**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TELMA FRANCOIS DE ALMEIDA MARSON

**DESEMPENHO POR COMPETÊNCIAS PARA IDENTIFICAR
NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DE ENFERMEIROS DE
PRONTO SOCORRO**

**SÃO PAULO
2018**

TELMA FRANCOIS DE ALMEIDA MARSON

**DESEMPENHO POR COMPETÊNCIAS PARA IDENTIFICAR
NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DE ENFERMEIROS DE
PRONTO SOCORRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Mira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**São Paulo
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Marson, Telma Francois de Almeida

Desempenho por competências para identificar necessidades de aprendizagem de enfermeiros de Pronto Socorro / Telma Francois de Almeida Marson. São Paulo, 2018.

166 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Mira

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Competência profissional. 2. Desempenho no trabalho.
3. Educação em saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Telma Francois de Almeida Marson

Título: Desempenho por competências para identificar necessidades de aprendizagem de enfermeiros de pronto socorro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Vera Lucia Mira

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha família, que por todos estes anos estiveram ao meu lado e me ajudaram a construir valores sólidos e inabaláveis. Que cuidaram e ainda cuidam tanto de mim, com tanto amor, carinho e dedicação. Vocês doaram parte de suas vidas para estar ao meu lado e me fizeram acreditar que eu era capaz de tudo o que eu quisesse. Obrigada por tudo, por perseverarem, por acreditarem, por me amarem e por terem me transformado na pessoa que sou. Não há palavras e nem valores neste mundo que possam demonstrar o quanto amo cada um de vocês. Em especial, minha Avó Neca, Cosme, Mãe e Pai, amo vocês incondicionalmente.

Ao meu marido João, que por 15 anos me conforta, me incentiva, faz com que eu me sinta e seja uma pessoa melhor a cada dia. Você esteve ao meu lado a cada vírgula deste trabalho, você me empurrou quando eu queria recuar, me fez acreditar que os meus sonhos pudessem se tornar realidade, foi duro quando precisou e me amparou nos momentos mais difíceis. Obrigada por ser o homem que é, íntegro, amado, companheiro e especial. A vida não poderia ter colocado em meu caminho alguém melhor. Te amo.

AGRADECIMENTOS

À minha querida e amada orientadora, professora Vera Lucia Mira, que acreditou em mim, por toda sua sabedoria e condução, nossos caminhos se cruzaram e não poderia ter acontecido coisa melhor.

Aos meus irmãos Leandro, Amanda e Renata que estão começando a trilhar os seus caminhos e mesmo longe, estão ao meu lado.

À Zezé, com seu carinho de mãe.

À minha amiga de tantos anos Eloá, que de forma direta fez parte não apenas da construção deste trabalho, mas da minha vida, desde a universidade até hoje, você sabe o quanto amo você.

Aos meus sogros, Valter e Maria, por se preocuparem e me incentivarem durante este processo.

À minha amada prima e quase irmã Gabriela, por tantos anos de amor e carinho.

À minha tia Ana Maria Almeida, que despertou, ainda na minha infância, quando a via na docência da EERP-USP, o olhar para os saberes desta profissão.

Às professoras Sarah Marília Bucchi, Flavia Lilalva de Holanda e Isabel Cristina Kowal Olm Cunha pelas ricas contribuições no exame de qualificação.

Às professoras Daisy Maria Rizatto Tronchin, Maria de Fátima Prado Fernandes, Maria Madalena Januário Leite, Patricia Campos Pavan Baptista, Isilia Aparecida Silva e Paulina Kurcgant que durante as disciplinas aprimoraram meus conhecimentos e proporcionaram momentos com importantes discussões e reflexões, tornando-me uma profissional muito melhor.

Às colegas do grupo de pesquisa NEPAPEGS pelo companheirismo, compartilhamento de conhecimentos e incentivo.

Aos enfermeiros que participaram do projeto com tanta disposição, troca de ideias e busca de conhecimentos, aprendo a cada dia com vocês.

Ao hospital Santa Paula, que além de disponibilizar o campo para estudo, possibilitou momentos de reflexão sobre a prática em nosso cotidiano.

À minha gerente e amiga, Andreia Frazilio, por todo apoio, incentivo e ensinamentos e por ter acreditado neste projeto, sem você, nada teria acontecido.

Aos queridos Dr. João Geraldo Houly e Dr. Otávio Gebara por terem me apoiado na construção desta aprendizagem.

À Dra Janaína Ghiraldi, que diariamente me ensina e me direciona para decisões corretas e pelo seu companheirismo.

Ao Everson Meirelles pela construção com tanto empenho dos dados estatísticos.

À Evellyn Simon por tanto carinho em cuidar deste trabalho.

Aos meus amados e queridos amigos Luiz Araujo, Aline Belchior, Vinicius Falabella, Paulo Merlini, Marinella Mastrocola e Giovana Mastrocola, Carlos Eduardo Cardoso, Daiane Cais, entre tantos outros, que me deram força, torceram e fazem parte desta conquista.

Às minhas queridas Andreia Coletti, Talita Araujo e Marisa Pregun pela amizade e ensinamentos preciosos do dia a dia.

À minha sempre amiga Juliana Tokita, que sempre está ao meu lado e se orgulha de minhas conquistas.

Enfim, a todos que de alguma forma, fizeram parte desta construção e se dedicaram para que ela acontecesse. Muito Obrigada!

É muito fácil continuar a repetir rotinas, fazer as coisas como têm sido feitas, como todo mundo faz. As rotinas e repetições têm um curioso efeito sobre o pensamento: elas o paralisam. A nossa estupidez e preguiça nos leva a acreditar que aquilo que sempre foi feito de um certo jeito, deve ser o jeito certo de fazer.

Rubem Alves

Marson TFA. Desempenho por competências para identificar as necessidades de aprendizagem de enfermeiros de Pronto Socorro [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: Considerando a importância da avaliação de necessidades de aprendizagem baseado em competências, este estudo tem como **Objetivos:** Conhecer o desempenho por competências dos enfermeiros de um pronto socorro por meio da autoavaliação; conhecer o grau de importância atribuído pelos enfermeiros para as competências; identificar as necessidades de aprendizagem dos enfermeiros, por competências. **Método:** pesquisa quantitativa descritiva exploratória, realizada em um pronto socorro adulto de um hospital privado no município de São Paulo. Realizaram autoavaliação e participaram do levantamento de necessidades de aprendizagem baseado em competências, 23 enfermeiros, que responderam ao questionário composto por 57 competências. Por meio de escala tipo Likert, os enfermeiros se auto avaliaram em relação a seu nível de competência, com cinco pontos, variando de 1-nada competente a 5-extremamente competente; quanto ao grau de importância para cada competência, foi criada escala de cinco pontos, sendo 1-nada importante e 5-extremamente importante. Para obter a necessidade de aprendizagem, foi calculada a diferença entre nível de competência e nível de importância; as necessidades identificadas foram classificadas em alta, moderada e baixa prioridade para aprendizagem, com prazos estabelecidos para proposição de ação educativa, curto, médio e longo prazos, respectivamente. **Resultados:** Na autoavaliação dos enfermeiros, o nível 4 – muito competente, foi predominante em nível de competência, exceto em Humanização com prevalência do nível 5 – extremamente competente em Proatividade com prevalência do nível 3 – competente. O grau de importância foi superior a 4,0 – muito importante em todas as competências, com exceção da competência associada Perspicácia em competência básica Relacionamento Interpessoal, que apresentou média 3,7. Os maiores índices para necessidades de aprendizagem foram Inovação/Criatividade, Técnica de Execução, Persuasão, com médias para necessidades de aprendizagem superiores a 0,90. Das 57 competências associadas, 28,0% foram alta prioridade, 57,8% prioridade moderada e, por fim, 14,0% baixa prioridade. **Conclusões:** O desempenho retrata enfermeiros muito competentes, além da alta importância pontuada por eles, revelando assertividade do perfil adotado neste estudo. O levantamento de necessidades de aprendizagem identificou competências que precisam ser aprofundadas, com análise de interface entre elas e o ambiente de trabalho, para uma potencial ação educativa.

Palavras-chave: competência profissional, desempenho no trabalho, educação em saúde, enfermagem.

Marson TFA. Competency-based performance assesment to identify learning needs among nurses in an Emergency Department [dissertation] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Considering the importance of learning needs analyses based on competences, this study has as **Objectives:** Getting to know nurses' performance competences of an Emergency Unit through self-assessment; identifying the degree of importance attributed by the nurses to their competences; identifying the nurses' learning needs, through competences. **Method:** exploratory quantitative descriptive research performed in an adult emergency unit in a private hospital in the city of São Paulo. 23 nurses self-assessed and participated in the learning needs based on competences survey by answering a questionnaire made up of 57 competences. Through the Likert-type scale, the nurses self-assessed regarding their competence level, within five points, varying from 1-not competent to 5-extremely competent; concerning the importance degree given to each competence, a five-point scale was created, being 1-not important and 5-extremely important. To obtain the learning need, the difference between competence level and importance level was calculated; the identified needs were classified as high, moderate, and low priority for learning, with deadlines established for proposing learning strategies in the short, medium, and long terms. **Results:** In the nurses self-evaluation the level 4 – very competent, was predominant in the level of competence, except for Humanization with prevalence of level 5 – extremely important, and for Proactivity with prevalence of level 3 – competent. The level of importance was higher than 4 – very important in all competences, with the exception of the associated competence Perspicacity in the basic competence Interpersonal Relationship, with an average of 3,7. The remaining indexes for the learning needs Inovation/Criativity, Execution Technique and Persuasion, with averages for learning needs higher than 0,90. Out of the 57 competences approached, 28,0% were classified as high- priority for development, 57,8% as moderate-priority and 14,0% as low-priority. **Conclusions:** The positioning portrayed was much superior, besides the high importance punctuated by them, revealing assertiveness to the profile adopted in this study. The learning needs survey identified the skills that need to be deepened, with the analysis of the interface between them and the work environment, for a potential educational action

Keywords: professional competence, work performance, health education, nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	As seis partes básicas da organização.....	37
Figura 2	Noções de qualificação e competência	52
Figura 3	Matriz de competência profissional do enfermeiro de emergência.	62
Figura 4	Matriz de competência profissional do enfermeiro de emergência após Técnica de Delphi.	63
Figura 5	Ações para que o sistema de T&D torne-se estratégico	68
Figura 6	Modelo de Avaliação Integrativa e Somativa (MAIS)	72
Figura 7	Modelo de Avaliação Integrativa e Somativa (MAIS)	131

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Períodos da teoria administrativa segundo Chiavenato	112
Quadro 2	Descrição dos níveis de competências para autoavaliação das competências	112
Quadro 3	Grau de importância para autoavaliação das competências.....	112
Quadro 4	Classificação de prioridades e prazos para desenvolvimento de ações educativas	112
Quadro 5	Competências básicas com prioridades alta e moderada para aprendizagem de acordo com a quantidade de competências associadas, São Paulo – 2018.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização de idade, tempo de formação e tempos de atuação dos enfermeiros do pronto socorro, São Paulo – 2018.....	91
Tabela 2	Cursos de pós graduação realizados pelos enfermeiros do pronto socorro, São Paulo – 2018	92
Tabela 3	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Desempenho Assistencial, São Paulo – 2018	92
Tabela 4	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Trabalho em Equipe, São Paulo – 2018.....	94
Tabela 5	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Liderança, São Paulo – 2018	95
Tabela 6	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência associada Diálogo em competência básica Liderança, São Paulo – 2018	96
Tabela 7	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Humanização, São Paulo – 2018	97
Tabela 8	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Relacionamento Interpessoal, São Paulo – 2018	98
Tabela 9	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Tomada de Decisão, São Paulo – 2018	99
Tabela 10	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Direcionamento para Resultados, São Paulo – 2018	100
Tabela 11	Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Proatividade, São Paulo – 2018	101
Tabela 12	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referente à competência básica Desempenho Assistencial, São Paulo – 2018	102
Tabela 13	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Trabalho em Equipe, São Paulo - 2018.....	103

Tabela 14	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Liderança, São Paulo - 2018	104
Tabela 15	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Humanização, São Paulo - 2018	105
Tabela 16	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Relacionamento Interpessoal, São Paulo - 2018	106
Tabela 17	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Tomada de Decisão, São Paulo - 2018	107
Tabela 18	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Direcionamento para Resultados, São Paulo - 2018 ..	108
Tabela 19	Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Proatividade, São Paulo - 2018	109
Tabela 20	Média das Competências Associadas com NC, suas respectivas NAP, os níveis de prioridade e GI superior ou igual a 4, São Paulo – 2018.....	110
Tabela 21	Competências Associadas a serem desenvolvidas em curto prazo em ordem decrescente de acordo com a NAP 0,68 a 1,00, São Paulo – 2018....	112
Tabela 22	Competências Associadas a serem desenvolvidas em médio prazo em ordem decrescente de acordo com a NAP 0,34 a 0,67, São Paulo – 2018....	113
Tabela 23	Medidas descritivas de GI, NC e NAP, por Competência Básica, São Paulo – 2018	114

LISTA DE SIGLAS

ACR	Acolhimento e Classificação de Risco
ANA	Avaliação de Necessidades de Aprendizagem
ANT	Análise de Necessidades de Treinamento
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Continuada
ENA	<i>Emergency Nurses Association</i>
EP	Educação Permanente
GI	Grau de Importância
MAIS	Modelo de Avaliação Integrativa e Somativa
NAP	Necessidades de Aprendizagem
NC	Nível de Competência
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PS	Pronto Socorro
T&D	Treinamento e Desenvolvimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Apresentação

APRESENTAÇÃO

As organizações hospitalares têm sido destacadas pela assistência a clientes em situações de saúde cada vez mais críticas, necessitando de desempenho profissional e tecnológico cada vez mais complexos. Por concentrar serviços assistenciais e de diagnóstico, os usuários procuram os hospitais como uma forma de agilizar diagnóstico e tratamento, desviando-se da atenção primária, logo, desviando-se da prevenção e promoção de saúde característicos deste tipo de atendimento, o que converte em sobrecarga do sistema hospitalar de saúde. Este tipo de comportamento é resquício de um modelo biomédico e hospitalocêntrico de saúde.

Hospital e medicina passaram a se sobrepor de forma indissociável e atravessaram o século garantindo o poder médico aos hospitais e, conseqüentemente a supremacia do seu modelo de intervenção de assistência à saúde. O modelo predominante no século XIX, denominado de hospitalocêntrico, norteou a criação de sistemas de saúde no período entre o fim da Segunda Guerra Mundial e meados dos anos 70. Estes sistemas nacionais se desenvolveram centrados na assistência médico hospitalar, no hospital moderno e na consagração deste como um símbolo de prestígio profissional e sofisticação tecnológica, priorizando práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra hospitalares preventivas (Ribeiro, Dacal, 2012).

A interpretação das necessidades em saúde e sua acolhida, bem como a equação entre oferta e demanda de serviços depende, em última análise do paradigma de compreensão e organização dos saberes e das práticas em saúde, geralmente identificado com o modelo biomédico. Esse modelo caracteriza a ciência das doenças e não tanto como a arte de curar. Esse enfoque leva a privilegiar o diagnóstico como científico e mais importante que a terapêutica com foco na doença, colocou o hospital no centro da atividade médica. Foco posto mais na eficiência técnica do que na eficácia prática da terapêutica em responder às reais necessidades do usuário (Junges et al., 2012). Neste contexto, vivenciamos a alta demanda de pacientes em unidades de Pronto Socorro (PS), que muitas vezes se configuram como porta de entrada aos usuários para o sistema de saúde, sendo que a assistência aos pacientes de urgência coexiste com a de usuários que poderiam

ser atendidos na atenção primária, gerando superlotação e estagnação do sistema de atendimento às urgências e emergências.

