhar as atividades varia em função do setor onde ele está inserido.

Por exemplo, um enfermeiro do setor de urgência precisa ter a competência “Identificação dos sinais e sintomas anormais dos pacientes” em um nível maior de conhecimento e habilidade para lidar nas situações que o enfermeiro da clínica médica, pois, o perfil dos pacientes que são atendidos na urgência requer uma atuação rápida e diferenciada. Constatamos então que instrumentos com graus de competências diferenciados e o acréscimo de competências específicas para personalizar a avaliação são mais eficientes para a operacionalização da avaliação de desempenho contanto que sejam tomadas medidas para que não haja comprometimento das características básicas e da qualidade da avaliação.

No Quadro 5 são demonstradas as competências exclusivas de cada setor que justificaram a construção de instrumentos personalizados para avaliação dos enfermeiros, não apenas por suas particularidades como também pelos graus de conhecimento e habilidade que as competências em comum requerem. A UTI recebeu 03 competências diferenciadas e partilha estas exclusivamente com o setor de urgência por se tratarem de competências relacionadas a atividades desenvolvidas em ambos os setores. A clínica médica assim como a UTI também recebeu 03 competências diferenciadas e partilha estas exclusivamente com o setor de urgência. O setor de urgência recebeu 08 competências que não são comuns a todos os setores alvo do estudo. Destas 08 competências 03 são compartilhadas com a clínica médica e outras 03 com a UTI.

Ao examinarmos as similaridades e as diferenças entre o perfil de competências dos enfermeiros nos três setores e criarmos instrumentos personalizados de avaliação de desempenho por competências, respondemos ao segundo objetivo específico deste estudo.

	UTI	CLÍNICA MÉDICA	URGÊNCIA
COMPETÊNCIAS	Monitorizar pacientes graves	X	Monitorizar pacientes graves
	Aplicar medidas de suporte em caso de morte encefálica	X	Aplicar medidas de suporte em caso de morte encefálica
		X	Aplicar medidas de suporte em caso de intoxicação exógena
	Realização de punções venosas e arteriais (gasometri, jugular, femural, periférica)	X	Realização de punções venosas e arteriais (gasometri, jugular, femural, periférica)
	X	X	Implementar a classificação de riscos na admissão do paciente
	X	Notificar as evasões de pacientes ao plantão policial e Serviço social do hospital, registrando no prontuário do paciente e relatório de enfermagem	Notificar as evasões de pacientes ao plantão policial e Serviço social do hospital, registrando no prontuário do paciente e relatório de enfermagem
	X	Avaliação e orientação quanto a necessidade de restrição mecânica	Avaliação e orientação quanto a necessidade de restrição mecânica
	X	X	Supervisão da reposição de medicamentos e materiais no Box de emergência
X	Substituição do enfermeiro supervisor da unidade em seus impedimentos	X	

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5 - Competências exclusivas dos enfermeiros dos setores de UTI, clínica médica e urgência.

4.3 Aplicação da Avaliação de desempenho por competências

Neste tópico faremos o processo de análise dos resultados obtidos a partir da aplicação da avaliação de desempenho por competências nas perspectivas técnica, comportamental e de responsabilidade, a partir da utilização do método de fonte dupla, ou seja, sob a ótica do enfermeiro assistencial que se auto-avaliou e do supervisor que avaliou os enfermeiros subordinados a ele.

O terceiro objetivo específico de testar os instrumentos construídos junto aos enfermeiros da rede estadual de Pernambuco, propondo as adaptações necessárias, foi alcançado a partir da aplicação da avaliação de desempenho com os enfermeiros da clínica médica, UTI e emergência do Hospital da Restauração.

A utilização do “método conjunto” de avaliação de desempenho neste estudo demonstrou o quanto a participação do próprio avaliado na medição do desempenho enriquece o processo, pela possibilidade de envolver e levar o servidor a se tornar co-responsável pelo seu próprio desempenho, impedindo que ele ocupasse a posição defensiva e ainda levando-o a refletir sobre seu desempenho. A abertura para que a auto-avaliação fosse feita levou os servidores a se sentirem parte importante no processo e permitiu que a avaliação fosse respondida de forma tranqüila, sem as pressões e tensões que comumente acompanham avaliações de desempenho. A utilização da auto-avaliação humanizou a avaliação de desempenho ao permitir a participação ativa dos enfermeiros no processo.

Mintzberg (1995) discorre sobre a necessidade de uma coordenação mais flexível e menos autoritária sobre os operadores que trabalham em organizações públicas, pois o trabalho desses operadores pela sua alta complexidade e autonomia recebe profissionais altamente especializados que podem contribuir muito com a forma de organizar e gerir o trabalho colaborando para o alcance dos objetivos organizacionais. Cavalcanti (2000) comenta sobre a tendência da administração atual de melhorar as relações interpessoais entre servidores e gestores no sentido de diminuir o distanciamento entre estes atores, possibilitando que as relações de poder sejam ampliadas e exista reais possibilidades de interação, participação e levantamento de questionamentos sobre a realidade vivenciada nas organizações.

A participação do supervisor como avaliador já é tradicional nos processos de avaliação de desempenho e neste método serviu como mais uma fonte de avaliação gerando resultados que foram analisados juntamente com a auto-avaliação do servidor. Os supervisores acharam importante a inclusão do avaliado através da auto-avaliação, pois, essa oportunidade leva o avaliado a refletir sobre suas próprias práticas profissionais e faz com que ele compartilhe a responsabilidade da avaliação com o supervisor.

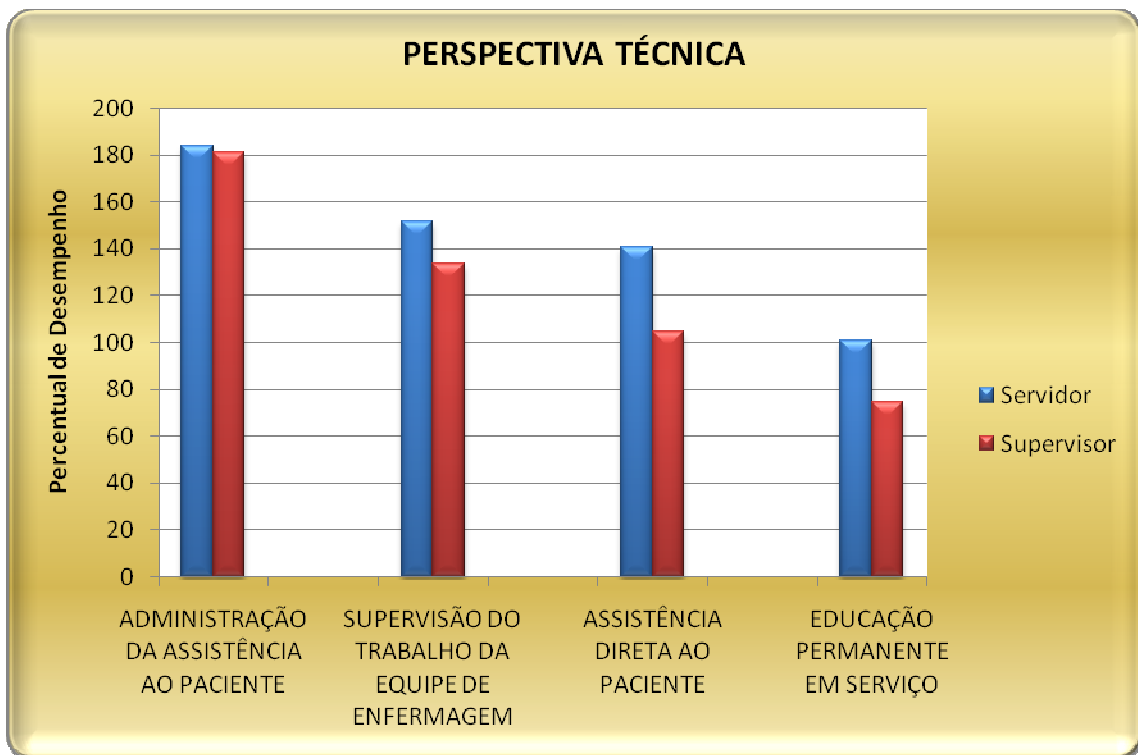
A avaliação de desempenho por competências sugere esta modalidade de avaliação pela possibilidade de, depois de preenchidas as avaliações, haver um momento de encontro entre o supervisor e o avaliador para que eles possam discutir e comparar os resultados da avaliação.

O avaliado que antes era apenas alvo das observações sem muitas vezes conhecer ao menos itens que faziam parte da avaliação, agora passa de sujeito passivo a sujeito ativo no processo, sendo capaz de argumentar e negociar os resultados da avaliação com o supervisor.

No momento de “feedback”, metas de desenvolvimento das competências que estão aquém do grau estabelecido, devem ser traçadas em acordo mútuo.

4.3.1 Avaliação de desempenho na perspectiva técnica

O Gráfico 1 apresenta a média dos percentuais de desempenho dos servidores do HR na perspectiva técnica. Os resultados de cada um dos quatro grupos que compõe esta perspectiva serão analisados nos tópicos a seguir com base no Gráfico 1 apresentado.



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores do setor de emergência, clínica médica e UTI do Hospital da Restauração, sob a ótica do próprio servidor e do supervisor, nos quatro grupos de competências da Perspectiva Técnica.

Administração da assistência ao paciente

Podemos observar no Gráfico 1 que a média dos percentuais foi feita tanto da auto-avaliação dos servidores quanto da avaliação do supervisor. Os percentuais de desempenho

sob os dois pontos de vista foram colocados lado a lado para que se faça além da análise individual a análise conjunta para verificação de disparidades entre as avaliações.