Assim como em outros setores da saúde, espera-se uma atuação profissional de qualidade, realizada com eficiência e conhecimento, para assim tratar cada indivíduo de forma adequada com vistas à sua complexidade. As rotinas de um PS, aliadas à grande demanda de pacientes e à problemática do sistema de saúde como um todo, apontam para um processo de trabalho diferenciado, com a necessidade de uma equipe multiprofissional altamente qualificada e articulada para atendimento dos pacientes que ali aportam (Montezeli, 2009).

E é neste cenário que eu me encontro hoje. Iniciei minha trajetória profissional em 2006, exercendo a função de enfermeira assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) em um hospital de médio porte na cidade de Campinas/SP, passei por algumas instituições e exerci este cargo até o ano de 2013, já na cidade de São Paulo. Estar na assistência direta ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva fez com que eu adquirisse conhecimentos e comportamentos que me fizeram receber promoções em minha área, chegando ao cargo de gestão.

Aprendi na prática e com muito estudo como fazer gestão, tive grandes professores, mas tinha uma inquietude e incômodo que era saber identificar porque alguns profissionais que comigo trabalhavam não se adequavam ao que era esperado. Independentemente da posição hierárquica, muitos trabalhadores não exercem suas funções da mesma maneira que outros.

Hoje, atuo como gestora de um Pronto Socorro Adulto, e ao sair da minha zona de conforto que é a Terapia Intensiva, trago comigo a inquietude de sempre, percebendo a cada dia que muitos profissionais continuam não atendendo às exigências de suas funções. Por todo este contexto, ao entrar para o grupo de pesquisa Gerenciamento em Recursos Humanos em Saúde e em Enfermagem, cadastrado no CNPq sob o número: 62714142630386567022, concluí que minha inquietude tinha um nome: competência. Assim, passei a estudar essa temática.

Por sua relação direta nos processos de seleção, avaliação de desempenho, treinamento e desenvolvimento, Soares (2011) identificou as competências individuais dos enfermeiros de uma instituição hospitalar da rede privada do município de São Paulo.

No âmbito do treinamento e desenvolvimento, Gonçalves (2016) afirma que, com facilidade, encontramos recomendações de como deve ser um processo de

treinamento ideal, porém questiona em como operacionalizá-lo em UTI, que se destaca pela complexidade da assistência prestada e que demanda profissionais com competências específicas.

Assim como esta autora, eu me coloco o mesmo questionamento, porém em uma unidade diferente: Como identificar, operacionalizar e desenvolver as competências dos enfermeiros que prestam atendimento em Pronto Socorro Adulto?

Competência é uma palavra de senso comum utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa, sendo que seu antônimo implica não apenas a negação desta habilidade, como torna-se inclusive, pejorativo para àqueles que não a têm (Fleury M, Fleury A, 2001).

Os mesmos autores definem competência como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Realizar um estudo sobre competências do enfermeiro é essencial para que se inicie um processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Para tanto, as organizações de saúde devem traçar um perfil das competências desejadas para os enfermeiros e, assim, construir um plano de desenvolvimento alinhado com a organização e que agregue valor ao indivíduo e à instituição.

No ano de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, estabeleceu o perfil de formação do enfermeiro e definiu competências e habilidades gerais que este egresso deveria ter. O conjunto das competências, conteúdos e habilidades descritas nesta Resolução, deve incitar, no estudante, a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional de modo autônomo e permanente, formando um enfermeiro de perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo.

Furukawa e Cunha (2010) discorrem que o conceito de competência na gestão de pessoas proporciona benefícios tanto para as organizações quanto para os profissionais. No contexto de serviços de saúde, essas contribuições podem se estender também aos pacientes, à medida que os objetivos das instituições estejam relacionados à melhoria da qualidade de seus serviços.

Assim, buscamos conhecer o perfil de competências dos enfermeiros atuantes em PS, assim como, a partir das necessidades de aprendizagem levantadas, construir um programa educativo de desenvolvimento de competências.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	33
2 OBJETIVOS.....	45
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	49
3.1 COMPETÊNCIAS.....	51
3.1.1 Competências individuais	51
3.1.2 Competências essenciais ou organizacionais.....	55
3.1.3 Gestão por competências	57
3.1.4 Competências do profissional enfermeiro	58
3.1.5 Competências do enfermeiro de Pronto Socorro	60
3.2 APRENDIZAGEM NO TRABALHO	63
3.2.1 Avaliação das necessidades de aprendizagem	69
4 MÉTODOS.....	75
4.1 TIPO DE ESTUDO	77
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	77
4.3 POPULAÇÃO	77
4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	77
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	82
5 ASPECTOS ÉTICOS	85
6 RESULTADOS	89
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	91
6.2 AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	92
6.3 LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM.....	102
6.4 SÍNTESE DE RESULTADOS	110
7 DISCUSSÃO.....	115
8 CONCLUSÕES.....	133
REFERÊNCIAS	137

APÊNDICE	151
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	153
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	163

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde estão entre as mais complexas estruturas dentre as organizações comerciais existentes. É nesta estrutura que coexistem diferentes grupos de trabalho constituindo subculturas organizacionais e com práticas de trabalho onde ainda prevalecem regras e regulamentos que cobram por obediência e valorizam o processo em detrimento do resultado, não sendo assim capazes de perceber ou favorecer a aprendizagem individual e organizacional (Almeida, 2011).

Carvalho (2008) define organização como um agrupamento de pessoas, que se reúnem de forma estruturada e deliberada e em associação, traçando metas para alcançarem objetivos planejados e comuns a todos os seus membros. Outra definição é de que as organizações sejam instituições sociais, e a ação desenvolvida por membros é dirigida por objetivos.

Corroborando com esta afirmativa Chiavenato (2014) que define as organizações como alavanca do desenvolvimento econômico e social. As realizações que ocorrem na sociedade moderna são possíveis porque as pessoas agrupadas em organizações se envolvem em projetos comuns. Vivemos em uma sociedade organizacional, na qual as organizações são as principais realizadoras e impulsionadoras da inovação e do progresso, pois são elas que produzem bens e serviços e que impulsionam o desenvolvimento dos países.

Para Matos e Pires (2006), a partir dos anos 80 foram sendo difundidas, alternativas administrativas, de organização e gestão do trabalho, associadas, de forma frequente, à superação dos modelos taylorista/fordista, na medida em que podem favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão. Acabam enfatizando a cooperação; a valorização de grupos de trabalho; diminuição de níveis hierárquicos; autogerenciamento por setores e áreas; delegação de tarefas; responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões. Mas ainda hoje, diversas teorizações de correntes administrativas encontram-se nas organizações de trabalho, centradas no aumento da produtividade e eficiência na organização.

A teoria administrativa passou por três períodos em sua trajetória (Chiavenato, 2007) e com base nesses conceitos, elaborou-se o Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Períodos da teoria administrativa segundo Chiavenato

Período	Teorias	Organizações
Newtoniano e Cartesiano	Administração Científica Teoria Clássica Teoria Neoclássica	Pensamento linear e lógico Período de calma e relativa permanência no mundo das organizações.
Sistêmico	Teoria dos Sistemas Influências: Desenvolvimento Organizacional e Teoria da Contingência	Pensamento analítico e mecanicista Período de mudanças e busca da adaptabilidade das organizações
Atual	Teoria do Caos Teoria da Complexidade	A mudança chegou no mundo organizacional

Fonte: Elaborado pelo autor.

Uma estrutura organizacional deve nascer para estabelecer um padrão de coordenação das atividades de uma organização. Houve com o tempo uma mudança progressiva nos processos de coordenação da organização das atividades nas empresas, na maneira como elas estruturam suas atividades e na estrutura organizacional, que vem se adaptando às imposições, ou, visto de um outro modo, às oportunidades oferecidas pelo ambiente (Almeida, Machado Neto, Giralaldi, 2006). A partir dessa estrutura que se compreende o conjunto de relações que sustentam formalmente a empresa. Essa estrutura, quando estabelecida de forma adequada, proporciona para a empresa e seus colaboradores, um ambiente de trabalho mais organizado, um fluxo de informações e distribuição de tarefas mais eficazes, bem como assegura a efetividade entre departamentos (Schwab et al., 2015).

Ainda para Schwab et al (2015), a estrutura organizacional é resultado de um processo de distribuição de responsabilidades aos colaboradores da empresa, com a finalidade de atingir os objetivos organizacionais através da divisão do trabalho, sistemas de comunicação eficientes e processo de decisão baseado em informações. Essa distribuição de responsabilidades pode ser feita tanto de modo formal, representadas, por exemplo, por um organograma, quanto de modo informal, com relações de interação entre as pessoas.

Segundo Mintzberg (2009) as organizações possuem seis partes básicas, como mostrada na figura 1 abaixo:

Figura 1 – As seis partes básicas da organização

Fonte: Mintzberg, 2009.

O *núcleo operacional* compõe a base das organizações, as pessoas que compõem este núcleo são os operadores ou os prestadores de serviço. A *cúpula estratégica* é ocupada por gerentes que supervisionam o sistema. A medida em que as empresas vão crescendo, faz-se necessário mais gerentes ou supervisores, o que acaba fazendo com que se crie a *linha intermediária*, sendo esta uma linha hierárquica entre o núcleo e o ápice. As pessoas que formam a *tecnoestrutura* são os analistas, que estão fora da linha hierárquica intermediária, porém eles planejam e controlam o trabalho dos outros, de forma administrativa. Para o fornecimento de serviços internos, como copa, jurídico, relações públicas, entre outros, temos a *assessoria de apoio*. Finalmente, para que haja vida ao esqueleto da estrutura, fundamentou-se uma sexta base, que é a *ideologia*. A ideologia engloba tradições e crenças de uma organização, que a faz diferenciar de outras organizações (Mintzberg, 2009).

É necessário formularmos que ideologia refere-se à formulação de projetos hegemônicos, propondo políticas de transformação ou de manutenção da ordem social, assegurando desta maneira a dominação de uma classe sobre a outra. Encontra-se este conceito em uma macro política alusiva à reprodução de formas de dominação e modos de produção que lhe são únicas (Fleury, 1987).

Muzzio (2010) afirma que para as organizações que operam em distintos ambientes culturais, a adaptação externa passa pela busca de legitimação perante os atores de cada local onde atuam. Com isso, as realidades culturais distintas tendem a levar as organizações a uma necessidade de alinhamento de estratégias, para que sejam legitimadas e em conformidade com as leis, regras, costumes e valores locais.

A cultura organizacional abrange valores, expectativas e crenças que influenciam os processos individuais e coletivos das organizações, sendo construída geralmente por ferramentas, implementos, objetos, vestimentas, costumes, instituições, crenças, rituais, jogos, linguagem, símbolos, dentre outros de um conjunto humano. Consiste, portanto, nas relações e nas maneiras com que as pessoas se organizam, interagem e agem dentro da empresa. A cultura organizacional busca as melhores relações de trabalho, qualidade de vida dos trabalhadores e produtividade (Campos, Rédua, Alvareli, 2011).

No setor de saúde, os hospitais como organização destinada ao atendimento de necessidades físicas, emocionais e sociais do cliente se revestem de grande complexidade. Tal complexidade se encontra relacionada ao aparato tecnológico, ao trabalho complementar de várias categorias profissionais que integram as equipes, às relações interpessoais no trabalho cotidiano, a necessidade de atendimento personalizado e, mais recentemente, ao reconhecimento de que nenhuma categoria profissional detém saber necessário para responder às demandas (Alves, Ramos, Penna, 2005).

Ainda para estas autoras, nos hospitais que atendem situações de emergência, em função de um ritmo frenético e constante de trabalho, torna-se visivelmente necessária a integração dos vários especialistas em equipes de trabalho coesas, com senso de cobertura e nas quais esteja clara a noção de complementaridade. No entanto, pensar o trabalho em equipe significa pensar o cuidado centrado no paciente e suas necessidades e não nas categorias profissionais, pois a diversidade da situação exige respostas imediatas, sob pena de colocar em risco a vida do paciente. A integração de diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno de um objetivo comum, torna-se fundamental para que a assistência ao cliente seja oportuna e livre de riscos.

O trabalho ocupa um lugar de grande relevo no processo de viver do ser humano e é pertinente dar lugar à expressão da subjetividade dos trabalhadores e

permitir a participação destes no planejamento e organização do trabalho. Essa participação pode aproximar os trabalhadores do conhecimento global do processo de trabalho evitando a alienação e o sofrimento, promovendo prazer e bem-estar na atividade laboral (Almeida, Pires, 2007).

Diante de diferentes modelos organizacionais, a assistência de enfermagem acaba por depender dos modelos de cuidados aplicados em cada instituição, sendo aplicado na maioria das vezes o cuidado de modo funcional e integral. Na prática, a enfermagem utiliza o cuidado integral organizando seu trabalho nesse modelo, porém, se houver uma redução no número de atuantes na equipe, acabará por organizar suas atividades por tarefas (Silva, 2010).

Partindo do pressuposto que o homem é um ser vivo que modifica o universo em que habita construindo a própria realidade, Karl Marx diz:

O homem não é apenas um ser natural, mas um ser natural humano, isto é, ser existente para si mesmo (*für sich selbst seiendes Wesen*), por isso, ser genérico, que enquanto tal, tem de atuar e confirmar-se tanto em seu ser quanto em seu saber. Consequentemente, nem os objetos são objetos naturais assim como estes se oferecem imediatamente, nem o sentido humano, tal como é imediata e objetivamente, é sensibilidade humana objetividade humana. A natureza não está, nem objetiva nem subjetivamente, imediatamente disponível ao ser humano de modo adequado (Marx, 2010, p.128).

Marx define o trabalho como especificamente humano na medida em que este é uma atividade que se conforma a determinados fins que são previamente estabelecidos na mente do homem. Assim, o processo de trabalho depende fundamentalmente do elemento que é o trabalhador, além de todos os aparatos técnicos que o constitui, como objeto de trabalho, meios de trabalho, entre outros (Moura, 2012).

De acordo com Matos (2002), no início deste século, o desenvolvimento das teorizações sobre a gerência científica por Taylor e Fayol, impulsionou a produção industrial e acabou expandindo-se para outros setores, como o de serviços por exemplo. A enfermagem foi influenciada por este modelo, até hoje tão presente na organização do trabalho da categoria. O enfermeiro desempenha a função de

gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho da enfermagem e delega atividade aos demais trabalhadores desta classe.

Sobre essas teorias, elencaremos estes dois autores, que nos dias atuais, exercem maior influência sobre processos e organização do trabalho: Frederick Winslow Taylor, criador da escola de Administração Científica e Henry Fayol que concebeu a Teoria Clássica da Administração.

A preocupação de Taylor era em melhorar a eficiência do trabalhador para o aumento da produtividade. Enxergava o trabalhador enquanto força de trabalho para o aumento do capital industrial, sendo o homem um ser estático, devendo apenas produzir o que a organização espera dele.

Já Henry Fayol, um administrador que se iniciou como operário, teve sua teoria focada nas funções do administrador e na estrutura formal da administração. Concebeu a organização como uma estrutura rigidamente hierarquizada, estática e limitada. Com a departamentalização organizacional, temos a divisão horizontal do trabalho (agrupamento de atividades afins) e a divisão vertical, onde há hierarquia da autoridade caracterizada pela subordinação do indivíduo ao seu chefe imediato (Kurcgant, 1991).

As instituições hospitalares tradicionalmente possuem estruturas organizacionais e organogramas característicos das propostas mais clássicas administrativas, com trabalhadores ligados a uma única linha de mando, divisão parcelar do trabalho e especialização vertical e horizontal simultânea. É uma estrutura departamentalizada, com pirâmide hierárquica definida por papéis de autoridade e responsabilidade, com centralização de poder e pouca ou nenhuma integração entre as diversas áreas (Matos, 2002).

O aumento da competitividade fez com que as empresas reorganizassem os modos de atuação fazendo com que estratégias sejam revistas e como consequência, há a mudança das estruturas organizacionais. O trabalhador, quando alinhado a essas estratégias e ao se adaptar à cultura da empresa, faz com que o processo de trabalho se modifique, desempenhando resultados satisfatórios, tanto para a empresa, quanto para ele.

As dimensões da organização do trabalho, desde a sua concepção até influência desta nos aspectos ergonômicos, consolida o que muitos autores têm afirmado, que a organização do trabalho ainda se pauta principalmente nos modelos de Taylor e Ford, e que os hospitais permanecem como instituições médicas onde

se pratica o modelo biomédico. Estes aspectos da organização do trabalho refletem ainda no trabalho da enfermagem, em que ainda há pouco espaço para novas formas de organização, como se o modelo atual, fragmentado e parcelado estivesse cristalizado na profissão (Lorenzetti et al., 2014).

No decorrer da história, persistindo até os dias atuais, o papel do enfermeiro ampliou-se gradativamente, o que acaba exigindo maiores habilidades no seu serviço. Cada vez mais os enfermeiros assumiram responsabilidades, aprenderam a trabalhar com equipamentos novos com eficácia e segurança e adquiriram mais conhecimento e compreensão do diagnóstico médico e da própria enfermagem (Gindri et al., 2005).

Mais recentemente, consolidou-se a compreensão que o papel do trabalho do enfermeiro está identificado pelas dimensões da assistência à saúde, educação, pesquisa e gestão, dimensões estas que se articulam e influenciam diretamente na qualidade da assistência. São os enfermeiros que exercem papel fundamental na gestão do trabalho, cabendo a estes profissionais o incentivo à reflexão da equipe sobre o trabalho da enfermagem, pois entende-se que novas formas de organização de trabalho somente serão possíveis se os trabalhadores de enfermagem se tornarem atores deste processo (Lorenzetti et al., 2014).

A construção do processo de trabalho da enfermagem está pautada em atividades de diversos subprocessos interligados. Estes se estruturam com base nas práticas criativas, administrativas ou gerenciais e, para a execução de suas ações, sabe-se que desde sua concepção como profissão, os diferentes subprocessos compositores do processo de trabalho da enfermagem precisam ser articulados na prática profissional, com foco no cuidado (Montezeli, Peres, Bernardino, 2011).

A atuação do enfermeiro, sob o olhar da equipe, revela-se a partir de dicotomias e conflitos, de modo que o enfermeiro desempenha o papel importante nas relações da equipe de saúde. No contexto hospitalar, o enfermeiro é apontado como articulador e gerente de serviços, desempenhando importante papel nas relações com a equipe de saúde, surgindo assim um elo de comunicação entre as equipes. Mesmo que o papel do enfermeiro seja entendido e reconhecido como relevante para a equipe de saúde, é preciso que ele se conscientize de sua função central, ou seja, do seu papel essencial ante as necessidades do paciente, da sua família e equipe (Backes et al., 2011).

Sob a ótica dos enfermeiros que atuam em unidades de emergência, estes estão em constante alerta, pois além de desempenharem suas atividades em um ambiente de imprevisibilidade e incertezas, que exige conhecimento, rapidez de raciocínio e prontidão no desenvolvimento do processo de tomada de decisão, contam com um número insuficiente de pessoal para atender às necessidades dos pacientes (Garcia, Fugulin, 2010).

As unidades de Pronto Socorro configuram nas organizações de saúde a porta de acesso ao sistema de saúde, sendo destinado àqueles que apresentam agravos clínicos ou cirúrgicos agudos (Godoi et al., 2016).

O enfermeiro atuante nestas unidades tem especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado a pacientes com necessidades complexas, que requerem aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização, extensivo aos familiares pelo impacto inesperado de uma situação que coloca em risco a vida de um ente querido (Azevedo et al., 2010). Deve ter raciocínio crítico, preciso e oportuno, na busca de decisões baseadas nos princípios éticos que possibilitem garantir a autonomia do paciente, humanização da assistência e o cuidado livre de riscos e pleno em qualidade (Montezeli, 2009).

Serviços de urgência e emergência tem o objetivo de diminuir a morbi mortalidade e as sequelas incapacitantes, para tanto, é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade e contínua (Azevedo et al., 2010).

Uma unidade de PS presta assistência a pacientes com níveis de urgência e emergência. O significado de urgência e emergência foi definido pela Portaria nº 354 de 2014 do Ministério da Saúde da seguinte maneira:

Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Urgência é a ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Rosseti, Gaidzinski e Fugulin (2013) citam que os prontos socorros são organizados para disponibilizar atendimento imediato, configurando-se muitas vezes como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo pacientes de urgência

propriamente dita, com quadros percebidos de urgências, pacientes desviados da atenção primária e especializada e urgências sociais. Esse quadro faz com que haja uma superlotação destas unidades e conseqüentemente diminuem a qualidade da assistência prestada.

Garcia e Fugulin (2010) verificaram que nas unidades de emergência, a problemática relacionada a planejamento, alocação e avaliação de recursos humanos de enfermagem, assumem maiores proporções devido, entre outros aspectos, à dinâmica de trabalho na unidade; à diversidade de ações desenvolvidas; à rotatividade de pacientes e à escassez de parâmetros, que dificultam a operacionalização dos métodos convencionais de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

A pressão exercida pelos usuários por atendimento nesses serviços mostra que eles querem atendimento, sendo de emergência ou não. Como tentativa de minimizar o efeito dessa pressão, iniciativas isoladas foram tomadas por enfermeiros que atuavam como “priorizadores” do atendimento médico, responsabilizando-se, durante os plantões, pelo acesso do usuário à consulta médica. Com o intuito de organização do sistema para mudar paradigmas, não excluindo, mas estratificando e regulando a demanda, implanta-se muitas vezes a metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) (Souza, Bastos, 2008).

ACR consiste na sistematização de um processo de classificação de risco, baseado em níveis de gravidade, com ênfase nas ações de acolhimento do paciente e do seu acompanhante pela equipe de saúde, para humanização da assistência. Trata-se de uma forma de ressignificar o processo de triagem, que comumente se esgota na recepção do paciente, tornando-o uma ação de inclusão que permeia todos os espaços e momentos do cuidado à saúde (Inoue et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem devem considerar que o uso do sistema de classificação de pacientes deve ser inserido como método de gestão para melhor organizar e priorizar o fluxo de pacientes. Ressaltando que a implantação do ACR proporciona maior agilidade no atendimento a pacientes com quadro clínico grave e com risco iminente de morte, uma vez que por meio da habilidade profissional, é possível identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência e que precisem ser priorizadas (Damasceno et al., 2014).

A unidade de emergência pode ser considerada um dos ambientes de maior sofrimento psíquico para os trabalhadores da saúde, pois funciona 24 horas

ininterruptas, atendendo a uma demanda contínua com condições de trabalho nem sempre ideais. O sofrimento do trabalhador não deve estar somente fundamentado na gravidade dos pacientes, mas, também ao fato de terem que lidar com situações incontroláveis, inesperadas, imprevistas ficando frente a frente com situações que desencadeiam sentimento de impotência (Godoy, 2010).

Atitudes e decisões são tomadas constantemente sobre a vida do paciente, o que leva a crer e acreditar que a atuação profissional neste setor seja de qualidade, realizada com eficiência e conhecimento, para assim tratar cada indivíduo de forma adequada com vistas à sua complexidade (Montezeli, 2009).

O enfrentamento das adversidades tem colocado os profissionais que atuam nos setores de urgência na posição de vítimas desse cenário adverso. Para sobreviver ao caos, esquecem que tanto trabalhadores como usuários necessitam de condições dignas de trabalho e de assistência. Diante deste cenário, mesmo que intensifiquem o ritmo de trabalho, muitas atividades não são realizadas, pois a capacidade de atendimento não é suficiente para atender a demanda (Garlet et al., 2009).

Se a formação é dada de forma generalista, se não há direcionamento na contratação de recursos humanos para o PS, o hospital deveria arcar com os custos de uma capacitação inicial, ou os enfermeiros do referido setor fazerem isso, sem, contudo, assumirem, pela instituição, a tarefa de proporcionar ambiente de aprendizagem para os funcionários contratados (Montezeli, Peres, Bernardino, 2014).

Holleran (2016) refere que enfermeiros de emergência são parte integral deste serviço, e isto requer competências específicas e experiências para que continuem desenvolvendo e conhecendo as especificidades de cada paciente e os cuidados que devem ser dados a eles, sendo os enfermeiros atuantes em emergência, a alma e o coração destas unidades.

O entendimento do contexto macro e micro organizacional dos serviços de emergência, clareia as necessidades de aprendizagem que este enfermeiro precisa para atuar em unidades de PS e percebemos que este profissional, necessita de um conjunto de habilidades e competências que precisam ser desenvolvidas para o exercício de suas atividades diárias.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

- Conhecer o desempenho por competências dos enfermeiros de pronto socorro;
- Conhecer o grau de importância atribuído pelos enfermeiros para as competências;
- Identificar as necessidades de aprendizagem dos enfermeiros, por competências.

3 Referencial teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 COMPETÊNCIAS

3.1.1 Competências individuais

Na história do desenvolvimento capitalista, o sistema taylorista/fordista apresenta-se como um marco importante no que se refere ao formato de produção e de consumo de mercadorias, que causa alterações estruturais nas dimensões ideológica, econômica, política e cultural da sociedade. Economicamente, este sistema é caracterizado como um modelo de acumulação baseado em uma estrutura produtiva com tecnologia rígida, tendo como finalidade a produção e o consumo em massa. O Estado é imprescindível neste sistema, uma vez que assegura condições para a reprodução do capital e da força de trabalho, passando a responsabilizar-se por custos sociais, arrecadando impostos e garantindo o acesso à educação, saúde, previdências, transportes, entre outros (Vesce, 2008).

Ainda de acordo com a autora acima, a existência de um Estado inchado e a rigidez do modelo de produção aliadas a um mercado esgotável de bens duráveis, elevadas taxas de desemprego e inflação expressiva leva a uma crise do modelo taylorista/fordista de produção. Essa crise faz com que o capital tenha que realizar reformas para um novo estágio de desenvolvimento do capitalismo. Com a finalidade de alcançar um aumento significativo na produtividade e da capacidade competitiva, o capitalismo sofre transformações para construir um novo modelo de acumulação, o modelo flexível de produção, articulado à globalização da economia e que inaugura alterações contextuais e estruturais que indicam novas formas de relações socioculturais, econômicas e políticas.

Para Amaro (2008) as novas formas de organização do trabalho exigiram um novo tipo de profissional. Se antes tinham certificados e diplomas como qualificações padronizadas e que culminavam na hierarquia organizacional, as novas formas de organização que surgiram nas duas últimas décadas exigem uma nova demanda, a de trabalhadores que tenham iniciativa e sejam capazes de assumir responsabilidades. Sendo assim, as competências ganham seu espaço frente às qualificações que era exigidas anteriormente. Este termo, acaba por ser mais adequada, pois expressa as demandas requeridas para os trabalhadores do

sistema produtivo que requer profissionais com mais iniciativas, com flexibilidade, polivalentes, multifuncionais, que cooperem e tenham autonomia.

A qualificação vem com força pela ideia de competência, chamando a atenção para seus atributos subjetivos que são mobilizados no trabalho em forma de capacidades, como cognitivas, socioafetivas e psicomotoras. Visto isso, a qualificação passa a ser entendida como uma relação social complexa entre operações e técnicas que culmina em estoque de saberes por exemplo, fazendo ainda com que esta relação tenha estimativas em seu valor social e implicações econômicas (Ramos, 2002).

Para Ruas (2005), a qualificação centra-se em preparar capacidades que são voltadas para alguns processos previstos ou ao menos previsíveis, enquanto que a competência passa a tratar predominantemente o desenvolvimento das capacidades que, posteriormente, serão mobilizadas nas situações pouco previsíveis, como demonstra a figura 2:

Figura 2 – Noções de qualificação e competência

Fonte: Ruas, 2005.

Os autores Borges-Andrade, Abbad e Mourão (2007), conceituam competência como é ideia consideravelmente antiga, sendo (re) conceituada e (re) valorizada nos processos resultantes da globalização, como por exemplo, reestruturação produtiva, aumento das discontinuidades, situações econômicas

imprevisíveis assim como, o mercado de trabalho e os fatores organizacionais. Hoje, busca-se um profissional que disponha de competências que sejam muito mais abrangentes das que eram requeridas em etapas que antecederiam o capitalismo.

A adequação às novas exigências de trabalho, requer trabalhadores com um perfil que seja diferenciado e que tenha competência profissional que seja específica para determinadas tarefas ou funções. A preocupação em ofertar uma assistência de qualidade, soma-se à incorporação de novos serviços e tecnologias e espera-se a geração de resultados positivos que atendam a necessidade dos clientes, mas também que estes resultados atendam organização e os profissionais que nela atuam. Buscar instrumentos ou estratégias para que haja formação e mobilização de competências resulta em um trabalho diferenciado nas instituições, auxiliando assim, os profissionais em suas necessidades (Camelo, Angerami, 2013).

Em um mundo onde o setor de serviços se torna dominante, a noção de competência reporta-se à capacidade do sujeito lidar com cada situação ou evento, mobilizando recursos de forma adequada para oferecer respostas à situação. Assim, mais do que um repertório de conhecimentos e habilidades, como presente na definição clássica de qualificação, a competência seria definida pela capacidade de mobilização de recursos pessoais (Bastos, 2007).

Fortalecido na década de 90, duas correntes foram estabelecidas para estudos a respeito de competências: a americana que foi liderada por David McClelland em 1973 e Boyatzis em 1982, e a francesa, pelos autores Le Boterf em 1994 e Zarifian em 2003.

Em 1973, David McClelland define competência como uma característica implícita à pessoa, podendo ter relação com desempenho superior em realizar determinada tarefa ou em determinada situação. Acabou então por diferenciar aptidões de habilidades e conhecimentos. Definiu aptidão como um talento natural que pode ser aprimorado, habilidade como demonstração do talento na prática e por fim, conhecimento como o que uma pessoa precisa saber para que desempenhe determinada tarefa.

Boyatzis (1982 apud Fleury, Fleury, 2004) refere que um conjunto de características e traços definem um desempenho superior, sendo competência pensada como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentados ainda, na inteligência e personalidade das pessoas, portanto, é um estoque de recursos que o indivíduo detém.

A escola francesa tem Le Boterf (1995 apud Fleury, Fleury, 2004) como defensor da sua corrente. Este autor define competências como resultado do cruzamento de três eixos de formação, sendo eles a formação da pessoa, a formação educacional e a experiência profissional. Esses eixos resultam em um saber agir responsável e reconhecido por outros e implica em saber mobilizar, integrar e transferir as habilidades, os conhecimentos e os recursos no contexto profissional habilidades, os conhecimentos e os recursos no contexto profissional.

Ainda na escola francesa, Zarifian (2010) refere que competências são as tomadas de iniciativas e responsabilidades do profissional a medida em que são confrontados, sendo esta uma inteligência que se apoia em conhecimentos adquiridos e que aumentam e são transformados ao longo do enfrentamento das situações, mobilizando e compartilhando desafios.

Soares (2011) explana que à medida em que surgem as situações, conhecimentos são adquiridos e para as tomadas de decisão, há o desenvolvimento das competências necessárias. Ao longo da vida, essas competências individuais são adquiridas, muitas vezes por experiências que necessitam de ações para que determinada tarefa seja realizada.

Motivação é o fator estimulante e necessário para aquisição e consolidação de competência. Sendo a competência um conjunto de atitudes, habilidades e conhecimentos, consideramos a atitude a sustentação para que haja desenvolvimento de conhecimentos e habilidades.

Em 2006, Saupe define as dimensões de conhecimento, habilidade e atitude. **Conhecimento** são conteúdos adquiridos por exposição, leituras e críticas que fazem com que o profissional tenha um domínio cognitivo de um saber e seja capaz de tomar decisões, resolvendo problemas em sua área de atuação. Já as **habilidades** são as práticas adquiridas por repetição e reelaboração crítica e desenvolvem no profissional um domínio psicomotor, o saber fazer. Por fim, as **atitudes** são intenções de comportamentos adquiridos por introjeção, observação que proporcionam ao profissional um domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver.