Observamos os percentuais resultantes da auto-avaliação (184%) e da avaliação do supervisor (181%) e verificamos que estão muito próximos com diferença de apenas 3%. Isso demonstra que nas competências relacionadas ao grupo “Administração da assistência ao paciente” o supervisor e o servidor fazem praticamente a mesma avaliação deste último. Também observamos que o percentual de desempenho dos servidores está bastante elevado chegando a mais de 180% sob o ponto de vista das duas avaliações. Isso pode revelar que o desempenho dos enfermeiros nas atividades relacionadas a administração da assistência ao paciente está bastante satisfatório e tem atendido as necessidades dos setores e conseqüentemente dos pacientes ou pode indicar que os graus estabelecidos nas oficinas de trabalho foram estabelecidos muito baixos para este grupo de competências.

Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem

O resultado referente a auto-avaliação dos servidores nesse grupo de competências, relacionadas a supervisão do trabalho da equipe de enfermagem, apresentou um percentual de 151%, enquanto o percentual da avaliação do supervisor para este grupo ficou em 134%, sendo a diferença entre eles de 17 pontos percentuais. Na avaliação do próprio enfermeiro e do seu supervisor, o desempenho do enfermeiro junto a sua equipe de trabalho ultrapassa os 130%. De acordo com esses resultados os pacientes estão recebendo a atenção adequada por parte da equipe de enfermagem e o enfermeiro tem cumprido o seu papel de conduzir bem esta equipe ou da mesma forma que no grupo anterior os graus definidos para este grupo nas oficinas de trabalho foi muito baixo.

Assistência direta ao paciente

O Gráfico 1 também apresenta os percentuais obtidos a partir da média do desempenho dos enfermeiros para este grupo de competências. O percentual resultante da avaliação do supervisor alcançou 105% e o percentual do servidor 140%. A diferença de 35 pontos percentuais indica que há uma divergência de olhares sobre a eficiência dos enfermeiros em relação a assistência que é prestada por eles aos pacientes. Contudo, mesmo havendo essa disparidade entre as duas perspectivas, os percentuais alcançados estão acima de 100% sugerindo que a assistência prestada pelo enfermeiro está dentro dos níveis esperados.

Educação permanente em serviço

No Gráfico 1 podemos observar os percentuais dados pelo supervisor (74%) e pelo

próprio servidor (100%) com a diferença entre eles de 26 pontos percentuais. Isto demonstra que para o servidor ele possui o conhecimento, a habilidade e a capacidade de multiplicar estes conhecimentos no nível ideal. Contudo, a avaliação do supervisor sugere que a atuação do enfermeiro em relação a educação continuada em serviço ainda pode alcançar níveis melhores para se tornar completamente satisfatória.

Os servidores apresentaram na perspectiva técnica percentuais de desempenho muito acima de 100% o que indica que níveis de conhecimento e habilidade muito acima da média esperada para as funções que eles desempenham. Contudo, estes níveis elevados de desempenho podem estar relacionados a uma supervalorização do servidor sobre seu próprio desempenho por medo de repressões ou discriminações pelo resultado da avaliação.

Devido a ocorrência destes níveis elevados de percentuais de desempenho nessa perspectiva fica claro que é necessário reforçar o esclarecimento dos objetivos da avaliação de desempenho durante o estabelecimento dos graus nas oficinas de trabalho evitando que níveis muito baixos de desempenho fiquem determinados e possibilitem resultados com percentuais muito elevados. Esta conscientização de quem vai determinar os graus pode ser reforçada também na fase anterior durante a sensibilização.

Muitas discussões teóricas e práticas são realizadas sobre instrumentos de avaliação de desempenho em torno do questionamento sobre a quantidade adequada de atores envolvidos no processo de avaliação, ou seja, quantas e quais pessoas devem emitir suas percepções sobre a avaliação do funcionário.

Caetano (1996) afirma que a avaliação de comportamentos ou competências expressos pelas pessoas envolve a subjetividade, por se basear na observação e percepção do avaliador sobre o avaliado. Por isso essa avaliação é carregada de vieses em razão de fatores como preconceito, indulgência, severidade e leniência. Para este autor a introdução de outros atores acrescentam a percepção de outros sujeitos que interagem com o avaliador no ambiente de trabalho, como colegas da equipe, subordinados, clientes e o próprio avaliado. A ampliação do número de pessoas que fazem a avaliação poderia minimizar as distorções e vieses ocorridas devido a pressões e ao controle psicossocial presentes no trabalho.

Segundo Silva (2001) há uma disseminação da avaliação no modelo 360 graus que possibilita que várias pessoas avaliem o desempenho do funcionário. O pressuposto é que quando a avaliação é realizada por diversos atores se torna mais rica e fidedigna do que quando feita por uma única pessoa, pois, a percepção dos avaliadores se dilui nas avaliações

realizadas pelos demais, contrinuindo para tornar o diagnóstico de desempenho das competências mais preciso e próximo da realidade.

Reis (2000) assim como outros autores não definem o número exato de atores envolvidos no processo da avaliação e denomina o modelo de “avaliação por múltiplas fontes”. Esse aumento de avaliadores tem a desvantagem de aumentar a complexidade operacional no processo de avaliação de desempenho. Outra desvantagem citada por Eduwardo Ewen (1996) é a possibilidade de na auto avaliação os funcionários se supervalorizarem em benefício próprio, como ocorreu neste estudo na aplicação da metodologia por competências, principalmente na perspectiva técnica.

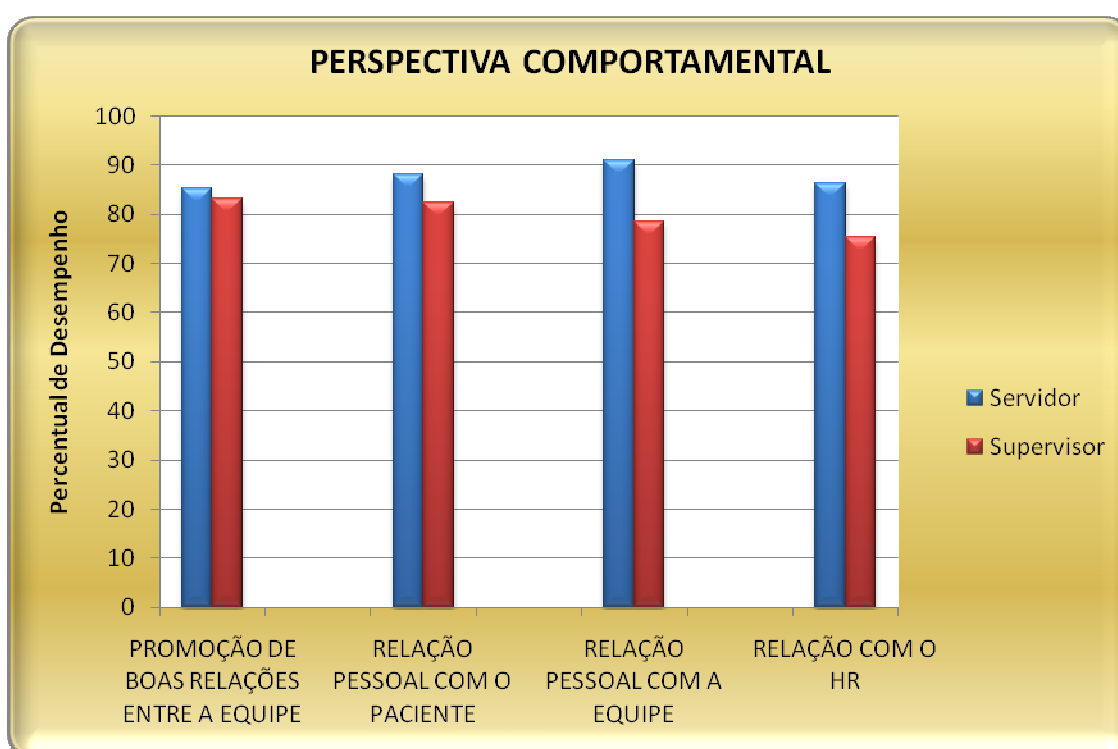
Essas duas desvantagens da avaliação por múltiplas fontes são muito significativas quanto de trata de implantar a avaliação de desempenho para servidores do setor público de saúde. Pois, o aumento da complexidade da operacionalização do processo implicaria no envolvimento de mais pessoas e nem sempre no setor público são encontrados servidores disponíveis para contribuir para implantação da avaliação de desempenho. Quanto aos servidores superavaliarem o próprio desempenho e os supervisores acompanharem essa supervalorização em função do corporativismo que impera, conclui-se que ao menos mais um ator deve ser incluído no processo de avaliação para diluir as avaliações. O RH poderia ser esse ator que agiria de forma mais imparcial e com menos envolvimento emocional no processo.

A supervalorização do servidor em relação ao seu próprio desempenho pode ser comprovada quando comparamos os percentuais destes com os percentuais dados pelos supervisores. Em todos os doze grupos de competências os servidores avaliaram seu próprio desempenho em percentuais superiores aos dados pelos supervisores.

Um terceiro ator pode ser inserido na aplicação da avaliação de desempenho nesta metodologia usada, para que sejam minimizadas as possibilidades de pré-conceitos, corporativismo, medo de punições, supervalorização de desempenho no preenchimento da avaliação. Alguns atores sugerem que um profissional do setor de Recursos Humanos (RH) faça parte do processo e emita uma avaliação dos servidores.

4.3.2 Avaliação de desempenho na perspectiva comportamental

A seguir analisaremos os resultados da aplicação da avaliação de desempenho na perspectiva comportamental nos quatro grupos que a compõe. O Gráfico 2 apresenta a média dos percentuais de desempenho dos servidores do HR na perspectiva comportamental e servirá como ilustração para a análise nos tópicos a seguir.



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores do setor de emergência, clínica médica e UTI do Hospital da Restauração, sob a ótica do próprio servidor e do supervisor, nos quatro grupos de competências da Perspectiva Comportamental.

Promoção de boas relações entre a equipe

No Gráfico 2 estão apresentados os resultados da avaliação feita dos servidores neste grupo de competências. O resultado procedente das auto-avaliações dos servidores ficou em 85%, enquanto o do supervisor alcançou 83%. Estes percentuais demonstram que tanto o supervisor quanto o servidor percebem de maneira semelhante os comportamentos dos enfermeiros relacionados a promoção das boas relações entre a equipe, evidenciado que os comportamentos apresentados de maneira consciente pelo enfermeiro são vistos e percebidos

pelos supervisores quase na mesma proporção.

O fato dos dois resultados do desempenho apresentarem percentuais inferiores a 90% demonstram quão conscientes estão os servidores e os supervisores de ainda na terem alcançado 100% dessa competência devido a esta ser permeada por inúmeros desafios que envolvem a capacidade de liderar e influenciar a equipe de trabalho.

Relação pessoal com o paciente

Os resultados da avaliação de desempenho obtidos para este grupo podem ser vistos no Gráfico 2. A avaliação feita pelo supervisor alcançou 82% enquanto a avaliação feita pelos servidores ficou em 88% do desempenho máximo. Os percentuais sob os dois pontos de vista tem diferença de apenas 8 pontos percentuais, demonstrando que o servidor e o supervisor vêem de maneira semelhante o comportamento do enfermeiro para com o paciente.

Os percentuais estão abaixo de 100% indicando que os enfermeiros e os supervisores percebem de forma similar que existem desafios a serem vencidos na relação enfermeiro-paciente. Esse desafio de lidar com o paciente, mantendo uma relação estável através do diálogo aberto e franco envolve muita dedicação do profissional e se renova a cada paciente, variando algumas vezes no mesmo paciente a depender da fase que ele esteja passando.

Relação pessoal com a equipe

O Gráfico 2 mostra o resultado da avaliação de desempenho dos enfermeiros nessas competências comportamentais. O desempenho resultante da auto-avaliação ficou em 91% e o desempenho do supervisor alcançou 79% existindo uma diferença de 12 pontos percentuais entre as duas avaliações. Esta divergência entre os percentuais revela que a maneira como o enfermeiro acha que se comporta com os demais membros da equipe, não é a mesma maneira com que ele é visto pelo seu supervisor.

Quanto aos níveis de desempenho alcançado são inferiores a 92% revelando que o comportamento apresentado pelo enfermeiro ainda tem aspectos pessoais a serem desenvolvidos para que os relacionamentos interpessoais sejam facilitados.

Relação com o Hospital da Restauração

A média dos percentuais de desempenho neste grupo foi de 75% para os supervisores e 86% para os servidores, sendo a diferença entre os percentuais de 11 pontos. Este percentual de 75%, dado pelos supervisores a este grupo de competências, é um dos dois menores percentuais da avaliação de desempenho nas três perspectivas (Gráfico 2).

O próprio enfermeiro também reconhece seu nível de empenho nas atribuições que lhe cabem e ao se auto-avaliar neste aspecto, atribuiu a si mesmo uma das cinco menores notas de toda avaliação de desempenho.

Este grupo foi comentado por ter recebido um dos cinco menores percentuais, contudo, este percentual foi de 86% não significando que os enfermeiros tenham se auto-avaliado de forma coerente com a realidade.

Segundo Chiavenato (1981) o pouco investimento que as instituições públicas dedicam a gestão de pessoas influencia negativamente no nível de dedicação que funcionários oferecem a instituição onde trabalham, podendo vir a interferir na qualidade do serviço que é prestado ao usuário. Esta afirmação de Chiavenato (1981) pode ser uma das explicações para a diminuição do estímulo e compromisso dos servidores pela a escassez de incentivos pessoais e profissionais o que diminui a perspectiva de crescimento na carreira contribuindo para desestimular o desempenho do profissional.

Um meio para minimizar o pouco investimento do setor público na gestão de pessoas seria implementar a avaliação de desempenho como sugere Dutra (2008), que discorre que a implantação dessa modalidade por competências, que serve de embasamento para decisões, incluindo promoções e aumento de salários dos funcionários contribuindo para que melhorem as chances do funcionário desenvolver comportamentos que contribuam para a qualidade dos serviços ofertados pela organização.

4.3.3 Avaliação de desempenho na perspectiva complexidade ou de responsabilidade

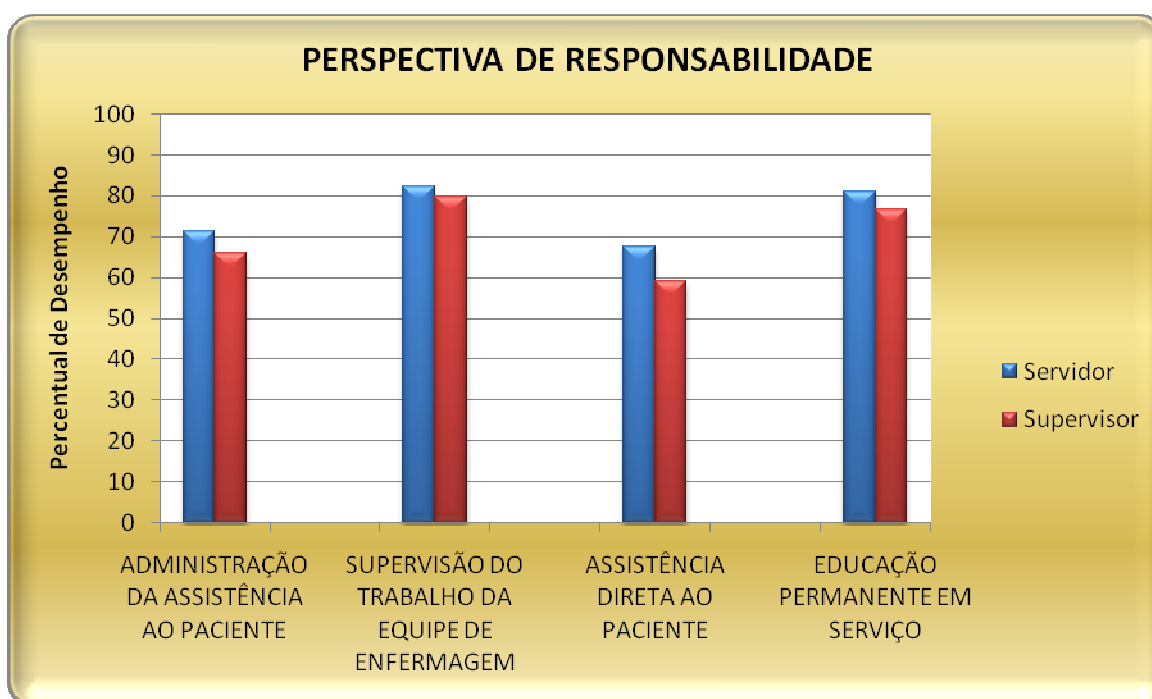
A perspectiva responsabilidade está ligada a motivação com a qual o servidor assume o desempenho de suas atribuições, sendo um integrante importante na avaliação de desempenho por competências no contexto hospitalar, pelo significado amplo da responsabilidade que abrange não apenas os atos pessoais, mas, os atos de outros que participem direta e indiretamente da assistência implementada ao usuário.

O trabalho no ambiente hospitalar realizado através da equipe multiprofissional envolve a atuação de diversos membros, devendo ser desempenhada de forma organizada e

conjunta, de maneira que cada membro coopere com o trabalho do outro a medida que cumpre com as atribuições pertinentes a sua formação profissional. Como o resultado do trabalho de cada membro da equipe interfere no trabalho do outro, os componentes da equipe multiprofissional devem se co responsabilizar pelos atos e decisões de todos os membros.

Nas organizações hospitalares as ações integradas e participativas da equipe multiprofissional são importantes e para que ocorram é necessário que cada membro da equipe dê sua contribuição. A aplicação da avaliação na perspectiva de responsabilidade trouxe para o hospital a oportunidade de medir em que grau essa co-responsabilização, que contribui para o alcance dos objetivos organizacionais está ocorrendo, permitindo a formulação de estratégias que estimulem efetivação do trabalho em equipe.

O Gráfico 3 apresenta a média dos percentuais de desempenho dos servidores do HR na perspectiva de responsabilidade. Os resultados de cada um dos quatro grupos que compõe esta perspectiva serão analisados nos tópicos a seguir com base no Gráfico 3 apresentado.



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3 - Média dos percentuais de desempenho dos servidores do setor de emergência, clínica médica e UTI do Hospital da Restauração, sob a ótica do próprio servidor e do supervisor, nos quatro grupos de competências da Perspectiva de Responsabilidade.

Administração da assistência ao paciente

O Gráfico 3 mostra os resultados da medição do desempenho sob a ótica do supervisor

e do servidor para este grupo de competências da perspectiva de responsabilidade. O servidor se auto-avaliou como tendo o desempenho nesse grupo de 71% e o supervisor avaliou seus subordinados como possuidores de 66% das competências do grupo “Administração da assistência ao paciente”, sendo a diferença de 5 pontos percentuais entre as avaliações.