Para Fleury e Fleury (2004) as competências devem agregar valores econômico e social, a organização e ao indivíduo respectivamente. Parecendo assim, a competência estar associada a verbos como saber agir mobilizando

recursos e integrando saberes, saber aprender, saber engajar-se assumindo responsabilidades e tendo visão estratégica.

Competência também esta associada à entrega, pois se a pessoa não entrega a organização não se beneficia, independente desta pessoa deter conhecimentos, habilidades e atitudes. Entrega pode ser entendida como a contribuição do indivíduo de forma efetiva da competência, associando-se esta a perenidade. Portanto, quanto maior a complexidade da entrega, maior a capacidade de diferenciação e valor agregado ao negócio (Dutra, 2004).

A competência para a realização de uma tarefa significa que deve haver conhecimentos, habilidades e atitudes compatíveis com o desenvolvimento desta tarefa, tendo capacidade de colocar em prática este potencial sempre que for necessário. No entanto, pode-se dizer que conhecimento significa o que as pessoas sabem, as habilidades o que as pessoas fazem, e, por fim, atitudes o que elas são e a vontade de fazer as coisas. Agrega-se a oportunidade que são as chances de fazer, tendo como resultado deste conjunto o bom desempenho (Ruthes, Feldman e Cunha, 2010).

3.1.2 Competências essenciais ou organizacionais

As organizações existem para servir aos seus diferentes tipos de públicos, agregar valor aos seus clientes e, conseqüentemente, a seus acionistas. O nível de adesão e satisfação de clientes e acionistas em relação a uma determinada organização está diretamente relacionado à sua capacidade de geração de valor, através de seus produtos/serviços, em seu mercado de atuação. Essa capacidade de atender expectativas dos públicos citados, gerando valor considerável e reconhecido por eles, através de produtos e serviços, pode-se entender como competências organizacionais ou essenciais de uma empresa (Schemes, 2002).

As *core competences* (competências essenciais), foram discutidas por Prahalad e Hamel (1990) como uma capacidade de coordenar habilidades de produção integrando fluxos de tecnologias, sendo uma aprendizagem coletiva organizacional, comprometendo-se com o trabalho que ultrapassa as fronteiras organizacionais. Para que haja as competências organizacionais, deve-se haver uma mudança radical na organização, requerendo acesso a uma grande variedade de mercados, produtos diferenciados para a clientela e de difícil imitação. Deve-se

redesenhar a arquitetura organizacional dando impulso para o aprendizado de alianças e focando no desenvolvimento interno.

As competências essenciais diferenciam e garantem competitividade e sustentabilidade aos mercados. Mapear as competências essenciais e as organizacionais garante a estratégia competitiva, podendo-se dizer que uma organização possui variadas competências organizacionais distribuídas em diversas áreas (Fleury, Fleury, 2004).

Para Ruas (2005), apesar das competências organizacionais estarem presentes em todas as áreas da organização, a apropriação desta competência ocorre de maneira desigual, pois algumas áreas tem mais afinidade e atribuem mais relevância às competências do que outras.

Uma empresa, para ser realmente competitiva, precisa articular competência essencial e estratégia organizacional. A escolha de uma estratégia se associa a uma competência na qual a organização precisa ter para que seja mais excelente que seus concorrentes. Considerou-se que qualquer estratégia competitiva pode ser classificada em uma dessas três categorias: Excelência Operacional, Inovação em Produção e Relação com o Cliente. Não é interessante para as organizações serem competentes em todas as três estratégias, uma das competências deverá ser mais relevante que as outras, tendo essa como competência essencial. As outras estratégias devem sempre ser desenvolvidas para que reforcem a competência essencial (Fleury, Fleury, 2003).

A área de recursos humanos deve assumir o papel no desenvolvimento da estratégia da organização, cuidando com mais propriedade para atrair, manter e desenvolver as competências necessárias à realização dos objetivos organizacionais. É de fundamental importância que explicita e organize a relação entre competências individuais e organizacionais (Fleury, Fleury, 2004)

Portanto, a aprendizagem organizacional é uma chave para compreender o desenvolvimento de competências e este desenvolvimento é o caminho para a compreensão dos processos da aprendizagem organizacional. Relaciona-se então a competência com a capacidade de combinação e mobilização adequadas de recursos, gerando nova configuração de competências que resultam do aprendizado em lidar com novas situações (Takahashi, Fischer, 2009).

3.1.3 Gestão por competências

Para Prahalad e Hamel (1990), gerir pessoas por competências faz parte de um sistema maior de gestão organizacional, tomando como referência os objetivos e estratégias organizacionais, devendo por meio da aprendizagem das pessoas direcionar suas ações para as competências individuais, assim como, por meio da aprendizagem organizacional direcionar ações para as competências essenciais.

A gestão por competências é um processo que permite alcançar os objetivos através da missão, visão, valores, estratégias da instituição e do capital humano, na busca pela maximização dos resultados e agregação de valor social aos profissionais. Torna-se um desafio buscar e preparar pessoas que ajudarão a atingir os resultados, identificando e mapeando as competências essenciais e individuais, devendo as instituições repensarem seus modelos de administração e investir cada vez mais em patrimônio e capital intelectual (Ruthes, Cunha, 2007).

Como uma alternativa aos modelos tradicionais de gestão, a gestão por competências, vem sendo cada vez mais discutida e pouco utilizada em serviços de saúde. A valorização do conhecimento, pensando que os colaboradores fazem parte de uma organização, provocou mudanças na gestão de pessoas havendo assim, uma preocupação referente às competências necessárias aos profissionais (Furukawa, Cunha, 2010).

Este tipo de gestão deve estar em perfeita sintonia com a estratégia organizacional. As competências essenciais organizacionais não devem determinar as competências humanas e nem as competências humanas devem determinar as competências essenciais organizacionais. O processo deve ser visto de maneira circular, envolvendo os diversos níveis da organização, desde o corporativo até o individual, passando pelo divisional e o grupal. A competência ou desempenho de um indivíduo exercem influência na competência ou desempenho da organização ou sofrem influência dela (Brandão, Guimarães, 2001).

Para Ruthes e Cunha (2009) a gestão por competências vai muito além da definição das especificidades de ocupação de um cargo, envolve sobretudo estratégias diferenciadas para a captação e atração de pessoas, estipula remuneração de acordo com o conjunto de competências e discute a noção de agregação de valores para a organização. Por meio deste tipo de gestão é possível

a mensuração tanto de dimensões físicas quanto subjetivas, bem como tornar comportamentos previsíveis e calculáveis.

As mesmas autoras demonstram que o enfoque nas competências proporciona uma visão mais clara da ascensão, na medida em que especifica qual o conjunto de competências para diferentes níveis no mesmo eixo de carreira, ou até mesmo em eixos diferentes, prestigiando mais o saber fazer e o que o colaborador pode agregar à organização. Para a área da enfermagem, esta profissão exige talento, conhecimentos multidisciplinares, atitudes confiáveis, maduras, otimistas e habilidades para ação não apenas técnica, como principalmente, com uma entrega humanizada.

Pode-se afirmar, de forma clara, que as organizações que optam por implantar um sistema de gestão de pessoas por competências estão focadas na melhoria dos resultados e na busca de excelência (Soares, 2011).

3.1.4 Competências do profissional enfermeiro

As organizações de saúde vivenciam igualmente as transformações que ocorrem no mundo empresarial. Selecionar e manter pessoas que tenham um compromisso em realizar uma assistência de enfermagem com qualidade, contribuindo com o atendimento das necessidades dos pacientes com foco no resultado esperado pela organização de saúde torna-se um grande desafio, pois transformações internas e externas acontecem em ritmo acelerado (Soares, 2011).

Para garantir a competitividade, os hospitais necessitam de relevantes investimentos não apenas tecnológicos como de metodologias e programas que auxiliem na obtenção de diferenciais competitivos, como também as certificações internacionais por exemplo. Para isto, é necessário estabelecer objetivos e traçar estratégias para alcançá-los. A escolha da estratégia é condicionada pela posição do hospital no mercado, ao mesmo tempo, esse posicionamento é função da importância relativa das competências organizacionais que o hospital aporta para o desempenho competitivo no mercado. No processo de criação de vantagens competitivas é necessário alinhar estratégia à competência organizacional e às áreas assistenciais (Picchiai, Nery, 2015).

Inicia-se a discussão sobre competências já no Curso de Graduação em Enfermagem, onde as DCN deste descrevem as competências e habilidades que o

egresso deverá ter, entre elas: competências gerais relacionadas com a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação e liderança, administração, gerenciamento e educação permanente; e as competências específicas que são descritas como técnico-científica, ético política e socioeducativas. Preconiza-se com o desenvolvimento dessas competências estabelecidas que o enfermeiro egresso seja um profissional generalista, humanista, crítico-reflexivo, embasado em rigor científico intelectual e pautado em princípios éticos (Brasil, 2001).

O trabalho de enfermagem tem como instrumento de processo de trabalho muitas atividades, entre elas, cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo o cuidar e o gerenciar os que mais se evidenciam no trabalho do enfermeiro (Peres, Ciampone, 2006). Por este motivo, o desenvolvimento de competências tanto assistenciais quanto gerenciais é essencial para a formação e capacitação contínua dos profissionais enfermeiros. Sendo necessários instrumentos que visem ao desenvolvimento dessas competências para os profissionais que assistem diretamente os pacientes.

Sobre competências gerenciais, em 2007, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) aprovou o Projeto Competências, que estabeleceu competências necessárias aos responsáveis técnicos inscritos neste conselho. Estabeleceu-se a partir de então, 11 competências para estes enfermeiros, que começaram a ser trabalhadas em 2009.

No projeto citado, as ações norteadoras podem ser entendidas tanto como indicador de comportamento, quanto como questões identificadoras de competências, nada mais sendo do que os comportamentos que esperamos que o enfermeiro tenha nas competências mapeadas. Porém, o projeto do COREN-SP (2009) tem como norteador apenas ações para gestores de enfermagem, não contemplando os enfermeiros assistenciais que atuam na linha de frente do cuidado.

Para Soares (2011), o enfermeiro vem assumido papel de destaque, pois é ele quem se responsabiliza pelo cuidado direto ao paciente e contribui para o alcance de resultados. Tendo o paciente suas necessidades individuais atingidas e a assistência realizada com qualidade, as metas organizacionais serão alcançadas.

Ainda para esta autora, as competências individuais dos profissionais de enfermagem está focada no alcance de eficiente assistência prestada ao usuário, bem como para atender aos objetivos estratégicos das instituições, trazidos nas competências organizacionais. A busca constante de profissionais que apresentem

características individuais que contribuem para o desempenho da organização faz com que as empresas optem por implantar um sistema de gestão de pessoas por competências que focam na melhoria dos resultados e na busca da excelência.

Neste contexto, a temática competência profissional tem se constituído como foco de interesse de diversos trabalhadores de saúde, assim como de seus administradores, pois nos recursos humanos está uma possível solução dos maiores questionamentos de saúde. São eles que podem interferir positivamente na modificação das condições de vida da população, influenciarão na atenção à saúde e na terapêutica prestada aos indivíduos e coletividade (Camelo, Angerami, 2013).

3.1.5 Competências do enfermeiro de Pronto Socorro

Com o aumento da demanda de pacientes à procura de serviços de urgência e emergência para sanar os problemas de saúde que assolam a população, temos neste contexto o enfermeiro de PS que acaba por ser a linha de frente e primeiro contato com estes pacientes. Para que este enfermeiro esteja preparado para lidar com tal demanda, é necessário que tenha um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que façam com que desempenhem seu trabalho de maneira efetiva, agregando qualidade assistencial e valor ao negócio no contexto onde estão inseridos no mercado.

Para Montezeli (2009), o grande fluxo de pacientes atendidos e a dinâmica da rotina de um PS fazem com que a atuação do enfermeiro precise ser eficiente e eficaz. Estes enfermeiros são elementos fundamentais no processo de trabalho desse setor, uma vez que não apenas realizam atendimentos emergenciais, mas também atuam efetivamente no gerenciamento da unidade, levando assim a uma melhor organização para sanar as necessidades de cada paciente.

Para os enfermeiros de emergência é fundamental que possuam qualificação, treinamento e supervisão para o atendimento de qualidade, o que tornam os mesmos aptos a tomarem decisões em menor espaço de tempo sem causar danos ao paciente. O cuidado deve ser alicerçado em competências, as quais englobam conhecimentos, habilidades e atitudes, sendo que cada vez mais os enfermeiros assumem novas responsabilidades em seu campo de trabalho. Além de habilidades como, destreza manual, deverá ter conhecimento técnico-científico para executá-las,

exercer papel de coordenador da sua equipe, ser líder, educador e outras atribuições mais que lhe são dadas (Siemens, Montezeli, Venturi, 2015).

Montezeli, Peres e Bernardino (2014) destacam fatores facilitadores e dificultadores para a mobilização de competências de enfermeiros de pronto socorro, sendo os fatores facilitadores a capacitação profissional, a autonomia e o bom relacionamento interpessoal entre equipes, tanto de enfermagem quanto multiprofissional. Os fatores dificultadores apontados pelas autoras foram a falta de incentivo à capacitação, o desconhecimento da realidade do setor por parte da gerência de enfermagem, um fluxo de pacientes inadequado, assim como a inadequação de recursos tanto físicos como humanos.

Em resumo, a competência para o enfermeiro atuante em pronto socorro pode ser conceituada como a capacidade deste enfermeiro prestar, coordenar e garantir a assistência humana, de forma proativa e individual planejada ao cliente, apoiando-se em saberes científicos e técnicos para atingir um melhor resultado em sua prática cotidiana, inclusive agindo a tempo e na hora (Holanda, 2016).

A *Emergency Nurses Association* (ENA) em 2008 elaborou um documento de práticas e competências para enfermeiros que atuam em unidades de emergência. Este documento foi elaborado para apoiar os enfermeiros para atuação em cuidados de emergência, visto que os currículos de graduação preparam estes profissionais para a prática de enfermagem e não para atuação em unidades de atendimento em emergência, fazendo com que estes profissionais busquem especializações para este tipo de atuação. Portanto, ele estabelece um modelo de competências básicas, mas não descrevem um escopo prático, pois à medida que os cuidados em emergência evoluem, os requisitos de competência mudarão, devendo estas competências serem revistas e atualizadas refletindo avanços e mudanças na prática baseada em evidências (ENA, 2008).

Holanda, Marra e Cunha (2014), estabeleceram uma Matriz de Competências para o enfermeiro de emergências, que caracterizam um conjunto de competências mínimas que retratam as atividades do enfermeiro assistencial de emergências. Esta matriz, direciona as atividades do enfermeiro para um nível de excelência frente a qualidade e acesso para os clientes que buscam estas unidades. Justificam-se estas premissas por cada vez mais haver superlotação destes serviços e necessidade de manutenção da qualidade do atendimento, que são os principais desafios

enfrentados por estes enfermeiros no seu cotidiano. A matriz elaborada pelas autoras está representada pela figura 3.

Figura 3 – Matriz de competência profissional do enfermeiro de emergência, 2014.

Fonte: Holanda, Marra e Cunha (2014).

As autoras acima, formularam a matriz através de competências básicas e associadas. As competências básicas compreendem a capacidade do enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades, apoie-se em conhecimentos gerais e específicos que são refletidos nas habilidades e atitudes que agregam valor a este profissional. Já as competências associadas são o suporte mínimo que o enfermeiro de emergências precisa para o desenvolvimento da competência básica. Após a construção desta matriz, para que houvesse aplicabilidade da mesma, desenvolveu-se um perfil de competências que descrevem atitudes e comportamentos esperados para a prática assistencial deste enfermeiro.

Holanda (2016) em sua tese, submeteu para a validação de experts através de Técnica Delphi os conteúdos das questões identificadoras que resultavam da junção das competências básicas e associadas especificadas na matriz de competências. Após este processo, houve uma ampliação do conteúdo promovendo então de maneira mais efetiva um conjunto de competências básicas e associadas

pertinentes a prática privativa deste enfermeiro. Acrescentou-se na CB Desempenho Assistencial a CA Crescimento Profissional. A figura 4 demonstra como a matriz ficou após validação.