O que se destaca na avaliação deste grupo é que a média dos percentuais de desempenho fornecida pelo supervisor foi a segunda menor dada, para todos os grupos de competências nas três perspectivas contempladas pela avaliação. Podemos ainda comparar o percentual recebido na perspectiva de responsabilidade e na perspectiva técnica. Enquanto na perspectiva técnica, que avalia os níveis de conhecimento e habilidade, o desempenho dado pelo supervisor foi de 181%, o desempenho dado para a perspectiva de responsabilidade, que avalia a execução da competência, foi de 66% (Tabela 19).

Esta comparação indica que o supervisor conhece seus subordinados e sabe dos conhecimentos e das habilidades que ele possui, contudo, também sabe que nem sempre o funcionário coloca a disposição do setor e do paciente as capacidades que possui. Estes dados podem ser observados quando comparamos a avaliação das competências nas perspectivas técnicas e de responsabilidade como vemos a seguir na tabela 19.

Tabela 19 - Percentuais de desempenho nas perspectivas técnica e de responsabilidade sob a ótica do servidor e do supervisor, nos quatros grupos de competências que os compõe.

	Percentual de desempenho na perspectiva Técnica		Percentual de desempenho na perspectiva Responsabilidade	
	Servidor	Supervisor	Servidor	Supervisor
Administração da assistência	184%	181%	71%	66%
Supervisão do trabalho	151%	134%	82%	80%
Assistência direta ao paciente	140%	105%	67%	59%
Educação permanente	101%	74%	81%	77%

Fonte: Elaboração própria

Supervisão do trabalho da equipe de enfermagem

O Gráfico 3 aponta percentuais de desempenho dados pelo supervisor e pelo servidor com diferença de apenas 2 pontos percentuais. O supervisor avaliou em 80% o desempenho dos seus subordinados e os servidores se auto avaliaram em 82%. Quando nos reportamos aos resultados dessas mesmas competências na perspectiva técnica (Tabela 19), encontramos 134% para a avaliação do supervisor e 151% para a auto-avaliação e percebemos que mais uma vez o conhecimento e a habilidade por parte dos enfermeiros nos procedimentos e

atividades que devem ser desenvolvidos, não pode ser apontado como fator limitante da efetividade das ações do setor.

Foi demonstrado que tanto o servidor como o supervisor tem consciência dos altos níveis de competências que os enfermeiros possuem, contudo, ambos reconhecem que nem sempre estas capacidades são colocadas em prática mesmo quando se fazem necessárias.

Assistência direta ao paciente

O Gráfico 3 mostra o percentual sob a ótica do servidor (67%) e do supervisor (59%) para este grupo de competências relacionadas a perspectiva de responsabilidade denominado “Assistência direta ao paciente” evidenciando que o fato do enfermeiro ter o conhecimento e a habilidade em determinada competência não garante que estes serão aplicados de forma a atender as necessidades dos pacientes que precisam da assistência personalizada do enfermeiro.

Para confirmar esta informação basta comparar os dois percentuais deste grupo com os outros grupos, pois, foram os menores dados em todas as avaliações reforçando que tanto o servidor quanto o supervisor estão cientes de que a “capacidade de entrega” dos servidores está sendo feita de maneira a corresponder com toda capacidade técnica que os enfermeiros possuem.

E se compararmos os percentuais obtidos nessa perspectiva de responsabilidade (supervisor 59% e servidor 67%) com os obtidos na perspectiva técnica (supervisor 105% e servidor 140%) na Tabela 19, podemos sugerir que a deficiência pode estar na “capacidade de entrega” do servidor e não em suas qualificações pessoais.

Educação permanente em serviço

Também no Gráfico 3 podemos observar no grupo de “educação permanente em serviço que o supervisor avaliou os enfermeiros com o percentual de 77% e os servidores se auto-avaliaram com o percentual de 81%. Neste grupo de competências da perspectiva de responsabilidade os resultados se foram de 101% (servidor) e 74% (supervisor).

A pergunta condutora tratou sobre a avaliação de desempenho por competências ter sua eficácia demonstrada em diversos segmentos organizacionais, mas, não ter sua eficácia demonstrada em organizações públicas que produzem serviços de saúde foi respondida de maneira positiva, desde que as adaptações como maior incentivo a participação dos servidores, vinculação do processo de avaliação ao RH do hospital, ligação da avaliação com

a progressão na carreira, sejam implementadas.

Dos três pressupostos formulados no início deste estudo dois foram confirmados e apenas um foi refutado. O primeiro pressuposto confirmado diz respeito a existência de similaridades entre as competências definidas nas oficinas como pertencentes aos enfermeiros dos setores de emergência, UTI e clínica médica. Essas competências comuns para os enfermeiros foram definidas durante a realização das oficinas de trabalho a partir da contribuição dos enfermeiros, demonstrando a existência de diversas atividades que são exercidas pelos enfermeiros nos três setores, diferenciadas apenas pelos níveis de complexidade de cada setor. Também foram identificadas competências pertencentes exclusivamente a cada setor e competências compartilhadas por dois setores.

Outro pressuposto confirmado foi o de que a modalidade de avaliação de desempenho por competências é adequada como ferramenta de gestão, aos enfermeiros das instituições públicas de saúde de Pernambuco. O pressuposto refutado diz respeito a construção de apenas um instrumento de avaliação de desempenho para avaliar os enfermeiros dos setores de emergência, clínica médica e UTI, por se pensar inicialmente que as competências seriam todas compartilhadas de forma semelhante pelos enfermeiros dos três setores, requerendo apenas a construção de um instrumento de avaliação. Nas oficinas verificamos que haveria necessidade de construção de diferentes instrumentos devido as competências específicas dos setores. Os instrumentos foram ajustados as peculiaridades dos setores não apenas pelas competências específicas de cada um deles, mas, pelos graus em que essas competências se faziam necessárias.

O objetivo geral de analisar a aplicabilidade do método da avaliação de desempenho por competências, junto aos enfermeiros da rede pública estadual de Pernambuco foi alcançado ao longo das fases de formulação e aplicação da avaliação de desempenho por competências. O primeiro objetivo específico, de identificar as competências necessárias aos enfermeiros da UTI, setor de Emergência e Clínica Médica de um hospital público estadual no município de Recife, foi conseguido a partir da realização das oficinas de trabalho onde as competências requeridas para os enfermeiros de cada setor foram determinadas.

Após identificação das competências nas oficinas, o segundo objetivo específico de estabelecer as similaridades entre as competências definidas para os enfermeiros da UTI, do setor de Emergência e da Clínica Médica do hospital selecionado, para orientar a construção do (s) instrumento (s), foi alcançado a partir da análise das competências determinadas para os três setores. O terceiro objetivo específico de testar o(s) instrumento(s) construído(s), junto

aos enfermeiros da UTI, do setor de Emergência e da Clínica Médica do hospital público estadual selecionado, no município de Recife, propondo as adaptações necessárias, foi alcançado quando aplicamos os instrumentos contruídos.

Após a construção e aplicação dos instrumentos verificamos que ele é passível de aplicação nas instituições públicas de saúde desde que sejam feitos os ajustes necessários para adequação a realidade das organizações públicas de saúde. Diversas adaptações foram identificadas como necessárias para que a modalidade de avaliação de desempenho por competências seja aplicada nas organizações públicas de saúde, devido as peculiaridades existentes nestas instituições que seguem uma lógica diferenciada do mercado, pois não precisam dar lucro para continuarem a existir e ainda por conferirem poder aos especialistas que desenvolvem atividades complexas e tem ampla autonomia sobre os próprios atos profissionais, o que determina uma relação diferenciada entre servidores e supervisores (DUSSAULT, 1992).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A avaliação de desempenho por competências demonstrou inúmeros benefícios em sua aplicação na rede pública de saúde ao permitir a participação coletiva, durante todo seu processo de formulação. A partir da sua aplicação, percebemos a satisfação dos servidores ao se sentirem parte fundamental e importante no processo de construção e implementação da avaliação de desempenho. Este envolvimento dos servidores ao longo das fases permitiu a familiarização deles com o tema e com as competências descritas para sua função, contribuindo para que o momento da aplicação da avaliação de desempenho transcorresse de forma natural e tranqüila, pois eles conheciam o instrumento de avaliação por terem participado em algum momento de sua formulação.

A avaliação nas perspectivas técnica e comportamental é comumente usada em avaliações de desempenho e os resultados costumam ser fidedignos e coerentes com a realidade. Todavia, estes modelos de avaliação mais utilizados se limitam a emitir um percentual de desempenho individual ou grupal avaliando apenas o passado sem vistas a utilização dos dados obtidos para tentar melhorar o desempenho constatado.

O modelo de avaliação de desempenho por competências possibilitou a identificação não somente dos percentuais individuais, setoriais e organizacionais de desempenho, como também permitiu a identificação dos grupos de competências que estão aquém do esperado, tornando fácil a visualização dos aspectos comportamentais ou técnicos que precisam receber investimentos em função das metas organizacionais das unidades.

Este modelo de avaliação demonstrou a possibilidade de construção de avaliações de desempenho personalizadas permitindo que fossem aplicadas de forma exclusiva aos servidores de determinados setores sem que perdessem suas características principais. Essa personalização das avaliações ocorreu de forma sutil por envolver basicamente a alteração dos graus em que as competências devem ser encontradas nos servidores, a partir do setor onde estejam inseridos, e no acréscimo ou retirada de algumas competências, dependendo das particularidades dos setores.

Outro diferencial do modelo por competências vai além da identificação de onde estão as deficiências de competência e identifica se os aspectos que estão deficientes nela são

técnicos, comportamentais ou de responsabilidade. Esta possibilidade de investigar o exercício dessas competências é trazida por este modelo através da perspectiva de responsabilidade. Os resultados oriundos dessa perspectiva podem contribuir significativamente para orientar as decisões gerenciais, os processos de desenvolvimento profissional, o planejamento das atividades individuais e grupais e o sistema de Recursos Humanos.

Para o contexto organizacional hospitalar onde este estudo foi desenvolvido, a utilização dessa perspectiva de responsabilidade representou a possibilidade de criar instrumentos personalizados para os participantes da pesquisa, com base nas mesmas atribuições e funções compartilhadas pelos enfermeiros de outros setores utilizados na pesquisa.

Os enfermeiros dos setores de urgência, UTI e clínica médica possuem atribuições similares em seus setores, contudo, estas mesmas atribuições são desenvolvidas em níveis de responsabilidade diferentes e requerem níveis de entrega distintos. Com isso, os servidores e supervisores tiveram a oportunidade de, na avaliação, determinar em que grau está a contribuição pessoal para o alcance dos objetivos organizacionais.

Para a organização hospitalar do setor público, este modelo de avaliação é passível de implementação, pois, muitas competências organizacionais, comportamentais e assistenciais são comuns aos profissionais de saúde e necessitariam apenas de alguns ajustes nos graus e competências a depender da categoria profissional, do setor de inserção e do cargo ocupado pelo servidor. As dificuldades relacionadas à implementação deste modelo no setor público de saúde estariam voltadas para a operacionalização dele, pois, requer que a formulação e a aplicação sejam feitas de forma participativa e interativa e, às vezes, é difícil sensibilizar e alcançar o envolvimento dos servidores.

As dificuldades na adesão a este modelo de avaliação poderão ser minimizadas se a avaliação de desempenho estiver vinculada a uma política eficiente de Recursos Humanos e inserida ao Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos, dando-lhe significado e valor, incentivando um maior comprometimento devido aos resultados influenciarem na progressão da carreira profissional. Pode-se ainda investir com mais ênfase na sensibilização tanto dos servidores como da direção do hospital no processo de avaliação de desempenho, para que estes atores possam conhecer as vantagens desta modalidade de avaliação de desempenho, melhorando as possibilidades de aumento do envolvimento consciente destes ao longo das etapas de construção e aplicação da avaliação de desempenho.

A utilização de múltiplas fontes de avaliação neste estudo possibilitou que o servidor participasse ativamente da aplicação da avaliação de desempenho aumentando o quantitativo de informações sobre ele mesmo, a partir de sua própria perspectiva e pela perspectiva do supervisor que avaliou o desempenho dos seus subordinados. A inclusão de uma terceira fonte de avaliação contribuirá para o aumento do número dados colhidos, aumentando possibilitando que as informações colhidas se aproximem mais da realidade vigente. Este terceiro ator a ser inserido como fonte de avaliação de desempenho podem ser membros dos Recursos Humanos do hospital que contribuirão para formalização do processo de avaliação.

A utilização da avaliação por múltiplas fontes parece contribuir para a melhoria da avaliação como sugerido por Edwardes e Ewen (1996), pois os instrumentos ganham mais probabilidades de gerar informações fidedignas sobre o desempenho. A inclusão de outras fontes de avaliação permite que os feedbacks sejam emitidos por múltiplas fontes servindo ao propósito de orientar e aprimorar o processo de avaliação.

O desenvolvimento de competências exigiu que os colaboradores compartilhassem a responsabilidade pela avaliação do seu próprio desempenho e poderá contribuir também para que no futuro ele se co-responsabilize pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento de mais competências colaborando para o aumento de seu próprio potencial de forma planejada. Para auxiliar neste aspecto, propõem-se a realização de mais estudos de caso com outras categorias profissionais de saúde e revisões bibliográficas sobre o processo de formação de desenvolvimento de competências organizacionais e pessoais, pois, a literatura é insuficiente na discussão do processo de formação de competências.

O sistema de avaliação de desempenho por competências demonstrou ser consistente por seus resultados permitirem a identificação das competências que precisam ser desenvolvidas, aprimoradas ou reforçadas nos enfermeiros para poderem contribuir com a melhora da assistência implementada ao paciente. A objetividade, clareza e transparência deste modelo contribuem para a obtenção dos objetivos e resultados esperados de um processo de avaliação de desempenho eficiente em uma organização, pois, identifica os potenciais dos funcionários, contribui com a melhora do desempenho da equipe e com a qualidade das relações dos funcionários e superiores, e serve de estímulo para o alcance de resultados positivos e satisfatórios para o indivíduo e organização.

Este modelo permite a extração e a mensuração da realidade, gerando argumentos e base científica para uma progressão na carreira justa de acordo com o que o servidor entrega de si mesmo à organização. O modelo fornece também subsídios para que a coordenação dos

Recursos Humanos, aliada as coordenações dos setores, possa investir na educação permanente em serviço focalizando os esforços na formulação de estratégias para que os servidores através de suas ações agreguem valor à organização.

Sugerimos que este modelo de avaliação de desempenho por competências seja aplicado em outros setores do hospital, com outras categorias profissionais e em outros espaços que prestam serviços de saúde para que sua eficácia seja reforçada.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Campo Social, 2002.

ALURY, R.; REICHEL, M. Performance Evaluation: A Deadly Disease? **The Journal of Academic Librarianship**, USA, v. 20, n. 3, p. 145-155, July, 1994.

ARRÈGLE, J. L. Le Savoir et L'approche Resource Based: *une Ressource et une Compétence*. **Revue Française de Gestion**, Barcelona, n. 105, p. 84-94, 1995.

BALBUENO, E. A.; NOZAWA M. R. Levantamento dos tipos de repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12 , n. 01 , p. 58-64, Janeiro, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECKER, B. E.; HUSELID, M. A.; ULRICH, D. Gestão estratégica de pessoas com "scorecard". Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BERGAMINI, C. W. **Avaliação de desempenho humano na empresa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1986.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? **Revista de Administração de Empresas**, v. 4, n.1, p. 8-15, 2001.

BRASIL. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos. **A educação continuada de enfermeiros no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 1990.

BRUNO, F.; BRANDÃO, H. P. Gestão de competências: identificação de competências relevantes a profissionais da área T&D de uma organização pública do DF. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. 3, p. 35-36, 2003.

CAETANO, A. **Avaliação de desempenho**. Lisboa: RH, 1996.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARBONE, P. P.; BRANDÃO, H. P.; LEITE, J. B. D. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

CARRILLO, J. Flexibilidad y calificación em La encrucijada industrial. In: Lecturas de Educación y trabajo, n. 3, **Revista Latino Americana de Educación y Trabajo**, 1994.

CHIAVENATO I. **Recursos Humanos**. 3. ed. Sao Paulo: Atlas, 1995.

CHIAVENATO, I. **Administração de Recursos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1981.

CHIAVENATO, I. **Administração nos Novos Tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. **Administração de empresas: Uma abordagem contingencial**. São Paulo, McGraw-Hill, 2000.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

EQUIPE COOPERS & LYBRAND. **Remuneração por habilidade e por competências: preparando a organização para a era das empresas de conhecimento intensivo**. São Paulo: Atlas 1997.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L. (Coord.). **Investigación sobre servicios de salud: una antología**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Salud, 1993.

DURAND, T. *Forms of Incompetence*. Proceedings Fourth International Conference on Competence-Based Management. Oslo: Norwegian School of Management, 1998.

DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências**. Revista de Administração Pública, v. 26, n.2, p. 9-19, 1992.

DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2008.

DUTRA, J. S. **Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas**. São Paulo: Gente, 2001.

EDWARDS, M.; EWEN, A. **360 graus feedback: the powerful model for employee assessment and performance improvement**. New York: AMA, 1996.

DUTRA, J. S.; HIPÓLITO, J. M.; SILVA, C. M. **Gestão de Pessoas por Competências**. Anais do 22º Enanpad. Foz do Iguaçu: Anpad, 1998.

FONSECA, R. M. G. S. **Mulheres e enfermagem: um construção generificada do saber** (tese de doutorado). São Paulo: Escola de enfermagem/USP, 1996.

FURTADO, B. M. A. S. M. et. al. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GIL, C. A. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2001

GOLDBERG, M. A. e outros. Avaliação de competência no desempenho do papel de orientador educacional. In: **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 21, n. 11, p. 21-60, 1974.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de Competências e Gestão dos Talentos**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de Competências e Gestão dos Talentos**. São Paulo: Pearson Education, 2002.

GUIMARÃES, T. A.; LEITÃO J. S. S.; LOURENÇO R. L. R. Avaliação de Desempenho baseada em resultados em organização de pesquisa e desenvolvimento: a percepção de pesquisadores sobre sua finalidade, objetivos e limitações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 83-94, 2002.

GUERREIRO, L.C.Z. **Aspectos Éticos das pesquisas qualitativas em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, T. A. Gestão do Desempenho em Organizações Públicas Descentralizadas. In: Congresso Internacional do CLAD, 3. 1998, Madri. Anais do III Congresso Internacional do CLAD. Madri: editora, 1998. p. 8-15.

GUIMARÃES, T. A.; NADER, R. M.; RAMAGEM, S. P. Avaliação de Desempenho de Pessoal: Uma Metodologia Integrada ao Planejamento e Avaliação Organizacionais. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 6, p. 43-61, 1998.