Figura 4 – Matriz de competência profissional do enfermeiro de emergência após Técnica Delphi, 2013.

Fonte: Holanda (2016).

Apesar da modificação, optamos por continuar a utilizar a Matriz de Competências construída por Holanda, Marra e Cunha (2014) para nortear a construção do instrumento de avaliação de desempenho para levantamento de necessidades de aprendizagem, a qual mostra-se mais apropriada para a população deste estudo.

3.2 APRENDIZAGEM NO TRABALHO

Visto acima as noções de competências, podemos concluir que deve haver desenvolvimento dos profissionais enfermeiros para que possam atender as demandas e expectativas de sua profissão e possam prestar uma assistência de enfermagem de qualidade tanto para os pacientes, quanto para os familiares. Para

que isto aconteça, as instituições devem promover como forma de qualificação e desenvolvimento a educação destes profissionais, investindo no capital humano e, assim, buscando vantagens no mercado de atuação.

Antes visto como se fosse para a vida toda, hoje a nova configuração do trabalho adquire caráter de transitoriedade requerendo dos trabalhadores, além de qualificação, características como iniciativa, cooperação, domínio do processo, capacidade de prever e eliminar falhas capacidade de interação e comunicação com o próprio trabalho e com os demais profissionais e principalmente com os pacientes. Essas tendências exigem a capacitação e formação contínua de competências necessárias para atuação profissional diante do mundo do trabalho (Salum, Prado, 2014).

Neste contexto, surge a educação em serviço e para abordarmos este tema, será necessário a diferenciação entre educação continuada e educação permanente para que possamos escolher uma estratégia eficaz para o desenvolvimento da equipe de saúde.

A Organização Pan Americana de Saúde aborda que a Educação Continuada (EC) deve fazer parte de uma política global, centrada nas necessidades de transformação da prática, melhorando a capacitação das pessoas e grupos (OPAS, 1978). Já em 1982, a Organização Mundial de Saúde conceitua EC como processos que incluam experiências posteriores à graduação, que colaboram para o aprendizado de competências que são importantes para o trabalho (OMS, 1982).

Os principais objetivos para educação continuada descritos na literatura abordam sobre assegurar a manutenção de competências das equipes, melhorar a qualidade da assistência e reorganizar os serviços (Otrenti, 2011).

Para Silva, Conceição e Leite (2009), a EC deve ser uma ferramenta para a promoção e desenvolvimento das pessoas, assegurando a qualidade de atendimento ao cliente, devendo ainda, estar voltada para a realidade institucional e necessidades do pessoal de enfermagem.

A efetividade da EC condiz com um direcionamento ao desenvolvimento total de seus integrantes e da profissão, tendo como premissa a melhoria da qualidade assistencial, não resumindo esta tarefa apenas ao ensinar, mas englobando o desenvolvimento dos profissionais para uma consciência crítica e para que percebam que são capazes de sempre aprender (Paschoal, Mantovani, Méier, 2007).

O Ministério da Saúde, em 2009, conceitua a EC como uma continuidade do modelo escolar que é centralizado na atualização de conhecimentos em ambiente didático, produzindo uma distância entre prática e saber e uma desconexão do saber como soluções dos problemas da prática e, ainda, sendo cursos periódicos e sem sequência constante, centrado em cada categoria profissional desconsiderando a perspectiva de equipe (Brasil, 2009).

Visto isso, houve a necessidade da preparação de adultos para o contexto da prática, buscando a formação do trabalho em equipe, integração das dimensões cognitivas, atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos. Surge, então, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2009).

Através da Portaria GM/MS. 1996, de 20 de Agosto de 2007, as disposições para a implementação da PNEPS foram divulgadas, conceituando em seu anexo II, a Educação Permanente (EP) como:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A Educação Permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (...). Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

Perrenoud (2002, p. 119) refere que uma situação problema requer enfrentamento e resolução de um obstáculo, se isto for possível, a situação problema deve ser identificada, o obstáculo reconhecido e haver sentido de aprendizagem. O interessante da ideia da situação problema é que haja o desejo de resolver, a intenção de alcançar um bom resultado, embora nem sempre todas as decisões que foram tomadas sejam bem sucedidas.

Quando analisadas no âmbito hospitalar e junto à equipe de enfermagem, encontra-se uma tendência à generalização de treinamentos, tornando-os comuns a todos os indivíduos, sem levar em conta as necessidades peculiares de cada setor ou de cada profissional. Esse quadro fica ainda mais evidente com as crescentes demandas de capacitação exigidas por órgãos reguladores e de acreditação e

qualidade hospitalar, tidas como prioritárias e marginalizando assim, as reais necessidades de grupos, setores e indivíduos (Gonçalves, 2016).

Para que haja sucesso no trabalho educacional, deve-se manter a motivação dos enfermeiros em aprender e para isso, os educadores exercem um papel fundamental estimulando e tornando o aprendizado atraente. Os educadores devem avaliar os estilos de aprendizagem e as estratégias ao planejar, elaborar e executar os planos educacionais, levando em consideração, as diferentes necessidades de aprendizagem (Griscti, Jacono, 2006).

Em busca de vantagens competitivas, as organizações se veem obrigadas a atuarem em consonância com as mudanças, ou mesmo antecipá-las, conferindo à área de recursos humanos um posicionamento estratégico. Esse cenário vem transformando o subsistema de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) em um instrumento de gestão de pessoas essencial na formulação de respostas ágeis e flexíveis às novas exigências e demandas. Porém, vale ressaltar, que treinamento é uma ação indicada apenas para remover lacunas nas competências do indivíduo, as quais não são devidas às condições inadequadas de trabalho e menos ainda a baixos níveis de motivação (Meneses, Zerbini, 2009).

Para tanto, faz-se necessário diferenciar treinamento, desenvolvimento e educação, pois ações de desenvolvimento são planejadas e direcionadas para o crescimento pessoal do empregado, sem manter relações diretas com o trabalho em determinada organização. Já educação, refere-se às oportunidades dadas pela organização ao indivíduo visando prepará-lo para que ocupe cargos diferentes em outro momento dentro da mesma organização e, por fim, o treinamento prepara os indivíduos para melhorarem o desempenho no cargo atual (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010).

Para as mesmas autoras, para que possamos aproximar as ações de T&D aos objetivos organizacionais, é necessária e fundamental a compreensão das discrepâncias entre os desempenhos reais, manifestados pelos indivíduos e os esperados pela empresa. Nesta etapa, são identificadas as capacidades necessárias que uma organização precisa desenvolver para alcançar seus objetivos, os conhecimentos, as habilidades e atitudes que um indivíduo deve apresentar para desempenhar sua função, assim como os indivíduos que necessitam de treinamento por não apresentarem em seu repertório esses requisitos.

Pantoja e Borges-Andrade (2009) referem que a aprendizagem em organizações é usualmente associada aos processos de T&D. Todavia, nem todas as situações que geram aprendizagem constituem ações formais de T&D, pois nas instituições os indivíduos podem aprender de várias maneiras como observação, escuta ou recebimento de instruções, gerando processos de aprendizagem informais. Por isso, as organizações devem desenvolver e construir ambientes de aprendizagem que fomentem o aprendizado formal e que contemplem eventos de ensino por exemplo, como também devem investir esforços e suporte necessário para ocorrência dos processos individuais de aprendizagem.

Os mesmos autores referem que a aprendizagem no trabalho deve promover o desenvolvimento contínuo de novas competências, tais como a proatividade, flexibilidade, criatividade, o comprometimento, capacidade de aprender a aprender, entre outras. Isto contribui para o estabelecimento de novas e mais eficazes formas de relacionamento com o cliente, novas maneiras de delinear produtos e serviços e novas estratégias de ação.

Criar estes espaços, formais e informais, fará com que haja o desenvolvimento da equipe, principalmente se associado a estratégias de EP onde vimos que a participação ativa da equipe multiprofissional no conhecer técnico e científico agrega mais conhecimento e gera melhores resultados. Todavia, independente da estratégia e método que será utilizado, deverá haver a construção das ações de treinamento para os trabalhadores.

Meneses, Zerbini e Abbad (2010) referem que deve-se alinhar o desempenho humano e os resultados organizacionais através do levantamento de necessidades, seguido de planejamento e execução da ação educacional partindo dos objetivos e conteúdos e, por fim, avaliar o treinamento, para que forneça ao sistema informações sistemáticas sobre lacunas de aprendizagem dos indivíduos e o desempenho dos instrutores (Figura 5). Não mais parece ser suficiente apenas solicitar aos indivíduos que indiquem, em um cardápio extenso de cursos, os treinamentos que eles desejam realizar, e, ainda, delegar completamente o planejamento a instrutores especializados em seus conteúdos, porém que pouco dominam a didática e o planejamento educacional e apenas avaliar a satisfação dos treinados, precisa-se de adequações.

Figura 5 – Ações para que o sistema de T&D torne-se estratégico

Subsistema	Ações Necessárias
Avaliação de Necessidades	<ul style="list-style-type: none"> ■ Descrever necessidades em termos de ações desejadas e não de conteúdos. ■ Avaliar necessidades juntamente com perfil demográfico, motivacional e profissional da clientela. ■ Analisar o clima e suporte organizacionais ao uso de novas capacidades no trabalho. ■ Criar condições necessárias à transferência de treinamento ou remediar a sua falta. ■ Classificar capacidades e hierarquizá-las para elaboração dos currículos de educação continuada.
Planejamento de Ações de TD&E	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilizar taxonomias de resultados de aprendizagem. ■ Escolher estratégias compatíveis com o grau de complexidade do objetivo. ■ Selecionar estratégias que aumentem a interação, a busca independente de informações e a solução de problemas reais. ■ Elaborar avaliações de aprendizagem e exercícios compatíveis com os objetivos. ■ Criar situações em que o aprendiz terá que demonstrar a competência a ser transferida para o trabalho (simular a complexidade do ambiente real). ■ Elaborar currículos para o desenvolvimento de capacidades complexas (metacognitivas). ■ Planejar o treinamento de modo a facilitar a emergência dos efeitos do treinamento para os níveis de grupo e organização.
Avaliação de Efeitos de TD&E	<ul style="list-style-type: none"> ■ Construir modelos integrados reação, aprendizagem, impacto, resultados e valor final de avaliação de programas de TD&E. ■ Construir modelos que incluam variáveis demográficas, motivacionais e profissionais da clientela e suas relações com as condições de trabalho. ■ Realizar análises multivariadas a fim de identificar que aspectos melhor explicam e predizem os resultados das ações de TD&E. ■ Mudar a atitude do profissional de TD&E; a incompetência não é função apenas de características individuais (saberes e motivações), mas de múltiplos fatores ambientais externos, muitas vezes, incontroláveis.

Fonte: Meneses, Zerbini, Abbad, 2010.

Nesta pesquisa, não abordaremos a avaliação de treinamento, nos limitaremos às etapas anteriores das ações. Chamaremos de Avaliação de Necessidades de Aprendizagem o processo de levantamento de necessidades exposto acima e será abordado no capítulo seguir.

3.2.1 Avaliação das necessidades de aprendizagem

Em decorrência de um ritmo acelerado de produção de informações e conhecimentos, nem sempre o conjunto de capacidades para execuções de ações e geração de resultados é reconhecido e, muito menos, alinhados ao nível de complexidade das exigências organizacionais. É nesse sentido que os processos de avaliação de necessidades educacionais passam a ser considerados importantes instrumentos na gestão da aprendizagem humana. Esses processos, se bem planejados e bem conduzidos, aproximam as ações educacionais dos objetivos organizacionais, conferindo caráter estratégico às áreas responsáveis pela promoção do desenvolvimento humano em contextos organizacionais (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010).

A Análise de Necessidades de Treinamento (ANT) é considerada um dos componentes mais importantes da educação corporativa, uma vez que o sucesso das demais atividades (planejamento, execução e avaliação de T&D depende fortemente da qualidade das informações geradas pela ANT. Exercendo influência decisiva sobre a efetividade de cursos oferecidos por organizações ao seu público-alvo, se bem realizada, define com clareza e precisão, os conhecimentos, habilidades e atitudes que se deseja desenvolver nos participantes das ações educacionais (Abbad, Mourão, 2012).

O sucesso dos sistemas de T&D depende fundamentalmente da realização de levantamentos sistemáticos de treinamento, por meio, inicialmente de investigação das determinantes do problema de desempenho observado (condições, motivação e competências) e posteriormente, ao analisarmos as três dimensões: organizacional, tarefas e individual. A análise organizacional objetiva estabelecer condições ambientais adequadas para que a transferência de treinamento realmente ocorra. A análise de tarefas tem por objetivo identificar as tarefas do cargo, posto ou ocupação, conhecendo ainda as competências, habilidades e atitudes associados ao desempenho de tarefas. Por fim, a análise individual, que identifica os colaboradores que apresentam discrepâncias de desempenhos, fazendo com que haja a escolha correta do tipo de treinamento necessário (Meneses, Zerbini, 2009).

A partir das ANT é possível planejar as ações de treinamento. O cerne de qualquer processo de planejamento de ações de treinamento é o próprio indivíduo, compreendido como alguém que responde a determinada realidade a partir da

execução de mecanismos de processamento de informação que permite que essa realidade seja apreendida e significada. Os indivíduos aprenderão com a ação educativa que leve em consideração suas necessidades e características próprias, bem como seja organizada de forma favorável ao contexto da instrução e de trabalho desses indivíduos (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010).

Para Ferreira (2014) Avaliação de Necessidades de Aprendizagem (ANA) refere-se a um processo sistemático de coleta, análise, relato de dados e resultados, assim como refere-se às competências que o trabalhador precisa aprender, quem são esses trabalhadores, quando e como eles serão treinados.

O mesmo autor diz que a adoção do termo aprendizagem ao invés de treinamento amplia possibilidades de identificar e enfrentar lacunas de competências do trabalhador. Os conceitos de necessidade de aprendizagem e necessidade de treinamento estão relacionados à medida que ambos remetem uma discrepância entre o que possui o trabalhador e o que a organização espera que ele possua, porém, essa discrepância por meio de necessidade de treinamento pode ser sanada apenas por meio de uma ação instrucional, enquanto o termo ANA abrange um leque maior de soluções, incluindo a aprendizagem em serviço, a aprendizagem informal e a gestão do conhecimento na organização.

Para Freitas e Brandão (2007) aprendizagem representa o processo pelo qual se adquire competência, enquanto competência representa a manifestação do que o indivíduo aprendeu. Aprendizagem e competência estão relacionadas ao conceito de mudança. Na aprendizagem, a mudança é verificada quando comparamos escores de testes aplicados antes e após a estratégia educacional adotada. Em competências, a mudança é verificada quando se compara o desempenho do indivíduo antes e depois do processo de aprendizagem.

Ferreira (2014) discorre que a aprendizagem dos indivíduos pode ocorrer de duas formas: a natural e a induzida. A forma natural não requer procedimentos que sejam estruturados pela organização, pois os indivíduos podem aprender por observação, consulta a livros ou outros materiais, imitação, erros e acertos, entre outros. Já a aprendizagem induzida é aquela que resulta de processos de planejamento, execução e avaliação de ações instrucionais, sendo oportunidades estruturadas de ensino-aprendizagem que a organização oferece ao trabalhador com o intuito que ele aprenda e aplique novos conhecimentos, habilidades e atitudes.

Martins et al. (2006) identificaram que a necessidade de instalação de um programa de capacitação que contemple o desenvolvimento de competência, inclusive inserindo e reinserindo o enfermeiro no contexto institucional contribui para a formação de profissionais qualificados e competentes em seus diferentes processos de trabalho. A capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada função, sendo que, quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções.