LEME, R. **Avaliação de desempenho com foco em competência**: a base para remuneração por competências. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

LEME, R. **Aplicação prática de gestão de pessoas**: mapeamento, treinamento, seleção, avaliação e mensuração de resultados de treinamento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. **The motivation to work**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1959.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETTI, C. J. et. al. **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 124-138.

IENAGA, C. H. **Competence based management**: Seminário executivo: São Paulo: Dextron Consultoria Empresarial, 1998.

IERVOLINO, S. A.; Pelicioni M. C. F. Autilização do grupo focal como metodologia

qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 115-121, 2001.

ISAMBERT, J. V. O apelo a noção de competência. Revista L'Orientation Scolaire et Professionnelle. In: ROPE, F.; TANGUY, L. (Org.) **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papirus, p. 103-133, 1997.

KUENZER, A. Z. **Pedagogia da Fábrica**. São Paulo: Cortez et. al. 1985.

JURAN, J. M. **Planejando para a Qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1990.

LEITE, E. M. Reestruturação produtiva e qualificação no Brasil. In: **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Atlas, 1996.

LEME, R. **Avaliação de desempenho com foco em competência: a base para remuneração por competência**. Rio de Janeiro: Qualymark, 2006.

LEME, R. **Aplicação prática de gestão de pessoas por competências: mapeamento, treinamento, seleção, avaliação e mensuração de resultados de treinamento**. Rio de Janeiro: Qualymark, 2005.

LUCENA M. D. S. **Avaliação de Desempenho**. São Paulo: Atlas, 1995.

MACHADO, L. R. S. A educação e os desafios das novas tecnologias. In: FERRETI, C. J. et. al. **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 165-184.

MACHADO, L. R. S. **Gestão do trabalho e formação do trabalhador**. Belo Horizonte: MCM, 1996.

MAGALHÃES, S. J.; WANDERLEY, M. H.; ROCHA, J. Desenvolvimento de competências: O futuro agora. **Revista Treinamento & Desenvolvimento**, São Paulo, v. 00, n. 00, p. 12-14, 1997.

MANFREDI S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 64, Set, 1999.

MARÍN, J. Los condicionantes que se derivam de los procesos de reforma del Estado, de la administración pública y del sector salud a la nueva gestión hospitalaria. VI Congreso Del CLAD, Nov. 2001.

MARQUIS B. L.; HUSTON C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MASLOW, A. H. **Motivation and Personality**. New York: Harper, 1970.

MEDEIROS, R. M. **Construção de competências em enfermagem**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do trabalho vivo. In FLEURY, S. (Org.). **A luta do CEBES**. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997. p. 00-00.

MINAYO M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

PERNAMBUCO. Lei complementar n 84 de 30 de março de 2006. Diário Oficial de Pernambuco, Recife, 31 de mar. 2006. Disponível em < www.jusbrasil.com.br/diarios/.../dou-secao-1-31-03-2010-pg-152>. Acesso em 01 fev. 2009.

NOVAES, H. M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1990.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard**

Business Review. p. 79-91, 1990.

PROETTI, S. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Edicon, 2005.

RABAGLIO, M. O. **Gestão por competências**: ferramentas para atração e captação de talentos humanos. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

REIS, G. **Avaliação 360 graus**. São Paulo: Atlas, 2000.

ROSSO, F. Gestão de Pessoas. In: PEREIRA L. L. GALVÃO C. R.; CHANE M. (Org.) **Administração Hospitalar**: Instrumentos para a Gestão Profissional. São Paulo: Loyola, 2005.

RUANO, A. M. **Gestão por Competências**: uma perspectiva para consolidação da Gestão estratégica de recursos humanos. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Ribeirão Preto*: v. 1, n. 1, p. 59-63, 1993.

SILVA, M. Avaliação de desempenho: uma poderosa ferramenta de gestão dos recursos humanos nas organizações. In: MANSSOUR, A. et. al. **Tendências e recursos humanos**. Porto Alegre: Multimpresos, 2001. p. 875-898.

SILVA M. J. P. Valor da comunicação para o sucesso dos processos de qualidade. In: MELLO J. B.; CAMARGO, M. D. **Qualidade de saúde**: Práticas e conceitos. Normas ISSO nas Áreas Médico-Hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. p. 69-76.

SPARROW, P. R.; BOGNANNO, M. Competency requirement forecasting: issues for international selection and assessment. In: MABEY, C.; ILES, P. (Org.) **Saberes e competências**: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus, 1997. p. 131-156.

STONER, J. F. A. **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 2002.

SOUZA, V. L. **Gestão de Desempenho: Julgamento ou diálogo?** Rio de Janeiro: FGV, 2002.

TANGUY, L. *Competências e integração social na empresa. Revista L'Orientation Scolaire et Professionnelle*. In: ROPÉ, F.; Tanguy, L. (Org.) **Saberes e competências: O uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papirus, p. 167-200, 1997.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1970.

TAYLOR, S. B. S.; NAPIER, N. Toward an integrative Model of strategic international human resource management. **The Academy of Management Review**, v.21 n. 4, p. 959-985, 1996.

TILLES, S. Como avaliar as estratégias da empresa. **Harvard Business Review**. Tradução Coppead/UFRJ, Rio de Janeiro: Mimeo, 1997.

VICTORA, C.; KNAUT, D. R.; HASSEN, M. N. **A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VECINA NETO G.; FERREIRA JUNIOR W. C. Administração de materiais para sistemas locais de saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-17, 2001.

VERGARA, S. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Atlas, 1999.

VROOM, V. H. **Gestão de pessoas, não pessoal**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

ZARIFIAN, P. A. **Gestão da e pela Competência**. Rio de Janeiro: Mimeo, 1996.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Título do Projeto: Analisando a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências junto aos enfermeiros em um hospital público estadual no município de Recife.

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Autora da Pesquisa: Eugênia Silva de Souza

Você está sendo convidado/a participar dessa pesquisa que tem como finalidade analisar a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências como modalidade de avaliação para os enfermeiros vinculadas a rede pública estadual de saúde no município de Recife, Pernambuco.

Sua participação na pesquisa será feita no **Oficina**. Esta técnica se baseia na extração de informações e opiniões de forma simples e eficiente. Com a aplicação desta técnica será construído o perfil de competências dos enfermeiros que farão parte do instrumento de avaliação de desempenho. Posteriormente, o instrumento construído será aplicado junto às enfermeiras assistenciais.

Ao participante será garantido: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Os benefícios com a participação na pesquisa são de contribuir para a construção do modelo de avaliação de desempenho que poderá vir a ser utilizado no Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos (PCCV) da Secretaria de Administração do Estado (SAD). Este estudo segue as orientações da resolução N°196/96 do Conselho de Saúde que destaca os cuidados que se deve ter quanto aos riscos previsíveis inerentes a todo projeto de pesquisa em humanos, ressaltando que os interesses individuais devem sempre prevalecer.

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a exposição dos participantes diante de seus colegas, que pode vir a causar constrangimento ou desavença, e ainda a possibilidade do participante ser visto de forma diferenciada após sua participação na pesquisa.

Mais esclarecimentos e informações sobre a pesquisa podem ser pedidos à autora:

Pesquisador responsável:

Eugênia Silva de Souza

Endereço: Rua do Hospício, 981, Apto 503, Boa Vista, Recife-PE, 50050-050

Telefones: (81) 3223-1640; (81) 9673-1875

E-mail: elgis21@yahoo.com.br

Eugênia Silva de Souza

Autora da Pesquisa

Vou participar de forma voluntária da pesquisa. Confirmando minha participação assinando esse acordo em duas vias. Uma via ficará comigo e a outra com a pesquisadora. Poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Recife, ____/____/2009.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Título do Projeto: Analisando a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências junto aos enfermeiros em um hospital público estadual no município de Recife.

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Autora da Pesquisa: Eugênia Silva de Souza

Você está sendo convidado/a participar dessa pesquisa que tem como finalidade analisar a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências como modalidade de avaliação para os enfermeiros vinculadas a rede pública estadual de saúde no município de Recife, Pernambuco.

Sua participação na pesquisa será feita através do preenchimento da **avaliação de desempenho por competências**.

Ao participante será garantido: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Os benefícios com a participação na pesquisa são de contribuir para a construção do modelo de avaliação de desempenho que poderá vir a ser utilizado no Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos (PCCV) da Secretaria de Administração do Estado (SAD). Este estudo segue as orientações da resolução N°196/96 do Conselho de Saúde que destaca os cuidados que se deve ter quanto aos riscos previsíveis inerentes a todo projeto de pesquisa em humanos, ressaltando que os interesses individuais devem sempre prevalecer.

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a exposição dos participantes diante de seus colegas, que pode vir a causar constrangimento ou desavença, e ainda a possibilidade do participante ser visto de forma diferenciada após sua participação na pesquisa.

Mais esclarecimentos e informações sobre a pesquisa podem ser pedidos à autora:

Pesquisador responsável:

Eugênia Silva de Souza

Endereço: Rua do Hospício, 981, Apto 503, Boa Vista, Recife-PE, 50050-050

Telefones: (81) 3223-1640; (81) 9673-1875

E-mail: elgis21@yahoo.com.br

Eugênia Silva de Souza

Autora da Pesquisa

Vou participar de forma voluntária da pesquisa. Confirmando minha participação assinando esse acordo em duas vias. Uma via ficará comigo e a outra com a pesquisadora. Poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Recife, ____/____/2009.

Apêndice C - Carta de anuência

Recife, ____ de ____ de 2009

Ao Diretor Geral do Hospital da Restauração

Dr. José Alves Bezerra

Venho solicitar a colaboração de V. S para autorização da realização da pesquisa “**Analisando a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências junto aos enfermeiros em um hospital público estadual no município de Recife**”. A pesquisa será realizada com enfermeiros, que estejam engajados nas atividades de assistência, supervisão e gerência do Hospital da Restauração (HR).

Este estudo busca responder uma questão: a modalidade de avaliação de desempenho por competências é viável em organizações públicas que produzem serviços de saúde, caracterizadas por elementos constitutivos particulares de funcionamento e de gestão?

Este estudo tem o objetivo de analisar a aplicabilidade da avaliação de desempenho por competências como modalidade de avaliação para as enfermeiras vinculadas a rede pública estadual de saúde no município de Recife, Pernambuco

O instrumento para coleta de dados será construído a partir da utilização da técnica de grupo focal, com supervisoras, gerentes de enfermagem e enfermeiras assistenciais. Posteriormente, o instrumento construído será aplicado os enfermeiros assistenciais. Esta coleta de dados será iniciada após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HR (CEP_HR).

Após a aprovação do CEP_HR e autorização desta diretoria, os sujeitos da pesquisa serão contatados e os agendamentos de data e horário com os mesmos serão feitos. Os esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão dados e havendo consentimento, o grupo focal será realizado em data e horário adequados aos sujeitos da pesquisa. Da mesma forma será agendada a aplicação do instrumento construído com as enfermeiras assistenciais.

Os sujeitos da pesquisa estarão cientes que os resultados da pesquisa serão divulgados e que sua participação é voluntária, estando garantido o sigilo das informações prestadas pelos mesmos e dando-lhe a liberdade para desistência a qualquer momento da pesquisa.

Agradeço a atenção dispensada a esta solicitação e aproveito o ensejo para reiterar a minha estima e consideração por esta diretoria.

Atenciosamente,

Pesquisa autorizada em ____/____/____

Enf. Eugênia Silva de Souza
Aluna Mestrado CPqAM

Dr. José Alves Bezerra
Diretor Geral do HR

Anexo A – Banner de divulgação

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR COMPETÊNCIAS

Os Enfermeiros do HR foram selecionados para participarem da pesquisa do curso de Mestrado Profissional do Aggeu Magalhães, que irá construir uma Avaliação de Desempenho por Competências, personalizada para cada setor.

É fundamental que o enfermeiro tenha suas habilidades continuamente desenvolvidas, para que melhore sua capacidade de lidar com as situações desafiadoras, de gerenciar processos de trabalho, envolver e motivar a equipe e criar um ambiente favorável a participação e a aprendizagem.

O Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), aprovado pela Lei Complementar Nº 84 de 30/03/2006 (DOPE 31/03/2006), contempla a possibilidade de implantação de um processo de Avaliação de Desempenho, que considere aspectos de qualificação e de titulação para o ingresso e progressão da carreira.



Convidamos os enfermeiros que atuam na Clínica Médica, UTI e setor de Emergência do HR, para participarem da construção do instrumento de Avaliação de Desempenho por Competências através de sua opinião e sentimentos.



Anexo B – Cartaz de divulgação

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR COMPETÊNCIAS

Convite aos
enfermeiros da Clín.
Médica, Setor de
Emergência e UTI.

Quer saber como
funciona a
Avaliação de
Desempenho por
Competências?

Quer contribuir
para construção de
um instrumento de
Avaliação de
Desempenho
personalizado para
o seu setor?

Então participe
da oficina!



Local: Sala da biblioteca do HR

❖ Enfermeiros da Emergência:

23 de Novembro às 11h.

❖ Enfermeiros da Clín. Médica:

25 de Novembro às 11h.

❖ Enfermeiros da UTI:

27 de Novembro às 11h.



Anexo C – Folder de divulgação

PARTICIPE

Tudo que você precisa saber sobre:

Avaliação de Desempenho por Competências

Local: Sala da biblioteca do HR

Enfermeiros da Clín. Médica:
25 de Novembro às 11h.

Enfermeiros da Emergência:
26 de Novembro às 16h.

Enfermeiros da UTI:
27 de Novembro às 11h.



O que é a Avaliação de Desempenho por Competências?

É um método de Avaliação de Desempenho participativo e personalizado, que estimula os funcionários a desenvolverem suas competências profissionais através da aquisição de novas capacidades e do aumento das capacidades já existentes, otimizando o desempenho.

Este método de avaliação está sendo testado no Hospital da Restauração, vinculado a pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Aggeu Magalhães, da servidora Eugênia Silva.

Qual o objetivo da Avaliação de Desempenho por Competências?

Contribuir com o melhoramento das atividades que você exerce, facilitando a percepção do seu perfil e ampliando as possibilidades do planejamento das suas atividades diárias. A Avaliação de Desempenho busca mensurar o seu desempenho, fornecendo dados para que sua atuação seja aperfeiçoada de forma coerente, sem comprometer sua independência ou motivação.

Por que eu servidor da saúde preciso saber sobre Avaliação de Desempenho?

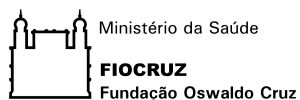
De acordo com o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), aprovado pela Lei Complementar Nº 84 de 30/03/2006 (DOPE 31/03/2006), os servidores do Estado, terão que participar de um processo de Avaliação de Desempenho, que considere aspectos de qualificação e de titulação para o ingresso e progressão da carreira.

Por que os enfermeiros do HR foram escolhidos para testar esta modalidade de avaliação de Desempenho?

Porque os enfermeiros são colocados diariamente em situações desafiadoras, como gerenciar processos de trabalho, envolver e motivar a equipe e criar um ambiente favorável a participação e a aprendizagem. Eles precisam ter o seu exercício profissional melhorado através do desenvolvimento das competências para vencer as dificuldades diárias.

Como posso contribuir para a construção da Avaliação de Desempenho por Competências do meu setor?

Os enfermeiros dos setores da UTI, Emergência e Clínica Médica, poderão participar das oficinas que irão construir a Avaliação de Desempenho por Competências personalizada para estes setores.

Anexo D – Inventário comportamental para mapeamento de competências

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

INVENTÁRIO COMPORTAMENTAL PARA MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS

GOSTO	NÃO GOSTO	O IDEAL SERIA

Anexo E - Orientações para preenchimento do inventário comportamental para mapeamento de competências

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INVENTÁRIO COMPORTAMENTAL PARA MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS

Pense em um servidor aqui do HR, pode ser um subordinado, superior ou colega.

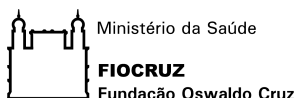
Após pensar nessa pessoa escreva na coluna “**GOSTO**” os **comportamentos** dessa pessoa que são admirados por você e que contribuem para o bom funcionamento do hospital.

Sobre essa mesma pessoa escreva na coluna “**NÃO GOSTO**” os **comportamentos** dessa pessoa que não são aprovados por você e que prejudicam o andamento do serviço no hospital.

E na coluna “**O IDEAL SERIA**” os **comportamentos** que precisam ser desenvolvidos nessa pessoa para que o hospital funcione melhor.

Você não deve escrever o seu nome nem o nome da pessoa em quem você pensou.

Anexo F – Indicadores comportamentais organizacionais



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

INDICADORES COMPORTAMENTAIS ORGANIZACIONAIS ASSOCIADOS AS RESPECTIVAS COMPETÊNCIAS

INDICADOR DE COMPORTAMENTO APURADO	COMPETÊNCIA ASSOCIADA
Solucionar de forma rápida os problemas dos pacientes	Agilidade
Desenvolver ações com a cooperação de todos	Trabalho em equipe
Criar ambiente favorável ao trabalho	Trabalho em equipe
Promover a interação equipe	Trabalho em equipe
Estabelecer diálogo com os colegas e pacientes	Comunicação verbal
Ser educado com colegas e pacientes	Cortesia
Ser flexível com os colegas e nas situações do dia a dia	Flexibilidade
Ouvir mais que questionar	Saber ouvir
Ser humilde e assumir os erros	Humildade
Ser organizado nas atividades diárias	Organização
Prestar assistência humanizada aos pacientes	Empatia
Demonstrar alegria e sorrir	Bom humor
Resolver problemas com bom senso	Solução de conflitos
Saber ouvir e fornecer críticas	Comunicação e interação
Colocar-se no lugar do outro	Empatia
Ser racional e manter a calma	Equilíbrio emocional
Saber controlar as emoções	Equilíbrio emocional
Dinamizar o trabalho	Administração do tempo
Agir com ética com os colegas e pacientes	Comportamento ético
Saber acolher os colegas	Disponibilidade
Saber comunicar-se com os colegas e pacientes	Objetividade
Ser amável com as pessoas	Cortesia
Falar com tom de voz agradável	Cortesia
Ser bem humorado	Bom humor
Ser um profissional atuante	Comprometimento
Ser comprometido com o trabalho	Comprometimento
Cuidar dos pacientes com dedicação	Comprometimento
Tomar decisões participativas	Tomada de decisão
Compartilhar a liderança	Liderança
Delegar responsabilidades	Liderança
Valorizar os colegas	Atenção
Ser atencioso com colegas e pacientes	Atenção
Ser pontual	Disciplina
Cumprir prazos	Disciplina
Respeitar e obedecer as normas	Disciplina
Interagir com colegas e pacientes	Cooperação
Colaborar com o trabalho em equipe	Cooperação
Ser tranquilo	Equilíbrio emocional
Demonstrar sentimentos de forma educada	Equilíbrio emocional
Aceitar as pessoas da forma que são	Relacionamento interpessoal
Compreender as dificuldades das pessoas	Relacionamento interpessoal
Unir-se a equipe	Relacionamento interpessoal
Ser amigo e companheiro	Relacionamento interpessoal
Ser leal	Relacionamento interpessoal
Ser justo com os colegas	Negociação
Respeitar os colegas	Respeito
Ser sincero	Integridade
Confeccionar planejamento	Planejamento
Pensar no bem-estar da equipe	Trabalho em equipe
Ter iniciativa	Dinamismo
Expor idéias de forma que todos entendam	Clareza
Fazer auto-crítica	Auto percepção