A educação é um processo que estimula o indivíduo a pensar e não apenas reproduzir técnicas e isso transcende a elaboração de programas prescritivos de treinamento. Ao considerar o investimento financeiro, disponibilidade das pessoas e expectativa criada pelos trabalhadores, instrutores e gestores, é essencial a análise dos processos para verificar se sua finalidade de aumentar as competências dos profissionais e das pessoas está sendo cumprida (Mira, 2010).

Diante deste contexto, torna-se fundamental garantir a efetividade de ações educacionais, e por este motivo, os profissionais envolvidos neste processo precisam estar bem capacitados para desenvolver e implementar sistemas de avaliação que forneçam respostas de forma rápida e fidedigna às organizações. Dentre os modelos que existem de avaliação, destaca-se no Brasil, o Modelo de Avaliação Integrada e Somativa (MAIS), formado por cinco componentes (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010), como visto na figura 6:

Figura 6 – Modelo de Avaliação Integrativa e Somativa (MAIS)

Fonte: Meneses, Zerbini e Abbad (2010), p. 128.

- Insumos: fatores físicos e sociais e estados comportamentais e cognitivos anteriores à instrução, que podem influenciar nos resultados;
- Procedimentos: operações necessárias para facilitar ou produzir os resultados instrucionais;
- Processos: resultados intermediários ou efeitos parciais do treinamento ocorridos no comportamento dos treinados à medida que os procedimentos são executados durante o treinamento;
- Resultados: efeitos do treinamento nos desempenhos finais exibidos pelos treinados logo após a conclusão da ação educacional;
- Ambiente: contexto em que se insere o T&D, sendo subdividido em:
 - Necessidades: motivos que justificam a participação dos funcionários em determinada ação educacional;
 - Disseminação: informações disponíveis na organização sobre o treinamento;
 - Suporte: recursos humanos, materiais, financeiros, psicossociais, etc, que facilitam ou dificultam a concepção e implantação das ações de treinamento;
 - Efeitos longo prazo: consequências ambientais das ações educacionais nos comportamentos e resultados individuais, grupais e organizacionais.

Para Borges-Andrade (2007) a inter-relação entre avaliação de necessidades, planejamento e execução é a principal responsável para garantia de aperfeiçoamento constante do sistema. Sendo assim, o MAIS refere-se ao processo sistematizado de planejamento, obtenção e análise de informações que trarão subsídios para adoção ou rejeição de uma ação educativa ou treinamento.

Mira (2010) refere que a avaliação de programas educativos visa identificar se os objetos do programa foram atingidos, se os problemas que demonstraram necessidade de intervenção educativa foram sanados, implicando assim em medidas de resultados práticos e de impacto no trabalho. Por meio da avaliação é possível obter ainda, indicadores que demonstrem em ações práticas os resultados dos processos. Por outro lado, é difícil garantir que o treinamento tenha sido responsável por melhores resultados alcançados na organização, sabendo que a atividade educativa formal não é a única que influencia nestes resultados.

Diante do exposto, nesta pesquisa para a elaboração de um processo de desenvolvimento de competências do profissional enfermeiro no PS, utilizaremos o MAIS como ferramenta gerencial de planejamento de ações educativas.

4 Métodos

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa.

A pesquisa quantitativa considera tudo o que podemos quantificar, traduzindo em números opiniões e informações para classificação e análise das mesmas. As hipóteses devem ser formuladas e classificadas em relação às variáveis para que haja garantia na precisão dos resultados (Prodanov, Freitas, 2013, p. 69).

Neste estudo abordaremos apenas o aspecto quantitativo e posteriormente, através do grupo focal para desenvolvimento das discussões de estratégias educativas, trataremos sobre métodos qualitativos.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar localizada na zona sul da cidade de São Paulo. Este hospital faz parte de uma rede de hospitais que se encontram em mais dois estados do Brasil.

O hospital do estudo, iniciou suas atividades há 60 anos apenas como pronto socorro, tendo hoje uma capacidade de 200 leitos de unidade de internação e 50 leitos de terapia intensiva. O pronto socorro tem média de atendimento anual de 100.000 pacientes.

A área física do pronto socorro da pesquisa conta com 02 salas para classificação de risco, 02 salas para atendimento de emergência, 01 sala de sutura, 17 poltronas para medicação e 11 leitos de observação. Os atendimentos mensais variam, atingindo muitas vezes 9.000 atendimentos/mês para as diferentes especialidades: clínica médica, ortopedia, neurologia e otorrinolaringologia.

4.3 POPULAÇÃO

A população foi composta por 23 enfermeiros de PS do hospital do estudo, distribuídos nos períodos matutino, vespertino e noturno.

No PS deste hospital temos enfermeiros trainees e plenos, sendo que 11 enquadram-se no quadro de trainees e 12 no quadro de enfermeiros plenos. Os enfermeiros trainees fazem parte de um programa de promoção interna, 09 (81,8%) eram técnicos de enfermagem e 2 (18,1%) eram de áreas administrativas do hospital.

Na descrição de cargo dos enfermeiros trainees enfermeiros não é exigido experiência prévia em PS e deseja-se curso de pós graduação em áreas correlatas como cardiologia, urgência e emergência e terapia intensiva. Esses enfermeiros passam por um programa de desenvolvimento, porém ao final do ciclo de um ano, se não há vaga de enfermeiro pleno, eles continuam ocupando a mesma posição.

Já para os enfermeiros plenos, há exigência de experiência prévia comprovada em PS e pós graduação nas áreas correlatas citadas acima. Esses enfermeiros ficam responsáveis pelos trainees em seu processo de desenvolvimento. são

Enfermeiros que estivesse de férias ou licença seriam excluídos do estudo, assim como excluiu-se enfermeiros que ocupassem cargos gerenciais ou de liderança.

No período de aplicação do instrumento, não haviam enfermeiros de férias ou licença médica.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A construção do instrumento para avaliação das necessidades de aprendizagem foi alicerçado no “Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergência”, elaborado por Holanda, Marra e Cunha (2015), As definições usadas para caracterização dos termos competências e questões identificadoras, são citadas abaixo (Holanda, 2016, p. 252):

- **Competência Básica:** capacidade do enfermeiro realizar o trabalho apoiado em um conjunto de conhecimentos gerais e específicos, associados a habilidades e atitudes que agreguem valor profissional e social às suas ações;
- **Competência Associada:** suporte necessário para o desenvolvimento de cada uma das Competências Básicas para que haja o desempenho qualificado do enfermeiro;

- **Questão identificadora:** afirmativa proposta a partir da junção da Competência Básica e de cada Competência Associada, como um comportamento manifesto do enfermeiro ao cumprir essa competência básica.

O perfil de competências que utilizamos como referencial, não continha na competência básica liderança a competência associada diálogo. Entendemos como importante e abordado em vários estudos a necessidade de dialogar para desenvolvimento de uma liderança que cause impactos positivos na equipe e na assistência de enfermagem.

Sendo a liderança uma habilidade relacional que contribui certamente para o gerenciamento do cuidado, assim como do ambiente e da equipe, o diálogo passa a ser a principal estratégia facilitadora e de fortalecimento para o exercício da liderança (Amestoy et al, 2014).

Sendo assim, acrescentamos a competência diálogo na competência básica liderança. Utilizamos o conceito de diálogo inserido na competência básica relacionamento interpessoal, pois acreditamos ser uma definição correta e pode ser utilizada na competência básica liderança porém, retiramos da frase a palavra clientes.

A competência diálogo dentro da competência básica relacionamento interpessoal é definida como: Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com clientes e equipe de trabalho (Holanda; Marra e Cunha, 2015). Com a retirada da palavra clientes, definimos o diálogo em liderança como: Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com a equipe de trabalho.

Após adequação das competências, acrescentamos ao instrumento duas colunas para que o enfermeiro possa realizar a autoavaliação de desempenho mediante um nível de competência e ainda, avalie o grau de importância que atribuiria a cada competência associada. Desta maneira, os enfermeiros irão realizar sua autoavaliação na competência associada e para esclarecimento do que são essas competências para maior clarificação para as respostas, deixaremos no instrumento o que foi definido pelas autoras Holanda, Marra e Cunha (2015) como questão identificadora da competência.

O instrumento de coleta de dados usado neste estudo, está apresentado no Apêndice A, será composto por duas partes, sendo a primeira referente à

caracterização sócio demográfica da população, abrangendo as variáveis: idade, sexo, nível de graduação e tempo de formação, tempo de atuação em PS, tempo de exercício na instituição, tempo ocupando o cargo e cursos especiais em urgência/emergência.

A segunda parte do instrumento está subdividida em quatro colunas, as duas primeiras com as descrições das competências do perfil acima citado e as duas ora acrescentadas, conforme segue:

- **Terceira coluna** – destinada à autoavaliação de desempenho do enfermeiro conforme o nível de competência. A avaliação do nível de competência demonstra a qualidade de entrega do cuidado (Holanda, 2016).
- **Quarta coluna** – referente ao grau de importância que o enfermeiro atribui a cada uma das competências avaliadas em seu desempenho. A importância é aqui compreendida como a combinação entre a frequência com que o enfermeiro mobiliza a competência e o impacto que ela causa no trabalho.

O grau de importância mostra a relevância das competências descritas no perfil para os profissionais em seu cotidiano de trabalho, o que indica, também, a consistência do questionário (Guimarães, Bruno-Faria e Brandão, 2006).

Para autoavaliação serão considerados os níveis de competência abaixo, conforme proposto por Holanda (2016, p. 293).

Quadro 2 – Descrição dos níveis de competências para autoavaliação das competências

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	QUALIDADE DA ENTREGA DO CUIDADO*
5 – Extremamente competente	Sempre faz a ação em sua prática diária com todo o conhecimento necessário e uso de técnicas apropriadas, de forma independente e sem nenhuma necessidade de supervisão ao fazer as atividades gerenciais e assistenciais em todos os níveis de complexidade, alcançando os objetivos preconizados para executá-la.
4 – Muito competente	Quase sempre faz a ação descrita em sua prática diária com o conhecimento desejado e uso de técnicas apropriadas, de forma independente, porém com eventual necessidade de supervisão somente nas ações gerenciais mais complexas, de forma a alcançar os objetivos preconizados para executá-la.
3 – Competente	Frequentemente, faz a ação descrita em sua prática diária com conhecimento suficiente e uso de técnicas apropriadas, de forma independente e com necessidade de supervisão exclusivamente nas ações gerenciais mais complexas, alcançando os objetivos preconizados para executá-la.
2 – Pouco competente	Algumas vezes, faz a ação descrita em sua prática com certo déficit de conhecimento e, frequentemente, sem uso de técnicas apropriadas, de forma nem sempre independente e, portanto, com necessidade de supervisão das ações assistenciais e gerenciais de média complexidade, a fim de alcançar os objetivos preconizados para executá-la.
1 – Nada competente	Raras vezes, faz a ação descrita em sua prática diária, tendo déficit de conhecimento e não utilizando técnicas apropriadas, com necessidade de supervisão constante nas ações de baixa complexidade, para que possa alcançar os objetivos preconizados nos planos.

Fonte: Holanda (2016), p. 293.

*Desempenho no trabalho

Para que possamos manter a mesma lógica do nível de competência, construímos, para o Grau de Importância, uma graduação em cinco pontos, considerando “IMPORTÂNCIA = Frequência + Impacto”, conforme segue.

Quadro 3 – Grau de importância para autoavaliação das competências

FREQUÊNCIA	IMPACTO	IMPORTÂNCIA
Absoluta frequência	Absoluto impacto	5 – EXTREMAMENTE IMPORTANTE
Muita frequência	Muito impacto	4 – MUITO IMPORTANTE
Regular frequência	Regular impacto	3 – IMPORTANTE
Pouca frequência	Pouco impacto	2 – POUCO IMPORTANTE
Nenhuma frequência	Nenhum impacto	1 – NADA IMPORTANTE

Fonte: Elaborado pelo autor.

O instrumento foi aplicado por um enfermeiro da unidade de terapia intensiva adulto do hospital do estudo. Este enfermeiro foi convidado pelo autor e após aceite do convite, foi orientado sobre os objetivos do estudo, apresentado ao instrumento de coleta de dados e após conhecimento do conteúdo, foi instruído sobre como deveria aplicar o instrumento nos participantes.

Os instrumentos foram impressos e entregues aos participantes pelo enfermeiro convidado pelo autor, aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e dado o prazo de devolução de 7 dias após a entrega.

O período de coleta deu-se no mês de Maio do ano de 2018. Participaram do estudo todos os enfermeiros atuantes no PS, tanto trainees quanto plenos. Neste período não havia nenhum enfermeiro de férias ou licença médica, atingindo assim 100% de participação dos enfermeiros atuantes neste setor.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva nos níveis de competência – autoavaliação – e grau de importância.

Para definição das necessidades de aprendizagem, foi calculada a diferença entre grau de importância e nível de competência, demonstrando a classificação de prioridade de aprendizagem. Em outras palavras, quanto maior a importância e menor o nível de competência, maior será a prioridade de educação (Meneses et al, 2016). Por exemplo, uma competência avaliada como extremamente importante e com nível insuficiente de desempenho demandará uma ação educativa urgente ou prioritária.

A classificação de prioridades determina os prazos para desenvolvimento das ações educativas, conforme o quadro abaixo.

Quadro 4 – Classificação das prioridades e prazos para desenvolvimento de ações educativas.

NÍVEL DE PRIORIDADE	MÉDIAS	PRAZO
Baixa	-1,00 a 0,33	Longo – 12 meses
Moderada	0,34 a 0,67	Médio – 8 meses
Alta	0,68 a 1,00	Curto – 4 meses

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com base nestes achados e em referencial teórico, foi proposto o planejamento para avaliação das necessidades e construção do programa de aprendizagem. Quanto maior a necessidade de aprendizagem, maior será a prioridade para desenvolvimento da ação educativa.

Devido ao baixo número de participantes, não foi possível realizar análise fatorial exploratória e teste de Alpha Cronbach para verificar as evidências de validade da escala.

5 Aspectos éticos

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo do estudo, número CAAE: 79268217.5.0000.5670.

Os enfermeiros que concordaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), APÊNDICE B, em observância à Resolução 466/2012 (Brasil, 2012).

6 Resultados

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Participaram do estudo 23 profissionais enfermeiros, sendo 19 (82,6%) do sexo feminino e 3 (13%) do sexo masculino. Sobre os turnos de trabalho, 6 (26,1%) eram do período da manhã, 9 (39,1%) da tarde e 7 (30,4%) do noturno. Não houveram não respondentes neste estudo.

A maior distribuição de enfermeiros atuantes no período da tarde reflete a procura aumentada de pacientes no serviço neste mesmo período.

A idade dos enfermeiros, tempos de formação, atuação em PS, atuação na empresa e atuação no cargo de enfermeiro estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização em anos de idade, tempo de formação e tempos de atuação dos enfermeiros do pronto socorro, São Paulo – 2018

	AMPLITUDE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA
Idade	24 a 52	33,73	6,59	34
Tempo de Formação	1 a 22	6,09	5,20	5
Tempo de atuação em Pronto Socorro	1 a 22	6,41	4,44	7
Tempo de atuação na empresa	1 a 15	6,71	3,95	7
Tempo de atuação no cargo de enfermeiro	1 a 15	5,82	3,97	4,50

Observamos na tabela 1 uma população jovem de enfermeiros, cujos tempos de formação, atuação em PS, na Instituição e no cargo são da ordem de 6 anos.

A tabela 2 demonstra os cursos de pós graduação lato sensu realizados por estes enfermeiros:

Tabela 2 – Cursos de pós graduação realizados pelos enfermeiros do pronto socorro, São Paulo – 2018

CURSO	QUANTIDADE DE ENFERMEIROS	PORCENTAGEM
Urgência e Emergência	06	26,1%
Terapia Intensiva	05	21,7%
Cardiologia	04	17%
Auditoria	04	17%
Centro Cirúrgico	1	4,3%
Não possui PGLS	3	13%

Considerando o PS uma unidade crítica espera-se que os enfermeiros tenham ou estejam cursando, pós graduação *lato sensu* para melhor desempenho na área. A tabela 2 demonstra que 15 (64,8%) realizaram cursos que desenvolvem conhecimentos e habilidades relativas ao cuidado ao paciente crítico, quanto aos demais enfermeiros, 5 (21,7%) possuem cursos em áreas que não específica ao PS e 3 (13,0%) não possuem cursos.

6.2 AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

As tabelas que seguem apresentam os resultados da autoavaliação, conforme nível das competências associadas.

A partir daí, realizaremos a avaliação de desempenho por competências dos enfermeiros de pronto socorro através da autoavaliação dos 23 enfermeiros respondentes.

Tabela 3 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Desempenho Assistencial, São Paulo – 2018

Competência Básica: DESEMPENHO ASSISTENCIAL				
Capacidade de o enfermeiro prestar assistência individualizada atendendo as necessidades e expectativas dos clientes de forma a assegurar um cuidado calcado em saberes científicos próprios e em procedimentos técnicos essenciais para um resultado de qualidade.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
1. ATENÇÃO	Atento aos estímulos vindo de pessoas/equipamentos/ambiente presentes nos cuidados dos clientes, propondo adequações aos desvios constatados.	1	0	0
		2	0	0
		3	7	30,4
		4	14	60,9
		5	2	8,7

(continua)

(continuação)

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
2. CONTROLE DE RISCO	Identifica agentes causadores de danos nas ações de atendimentos dos clientes, bem como analisa probabilidades da sua existência e determina como reduzi-los.	1	0	0
		2	0	0
		3	7	30,4
		4	13	56,5
		5	3	13,0
3. RESOLUTIVIDADE	Escolhe soluções apropriadas para resolver problemas/situações detectados nos cuidados dos clientes, visando colocá-las em prática no menor tempo possível.	1	1	4,3
		2	0	0
		3	6	26,1
		4	10	43,5
		5	6	26,1
4. RESPONSABILIDADE	Responde por suas ações e da equipe no atendimento das necessidades dos clientes, tendo consciência do seu papel social nas ações laborais	1	0	0
		2	1	4,3
		3	5	21,7
		4	8	34,8
		5	9	39,1
5. SENSO DE PRONTIDÃO	Age com desenvoltura e rapidez diante de atividades necessárias para o cuidado dos clientes, com acerto e segurança na sua execução.	1	0	0
		2	0	0
		3	5	22,7
		4	15	68,2
		5	2	9,1
		Não Responderam	1	
6. SENSO DE URGÊNCIA	Realiza ações no momento exato frente aos agravos à saúde dos clientes, classifica o grau de sofrimento, define tratamento e minimiza os riscos no cuidar.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	4	17,4
		4	12	52,2
		5	6	26,1
7. TÉCNICA DE EXECUÇÃO	Realiza procedimento de enfermagem do básico ao avançado no atendimento dos clientes que necessitam de cuidados clínicos, cirúrgicos e traumatológicos, com técnica segura e recursos qualificados.	1	1	4,3
		2	2	8,7
		3	4	17,4
		4	12	52,2
		5	4	17,4

(conclusão)

O Desempenho Assistencial descrito na tabela 3 mostra que o nível de competência predominante foi o nível 4 – Muito competente, à exceção da Responsabilidade em que os níveis 4 e 5 apresentam frequência bem próxima, 34,8% e 39,1%, respectivamente.

Em Resolutividade, apenas um enfermeiro (4,3%) se considerou nada competente, retratando sua dificuldade de executar ações apropriadas no menor tempo possível. Em Técnica de Execução, apenas um enfermeiro se graduou como nada competente e 2 (8,7%) como pouco competentes. Em Responsabilidade, um enfermeiro (4,3%) se avaliou pouco competente para responder por suas ações e da equipe.

Tabela 4 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Trabalho em Equipe, São Paulo – 2018

Competência Básica: TRABALHO EM EQUIPE				
Capacidade de desenvolver ações articuladas no grupo de trabalho na execução de atividades laborais para alcance de objetivos comuns com evidente espírito cooperativo.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
8. COOPERAÇÃO	Presta ajuda espontaneamente a uma ou mais pessoas no cotidiano, para alcance de objetivos comuns na realização das atividades com a equipe	1	0	0
		2	1	4,3
		3	1	4,3
		4	9	39,1
		5	12	52,2
9. COMUNICAÇÃO	Orienta, treina, esclarece, compartilha informações entre membros da equipe com o melhor meio de transmiti-las, garantindo que sejam recebidas sem distorção.	1	1	4,3
		2	1	4,3
		3	5	21,7
		4	8	34,8
		5	8	34,8
10. DISCERNIMENTO	Reconhece e diferencia potencialidades e limites das pessoas na execução do trabalho pela equipe, em prol de fazer ações direcionadas ao mesmo objetivo	1	1	4,3
		2	0	0
		3	5	21,7
		4	13	56,5
		5	4	17,4
11. EFICÁCIA	Atinge o resultado esperado com a equipe frente ao que foi planejado no atendimento das necessidades geradas pelo trabalho diário.	1	2	8,7
		2	1	4,3
		3	3	13,0
		4	14	60,9
		5	3	13,0
12. EFICIÊNCIA	Obtém o melhor rendimento possível nas ações do trabalho da equipe com os recursos disponíveis para realiza-lo, atingindo os objetivos constantes em planos.	1	0	0
		2	0	0
		3	10	43,5
		4	10	43,5
		5	3	13,0
13. EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Tem atitudes e comportamentos empáticos com o controle das emoções nas adversidades e mudanças diante das relações com a equipe, mantendo energia e esforços direcionados ao mesmo objetivo.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	3	13,0
		4	9	39,1
		5	10	43,5
14. RESPEITO	Permite aos membros da equipe o direito de expressar suas opiniões e vontades na execução do trabalho em respeito às diferenças individuais, obtendo ações articuladas no alcance dos objetivos.	1	0	0
		2	0	0
		3	1	4,3
		4	11	47,8
		5	11	47,8

Observamos na tabela 4 que o nível extremamente competente prevaleceu na competência Cooperação e Equilíbrio Emocional; o nível 4 – muito competente, nas competências Discernimento, Eficácia e Eficácia; nas competências Comunicação e Respeito, os níveis 4 e 5 apresentaram a mesma porcentagem. Em Eficiência houve igual frequência nos níveis 3 e 4.

O nível 1 – nada competente foi avaliado nas competências Comunicação (4,3%) e Discernimento (4,3%) e em Eficácia (8,6%). Equilíbrio Emocional apresentou 4,3% no nível 2.

Tabela 5 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Liderança, São Paulo – 2018

Competência Básica: LIDERANÇA				
Capacidade de influenciar pessoas nas atitudes e nos comportamentos para a execução das tarefas laborais em determinado plano de ação, com o uso de melhor estratégia proposta para atingir os objetivos do negócio.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
15. AUTONOMIA	Usa a liberdade de ação em respeito às leis vigentes e sem prejuízo de outrem ao fazer escolhas racionais nas estratégias de realização do trabalho, visando alcance dos resultados constantes nos planos.	1	0	0
		2	3	13,0
		3	3	13,0
		4	12	52,2
		5	5	21,7
16. CONFIABILIDADE	Tem comportamentos transparentes, honestos e responsáveis nas relações com a equipe, oferecendo credibilidade nas decisões e coordenação das atividades laborais.	1	0	0
		2	0	0
		3	1	4,3
		4	6	26,1
		5	16	69,6
17. COMUNICAÇÃO	Transmite mensagens com o uso dos meios disponíveis para sua recepção fidedigna, agindo dentro dos limites da ética exigida pelo mundo informatizado.	1	0	0
		2	2	9,1
		3	5	22,7
		4	9	40,9
		5	6	27,3
		Não Responderam	1	
18. CONTROLE EMOCIONAL	Lidera a equipe com firme propósito e exemplo de atitudes e comportamentos com o controle das emoções frente às adversidades e mudanças cotidianas, garantindo ambiente saudável no trabalho.	1	1	4,5
		2	0	0
		3	4	18,2
		4	10	45,5
		5	7	31,8
		Não Responderam	1	
19. FLEXIBILIDADE	Adapta-se rapidamente às situações inesperadas com soluções dos problemas presentes no dia a dia, sem ultrapassar seus limites físicos, mentais e emocionais.	1	1	4,3
		2	2	8,7
		3	1	4,3
		4	10	43,5
		5	9	39,1
20. PERSUASÃO	Usa argumentos coerentes ou condutas baseadas no conjunto razão e emoção para obter a concordância da equipe às ideias / atitudes / ações, buscando validar as estratégias necessárias à realização do trabalho.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	9	39,1
		4	11	47,8
		5	2	8,7

(continua)

(continuação)

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
21. DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com a equipe de trabalho.	1	0	0
		2	0	0
		3	2	8,7
		4	13	56,5
		5	8	34,8
22. POTENCIAL NEGOCIADOR	Obtém acordos pelo dialogo entre as partes para que haja equilíbrio no atendimento dos interesses legítimos dos envolvidos, criando credibilidade de quem dele participa com melhora do relacionamento pessoal e profissional	1	1	4,3
		2	1	4,3
		3	6	26,1
		4	12	52,2
		5	3	13,0

(conclusão)

Em Liderança na tabela 5, o nível 4 – muito competente foi o que prevaleceu em todos os itens, exceto em Confiabilidade que demonstrou a maioria das respostas no nível 5 – extremamente competente, 69,6%.

Controle Emocional, Flexibilidade e Potencial Negociador tiveram avaliações para o nível 1 – nada competente e, Autonomia, Comunicação, Flexibilidade, Persuasão e Potencial Negociador tiveram respostas no nível 2 – pouco competente.

Tabela 6 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência associada Diálogo em competência básica Liderança, São Paulo – 2018

Competência Básica: LIDERANÇA				
Capacidade de influenciar pessoas nas atitudes e nos comportamentos para a execução das tarefas laborais em determinado plano de ação, com o uso de melhor estratégia proposta para atingir os objetivos do negócio.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
21. DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com a equipe de trabalho.	1	0	0
		2	0	0
		3	2	8,7
		4	3	13,0
		5	18	78,3

A prevalência na competência Diálogo, foi de 56,5% classificando-se como muito competentes e 34,8% como extremamente competentes. Nenhum deles classificou-se como nada ou pouco competentes e apenas 2 (8,7%) consideram-se competentes. Esta competência foi imputada no instrumento por apresentar relevância no exercício da liderança do enfermeiro.

Tabela 7 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Humanização, São Paulo – 2018

Competência Básica: HUMANIZAÇÃO				
Capacidade de dar atenção digna às pessoas de acordo com sua cultura, valores e crenças, em ambiente com condições mínimas de atendimento e de trabalho.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
23. ACOLHIMENTO	Supera obstáculos existentes no trabalho ao dar atenção digna aos clientes e equipe, demonstrando que pode buscar soluções adequadas para situações que os aflijam no ambiente ao seu redor.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	2	8,7
		4	10	43,5
		5	10	43,5
24. COMUNICAÇÃO	Mantém postura comunicativa sustentada pela clareza da mensagem e por estar aberta a percepção das vulnerabilidades do cliente e da equipe, individualizando o contato.	1	0	0
		2	0	0
		3	2	8,7
		4	12	52,2
		5	9	39,1
25. DIÁLOGO	Troca ideias e compartilha significados com os clientes e equipe de trabalho em ambiente favorável a essa relação, contribuindo para um contato harmônico	1	0	0
		2	1	4,3
		3	5	21,7
		4	6	26,1
		5	11	47,8
26. RESOLUTIVIDADE	Encontra soluções adequadas para problemas dos clientes e da equipe de trabalho, fazendo com que a ação resolutiva diminua o tempo para obtê-las.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	5	21,7
		4	14	60,9
		5	3	13,0
27. RESPEITO	Aceita a cultura, os valores e as crenças dos clientes e da equipe de trabalho com atitudes e comportamentos que manifestam essa aceitação, garantindo a expressão da vontade de cada um.	1	0	0
		2	0	0
		3	1	4,3
		4	6	26,1
		5	16	69,6
28. SABER OUVIR	Sabe escutar os clientes e a equipe de trabalho sem pré-julgamento das suas ideias e posições, estando atento ao que se fala para compreendê-los e evitando interrupções com frases que acredita completar o que esta sendo dito.	1	0	0
		2	0	0
		3	2	8,7
		4	8	34,8
		5	13	56,5

A tabela 7, tivemos prevalência de respostas no nível 5 – extremamente competente. Diferem dessas respostas Comunicação e Resolutividade que predominaram a resposta muito competente. Não apareceram respostas no nível nada competente e em Acolhimento, Diálogo e Resolutividade, um enfermeiro (4,3%) avaliou-se como pouco competente.

Em Acolhimento, houve empate entre muito competente e extremamente competente, com 43,5% de respostas em cada um desses níveis.

Tabela 8 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Relacionamento Interpessoal, São Paulo – 2018

Competência Básica: RELACIONAMENTO INTERPESSOAL				
Capacidade de interagir com pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação. Envolve contato cordial, empático e profissional.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
29. CONFIABILIDADE	Demonstra credibilidade pela transparência dos seus comportamentos, propiciando interação com os seus clientes e equipe de trabalho em que prevaleça a cordialidade.	1	0	0
		2	0	0
		3	4	17,4
		4	10	43,5
		5	9	39,1
30. DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com clientes e equipe de trabalho.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	2	8,7
		4	8	34,8
		5	12	52,2
31. EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Reage às adversidades na interação com clientes e equipe de trabalho, administrando emoções para o alcance de relacionamento empático e profissional.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	3	13,0
		4	13	56,5
		5	6	26,1
32. PERSPICÁCIA	Percebe clara e rapidamente a realidade que o cerca ao interagir com clientes e equipes de trabalho, separando a verdade do erro como condição minimizadora de conflitos.	1	1	4,3
		2	1	4,3
		3	5	21,7
		4	13	56,5
		5	3	13,0
33. RESPEITO	Interage cordialmente com os clientes e equipe de trabalho, estando aberto às suas necessidades e expectativas de acordo com sua individualidade e consolidando os laços que unem a relação cotidiana.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	0	0
		4	10	43,5
		5	12	52,2
34. SABER OUVIR	Tem consciência que aprender a ouvir e entender os clientes e equipe de trabalho representa fator essencial para um contato saudável, agregando valor ao relacionamento.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	2	8,7
		4	6	26,1
		5	14	60,9

Em Relacionamento Interpessoal, o nível 2 – pouco competente apareceu em todas as competências associadas, com 4,3% de prevalência, exceto em Confiabilidade que não houve respondentes neste item. O nível nada competente apareceu apenas em Perspicácia.

O nível 4 – muito competente aparece em predomínio nas competências Confiabilidade, Equilíbrio Emocional e Perspicácia. Em Diálogo, Respeito e Saber Ouvir, predominou o nível 5 – extremamente competente. Em todas as competências houveram respostas no nível competente, exceto em Respeito.