Anexo G – Lista das competências organizacionais

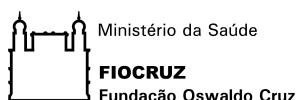


FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

LISTA DAS COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS E Nº DE INDICADORES

COMPETÊNCIA	Nº INDICADORES
Agilidade	1
Trabalho em equipe	4
Comunicação verbal	1
Cortesia	1
Flexibilidade	1
Saber ouvir	1
Humildade	1
Organização	1
Empatia	1
Bom humor	1
Solução de conflitos	1
Comunicação e interação	1
Empatia	1
Equilíbrio emocional	2
Administração do tempo	1
Comportamento ético	1
Disponibilidade	1
Objetividade	1
Cortesia	2
Bom humor	1
Comprometimento	3
Tomada de decisão	1
Liderança	2
Atenção	2
Disciplina	3
Cooperação	2
Equilíbrio emocional	2
Relacionamento interpessoal	5
Negociação	1
Respeito	1
Integridade	1
Planejamento	1
Dinamismo	1
Clareza	1
Autopercepção	1

Anexo I – Planilha de mapeamento de comportamentos da função



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PLANILHA DE MAPEAMENTO DE COMPORTAMENTOS DA FUNÇÃO

ENFERMEIROS DA UTI				
COMPORTAMENTO	MUITO NECESSÁRIO	NECESSÁRIO	POUCO NECESSÁRIO	NÃO SE APLICA
Solucionar de forma rápida os problemas dos pacientes	X			
Desenvolver ações com a cooperação de todos		X		
Criar ambiente favorável ao trabalho		X		
Promover a interação equipe	X			
Estabelecer diálogo com os colegas e pacientes		X		
Ser educado com colegas e pacientes	X			
Ser flexível com os colegas e nas situações do dia a dia		X		
Ouvir mais que questionar		X		
Ser humilde e assumir os erros	X			
Ser organizado nas atividades diárias	X			
Prestar assistência humanizada aos pacientes	X			
Demonstrar alegria e sorrir			X	
Resolver problemas com bom senso	X			
Saber ouvir e fornecer críticas	X			
Colocar-se no lugar do outro	X			
Ser racional e manter a calma		X		
Saber controlar as emoções		X		
Dinamizar o trabalho	X			
Agir com ética com colegas e pacientes	X			
Acolher os colegas	X			
Saber comunicar-se com os colegas e pacientes	X			
Ser amável com as pessoas		X		
Falar com tom de voz agradável		X		
Ser bem humorado		X		
Ser um profissional atuante	X			
Ser comprometido com o trabalho	X			
Cuidar dos pacientes com dedicação	X			
Tomar decisões participativas		X		

Compartilhar a liderança		X		
Delegar responsabilidades		X		
Valorizar os colegas	X			
Ser atencioso com colegas e pacientes	X			
Ser pontual	X			
Cumprir prazos	X			
Respeitar e obedecer as normas vigentes		X		
Interagir com colegas e pacientes		X		
Colaborar com o trabalho em equipe	X			
Ser tranqüilo/calmo		X		
Demonstrar sentimentos de forma educada		X		
Aceitar as pessoas da forma que são	X			
Compreender as dificuldades das pessoas		X		
Unir-se a equipe	X			
Ser amigo e companheiro			X	
Ser leal	X			
Ser justo com os colegas	X			
Respeitar os colegas	X			
Ser sincero	X			
Planejar as atividades	X			
Pensar no bem-estar da equipe		X		
Ter iniciativa	X			
Expor idéias de forma que todos entendam		X		
Fazer auto-crítica	X			

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DA FUNÇÃO
TABELA DE MENSURAÇÃO PARA AS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DA FUNÇÃO

CONHECIMENTO	2 REQUER CONHECIMENTO E HABILIDADE EM NÍVEL BÁSICO	3 REQUER CONHECIMENTO E HABILIDADE EM NÍVEL INTERMEDIÁRIO	4 REQUER CONHECIMENTO E HABILIDADE EM NÍVEL AVANÇADO	5 REQUER SER UM MULTIPLICADOR
A função exige a competência necessária para desempenhá-la.	Neste nível a função exige conhecimento sobre a competência técnica e habilidade básica para desempenhá-la.	Neste nível a função exige conhecimento sobre a competência técnica e habilidade intermediária para desempenhá-la.	Neste nível a função exige conhecimento sobre a competência técnica e habilidade avançada para desempenhá-la.	Neste nível a função exige conhecimento sobre a competência técnica, habilidade para desempenhá-la e um multiplicador da competência referida.

de Rogério Leme, 2008.

Operação de todos						
trabalho						
de						
colégas e pacientes						
s						
entes						
a equipe						
odos entendam						
COM O PACIENTE						
os problemas dos pacientes						
cientes						
da aos pacientes						
ducação						
das pessoas						
colégas e pacientes						
COM A EQUIPE						
nas situações do dia a dia						
rios erros						
diárias						
n senso						
s						
a						

ível						
que são						
pacientes						
alho						
as						

REGISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE						
evolução do paciente a da assistência prestada a						
diário						
transferência, encaminhamento e liberação em						
ou óbito						
ou AE						
ambiente seguro, confortável e silencioso para						
do carro de parada cardio-respiratória						
respiradores						
da limpeza, desinfecção, preparo e						
armazenamento do material para esterilização						
ou a limpeza, desinfecção terminal e concorrente						
de circuitos de respiradores e Circuito Pressão Aérea						
(CPAP) nasal						
de acordo com a prescrição médica						
dos equipamentos utilizados na assistência						
REGISTRAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM						
dos sinais e sintomas anormais dos pacientes						
ou supervisão da oxigenoterapia						
de pacientes e/ou acompanhantes quanto a						
rotinas, normas e alta da unidade						
ou supervisão e fechamento do balanço hídrico						
ou no preparo de pacientes a serem submetidos a						
procedimentos						
ou de complicações respiratórias e circulatórias						
ou supervisão da oxigenoterapia						

so-oro-traqueal						
teriais para exames						
medição da PVC/PAM						
trica e de ostomias						
vesical, gástrico e enteral						
feridas e realização de curativos						
e glicemia capilar						
nutrição parenteral						
intervenção nas complicações: parada cardíaco- hemorragia, choques, hipóxia, infecção						
ontos cirúrgicos						
cos de drenagem						
orpo após constatação do óbito						
le sinais vitais						
le pacientes graves e com risco iminente de						
ÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO						
divulgação das normas de biossegurança						
orientação das técnicas de isolamento para n suspeita ou confirmação de serem portadores fecto-contagiosas						
o uso dos materiais de consumo e equipamentos vitar desperdício e utilização inadequada						
humanizado a pacientes, acompanhantes e eral						
com Serviço de Controle de Infecção Hospitalar loção de medidas de prevenção e controle das						
to dos membros da equipe de enfermagem						
orientação e supervisão dos equipamentos de vidual (EPI)						

ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE						
evolução do paciente e a assistência prestada a ele no prontuário						
transfere, encaminha e libera em caso de alta ou óbito						
Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE						
ambiente seguro, confortável e silencioso para o paciente						
carro de parada cardio-respiratória						
respiradores						
responda a limpeza, desinfecção, preparo e encaminhamento do material para esterilização						
responda a limpeza, desinfecção terminal e concorrente da unidade						
respiradores e Circuito Pressão Aérea Positiva (CPAP) nasal						
prescrição médica						
equipamentos utilizados na assistência						
SUPERVISÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM						
observa sinais e sintomas anormais dos pacientes						
orienta pacientes e/ou acompanhantes quanto a tratamento, rotinas, normas e alta da unidade						
supervisiona e fecha o balanço hídrico						
supervisiona o preparo de pacientes que serão submetidos a exames e tratamentos						
observa complicações respiratórias e circulatórias						
supervisiona a oxigenoterapia						

administra medicamentos especiais e quimioterápicos						
reções naso-oro-traqueais						
materiais para exames						
mede a PVC/PAM						
avagem gástrica e de ostomias						
intervém nas complicações: parada cardíco-respiratória, hemorragia, choques, infecção						
eterismo vesical, gástrico e enteral						
idas e realiza curativos						
icemia capilar						
rição parenteral						
tos cirúrgicos						
cos de drenagem						
corpo após constatação do óbito						
nais vitais						
a pacientes graves e com risco iminente de morte						
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO						
divulga das normas de biossegurança						
orienta as técnicas de isolamento com pacientes com suspeita ou confirmação de						
adores de doenças infecto-contagiosas						
ona o uso dos materiais de consumo e equipamentos de forma a evitar						
o e utilização inadequada						

...nta e supervisiona o uso Equipamentos de Proteção Individual (EPI)						
---	--	--	--	--	--	--