Tabela 9 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Tomada de Decisão, São Paulo – 2018

Competência Básica: TOMADA DE DECISÃO				
Capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
35. AUTONOMIA	Efetua escolhas racionais frente às alternativas existentes para as atividades laborais diárias da equipe, usando sua liberdade de ação dentro dos dispositivos legais e profissionais vigentes.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	4	17,4
		4	14	60,9
		5	4	17,4
36. CORAGEM	É coerente com seus princípios para enfrentar dificuldades na decisão de seus atos e da equipe, assumindo as consequências de suas ações, pedindo ajuda em situações complexas e corrigindo desvios consequentes às decisões.	1	0	0
		2	0	0
		3	1	4,3
		4	12	52,2
		5	10	43,5
37. DISCERNIMENTO	Decide planos de ação próprios ao fazer cotidiano pela percepção sensata e clara das potencialidades e limites da equipe, tendo certeza como sua diretriz.	1	1	4,3
		2	0	0
		3	6	26,1
		4	16	69,6
		5	0	0
38. FLEXIBILIDADE	Evita comportamentos conflitantes com a equipe ao tomar decisões ajustando-se rapidamente aos imprevistos no trabalho e prezando seus limites físicos e emocionais.	1	0	0
		2	0	0
		3	2	8,7
		4	12	52,2
		5	9	39,1
39. OBJETIVIDADE	Expõe ideias ou posições impessoais baseadas na realidade e sustentada por conhecimentos, práticas e resultados de pesquisa, aumentando a aceitação da equipe sobre as suas decisões.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	7	30,4
		4	11	47,8
		5	4	17,4
40. RESOLUTIVIDADE	Usa a ação resolutiva como estratégia na escolha das opções mais legítimas para tomar decisões, para que a equipe finalize o trabalho com a satisfação dos clientes.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	3	13,0
		4	15	65,2
		5	4	17,4
41. SENSO DE URGÊNCIA	Parte da melhor alternativa possível na escolha de um curso de ação para os planos, corrigindo prontamente desvios e levando a equipe a fazer atividades no tempo certo.	1	0	0
		2	0	0
		3	5	21,7
		4	13	56,5
		5	5	21,7

A tabela 9 representa a competência básica Tomada de Decisão, nela todas as competências associadas tiveram como maioria de respostas o nível 4 – muito competente. O nível pouco competente apareceu em Autonomia, Objetividade e

Resolutividade. Nada competente teve em Discernimento 4,3% e nesta mesma competências, não houve apontamento para extremamente competente.

Tabela 10 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Direcionamento para Resultados, São Paulo – 2018

Competência Básica: DIRECIONAMENTO PARA RESULTADOS				
Capacidade de realizar o trabalho focado nos seus resultados e apoiado em planos de ação em que os objetivos, tarefas e responsabilidades estejam previamente definidos e alinhados à disponibilização de recursos suficientes.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
42. ACEITAÇÃO DE DESAFIOS	Supera obstáculos existentes no trabalho com clareza de objetivos e equilíbrio das emoções, dando a equipe soluções facilitadoras para o alcance de resultados previstos nos planos.	1	1	4,3
		2	1	4,3
		3	7	30,4
		4	10	43,5
		5	4	17,4
43. ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO	Define prioridade nas ações da equipe com controle de uso do tempo mínimo necessário na execução dos planos, evitando desperdícios e facilitando atingir resultados com qualidade.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	6	26,1
		4	14	60,9
		5	2	8,7
44. EFICÁCIA	Alcança resultados planejados com cumprimento de metas pela equipe, dinamizando ações e conferindo qualidade e valor ao trabalho.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	6	26,1
		4	13	56,5
		5	3	13,0
45. EFICIÊNCIA	Tem maior produtividade nas ações laborais da equipe em determinado espaço de tempo, definindo objetivos e tarefas direcionadas para os resultados.	1	0	0
		2	2	8,7
		3	6	26,1
		4	11	47,8
		5	4	17,4
46. COMPROMETIMENTO	Assume e cumpre obrigações e responsabilidades na realização dos planos de trabalho, para que a equipe obtenha resultados de excelência nas suas ações.	1	0	0
		2	0	0
		3	1	4,3
		4	12	52,2
		5	10	43,5
47. FLEXIBILIDADE	Responde com rapidez aos problemas e adversidades surgidas no trabalho, ajustando-se e efetuando mudanças, sem transgredir limites físicos e emocionais.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	4	17,4
		4	10	43,5
		5	8	34,8
48. RESOLUTIVIDADE	Oferecer soluções para os problemas para que sejam resolvidos em menor tempo, obtendo maior satisfação da equipe nas ações focadas em resultados.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	2	8,7
		4	13	56,5
		5	7	30,4
49. POTENCIAL NEGOCIADOR	Consegue acordos no trabalho com o uso de diálogo, conferindo equilíbrio de ideias, pensamentos e ações em atendimento de interesses legítimos da equipe e da instituição.	1	1	4,3
		2	0	0
		3	5	21,7
		4	13	56,5
		5	4	17,4

A tabela 10 demonstra que a maioria dos enfermeiros considera-se muito competentes em todas as competências associadas. 4,3% consideram-se nada competentes para Aceitação de Desafios e Potencial Negociador. Outros 4,3%

classificam-se como pouco competentes para Administração do Tempo, Eficácia, Flexibilidade e Resolutividade e, 8,7% para Eficiência. As demais competências oscilam entre competente e extremamente competente.

Tabela 11 – Autoavaliação realizada pelos enfermeiros para competência básica Proatividade, São Paulo – 2018

Competência Básica: PROATIVIDADE				
Capacidade de manter seu foco nas situações/condições ligadas às atividades diárias de trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, direcionando seus esforços para antecipar ações antes que surjam problemas. Engloba consciência e responsabilidade nas decisões e considera as possíveis consequências das suas escolhas. Visa atingir o melhor resultado possível pelo agir com prontidão em um tempo certo para obtê-las.				
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	NÚMERO DE RESPONDENTES	PERCENTUAL VÁLIDO (%)
50. ACEITAÇÃO DE DESAFIOS	Tem a mente aberta ao absorver ideias e efetuar mudanças na superação de obstáculos surgidos no trabalho, assumindo responsabilidades e controlando riscos nas ações que se antecipam ao surgimento de problemas.	1	0	0
		2	0	0
		3	3	13,0
		4	15	65,2
		5	5	21,7
51. ESPÍRITO EMPREENDEDOR	Utiliza oportunidades de ousar transformar e descobrir ideias aplicáveis àquilo que existe e ao mesmo tempo evita que surjam problemas nessa realidade.	1	1	4,3
		2	1	4,3
		3	10	43,5
		4	7	30,4
		5	4	17,4
52. FLEXIBILIDADE	Age com desenvoltura em situações inesperadas do trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, mantendo foco no que deve ser resolvido e tendo adaptação rápida a elas.	1	0	0
		2	0	0
		3	5	21,7
		4	12	52,2
		5	6	26,1
53. INICIATIVA	Toma decisões conscientes e responsáveis ao conceber e espontaneamente por em prática uma ou mais ideias úteis, destinadas a evitar aparecimento de problemas no trabalho.	1	0	0
		2	1	4,3
		3	5	21,7
		4	11	47,8
		5	6	26,1
54. INOVAÇÃO / CRIATIVIDADE	Cria novas ideias, bem como implementa processos e atividades com valor intrínseco em seu bojo, direcionando esforços para antecipar ações antes que surjam problemas.	1	0	0
		2	3	13,0
		3	12	52,2
		4	7	30,4
		5	1	4,3
55. PERSPICÁCIA	Separa a verdade do erro ao perceber a realidade com clareza, compreendendo o que está ao redor e agindo com antecipação e acerto ao reduzir problemas.	1	0	0
		2	0	0
		3	5	21,7
		4	12	52,2
		5	6	26,1
56. RESPONSABILIDADE	É responsável por suas ações e corresponsável pelo fazer da equipe, tendo consciência das decisões que toma para evitar problemas e considerando as consequências de seu agir com prontidão.	1	0	0
		2	0	0
		3	2	8,7
		4	10	43,5
		5	11	47,8
57. SENSO DE URGÊNCIA	Assume riscos calculados ao direcionar ações que se antecipem ao aparecimento de problemas no trabalho, para que se realizem no tempo certo e na hora exata com pronta correção dos desvios constatados.	1	0	0
		2	0	0
		3	4	17,4
		4	13	56,5
		5	6	26,1

Em Proatividade na tabela 11, o nível 3 – competente prevaleceu na competência Espírito Empreendedor e Inovação/Criatividade, o nível extremamente competente aparece prevalente em Responsabilidade e nas demais competências, a prevalência encontra-se no nível 4 – muito competente. Apenas em Espírito Empreendedor, aparece avaliação em nada competente.

6.3 LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM

Apresentamos nas tabelas que se seguem, as médias e desvio padrão das competências quanto ao nível de competência (NC), grau de importância (GI) e necessidades de aprendizagem (NAP), para identificação das necessidades conforme prioridade.

Tabela 12 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referente à competência básica Desempenho Assistencial, São Paulo – 2018

Competência Básica: DESEMPENHO ASSISTENCIAL								
Capacidade de o enfermeiro prestar assistência individualizada atendendo as necessidades e expectativas dos clientes de forma a assegurar um cuidado calcado em saberes científicos próprios e em procedimentos técnicos essenciais para um resultado de qualidade.								
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC)		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)		
		M	DP	M	DP	M	DP	
1. ATENÇÃO	Atento aos estímulos vindo de pessoas/equipamentos/ambiente presentes nos cuidados dos clientes, propondo adequações aos desvios constatados.	3,78	0,6	4,35	0,65	0,57	0,66	
2. CONTROLE DE RISCO	Identifica agentes causadores de danos nas ações de atendimentos dos clientes, bem como analisa probabilidades da sua existência e determina como reduzi-los.	3,83	0,65	4,48	0,59	0,65	0,71	
3. RESOLUTIVIDADE	Escolhe soluções apropriadas para resolver problemas/situações detectados nos cuidados dos clientes, visando colocá-las em prática no menor tempo possível.	3,87	0,97	4,61	0,58	0,74	0,81	
4. RESPONSABILIDADE	Responde por suas ações e da equipe no atendimento das necessidades dos clientes, tendo consciência do seu papel social nas ações laborais	4,09	0,9	4,68	0,57	0,39	0,89	
5. SENSE DE PRONTIDÃO	Age com desenvoltura e rapidez diante de atividades necessárias para o cuidado dos clientes, com acerto e segurança na sua execução.	3,86	0,56	4,65	0,57	0,96	0,93	
6. SENSE DE URGÊNCIA	Realiza ações no momento exato frente aos agravos à saúde dos clientes, classifica o grau de sofrimento, define tratamento e minimiza os riscos no cuidar.	4,00	0,8	4,83	0,39	0,83	0,83	
7. TÉCNICA DE EXECUÇÃO	Realiza procedimento de enfermagem do básico ao avançado no atendimento dos clientes que necessitam de cuidados clínicos, cirúrgicos e traumatológicos, com técnica segura e recursos qualificados.	3,70	1,02	4,65	0,71	0,96	0,98	

Na tabela 12, nenhuma competência foi classificada como baixa prioridade para treinamento. Observamos como prioridade moderada para aprendizagem os itens Atenção, Controle de Risco e Responsabilidade. Já os demais itens Resolutividade, Senso de Prontidão, Senso de Urgência e Técnica de Execução, demonstram prioridade de aprendizagem alta para ser desenvolvida nos enfermeiros.

Em GI, a com maior pontuação foi Senso de Urgência.

Técnica de Execução apresentou a menor média para NC.

Tabela 13 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Trabalho em Equipe, São Paulo - 2018

Competência Básica: TRABALHO EM EQUIPE Capacidade de desenvolver ações articuladas no grupo de trabalho na execução de atividades laborais para alcance de objetivos comuns com evidente espírito cooperativo.							
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC) AUTOAVALIAÇÃO		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)	
		M	DP	M	DP	M	DP
8. COOPERAÇÃO	Presta ajuda espontaneamente a uma ou mais pessoas no cotidiano, para alcance de objetivos comuns na realização das atividades com a equipe.	4,39	0,78	4,61	0,50	0,22	0,74
9. COMUNICAÇÃO	Orienta, treina, esclarece, compartilha informações entre membros da equipe com o melhor meio de transmiti-las, garantindo que sejam recebidas sem distorção.	3,91	1,08	4,57	0,66	0,65	1,37
10. DISCERNIMENTO	Reconhece e diferencia potencialidades e limites das pessoas na execução do trabalho pela equipe, em prol de fazer ações direcionadas ao mesmo objetivo.	3,83	0,89	4,30	0,76	0,48	0,95
11. EFICÁCIA	Atinge o resultado esperado com a equipe frente ao que foi planejado no atendimento das necessidades geradas pelo trabalho diário.	3,65	1,07	4,39	0,58	0,74	1,01
12. EFICIÊNCIA	Obtém o melhor rendimento possível nas ações do trabalho da equipe com os recursos disponíveis para realiza-lo, atingindo os objetivos constantes em planos.	3,70	0,7	4,36	0,85	0,48	1,38
13. EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Tem atitudes e comportamentos empáticos com o controle das emoções nas adversidades e mudanças diante das relações com a equipe, mantendo energia e esforços direcionados ao mesmo objetivo.	4,22	0,85	4,35	0,88	0,13	1,22
14. RESPEITO	Permite aos membros da equipe o direito de expressar suas opiniões e vontades na execução do trabalho em respeito às diferenças individuais, obtendo ações articuladas no alcance dos objetivos.	4,43	0,59	4,57	0,73	0,13	0,63

Na competência básica Trabalho em Equipe, dos sete competências associadas para desenvolvimento do trabalho em PS, 3 (42,85%) com prioridade baixa para treinamento, são eles: Cooperação, Equilíbrio Emocional e Respeito.

Dos demais itens Comunicação, Discernimento e Eficiência classificam-se como prioridade moderada. O item Eficácia possui prioridade alta para aprendizagem.

Todas as competências estão acima de 4,0 em GI, sendo discretamente maior em Cooperação.

Eficácia apresentou o menor NC.

Tabela 14 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Liderança, São Paulo - 2018

Competência Básica: LIDERANÇA							
Capacidade de influenciar pessoas nas atitudes e nos comportamentos para a execução das tarefas laborais em determinado plano de ação, com o uso de melhor estratégia proposta para atingir os objetivos do negócio.							
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC) AUTOAVALIAÇÃO		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)	
		M	DP	M	DP	M	DP
15. AUTONOMIA	Usa a liberdade de ação em respeito às leis vigentes e sem prejuízo de outrem ao fazer escolhas racionais nas estratégias de realização do trabalho, visando alcance dos resultados constantes nos planos.	3,83	0,94	4,39	0,84	0,57	0,79
16. CONFIABILIDADE	Tem comportamentos transparentes, honestos e responsáveis nas relações com a equipe, oferecendo credibilidade nas decisões e coordenação das atividades laborais.	4,65	0,57	4,61	0,58	-0,04	0,64
17. COMUNICAÇÃO	Transmite mensagens com o uso dos meios disponíveis para sua recepção fidedigna, agindo dentro dos limites da ética exigida pelo mundo informatizado.	3,86	0,94	4,27	1,12	0,39	1,03
18. CONTROLE EMOCIONAL	Lidera a equipe com firme propósito e exemplo de atitudes e comportamentos com o controle das emoções frente às adversidades e mudanças cotidianas, garantindo ambiente saudável no trabalho.	4,00	0,98	4,64	0,58	0,61	1,08
19. FLEXIBILIDADE	Adapta-se rapidamente às situações inesperadas com soluções dos problemas presentes no dia a dia, sem ultrapassar seus limites físicos, mentais e emocionais.	4,04	1,11	4,52	0,79	0,48	1,04
20. PERSUAÇÃO	Usa argumentos coerentes ou condutas baseadas no conjunto razão e emoção para obter a concordância da equipe às ideias / atitudes / ações, buscando validar as estratégias necessárias à realização do trabalho.	3,61	0,72	4,48	0,73	0,87	0,76
21. DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com a equipe de trabalho.	4,26	0,62	4,70	0,63	0,43	0,95
22. POTENCIAL NEGOCIADOR	Obtém acordos pelo dialogo entre as partes para que haja equilíbrio no atendimento dos interesses legítimos dos envolvidos, criando credibilidade de quem dele participa com melhora do relacionamento pessoal e profissional.	3,65	0,93	4,30	0,82	0,65	0,93

A tabela 14, demonstra que, apenas, na competência associada Confiabilidade, a NAP atingiu média negativa, demonstrando que se autoavaliaram como extremamente competentes em relação aos seus comportamentos de

credibilidade frente à equipe, graduando assim este mesmo item como muito importante para o desenvolvimento de suas atividades. Apenas este item classifica-se como baixa prioridade de aprendizagem.

Como prioridade moderada, verificamos, Autonomia, Comunicação, Controle Emocional, Flexibilidade, Diálogo e Potencial Negociador.

Apenas Persuasão apresentou prioridade alta para aprendizagem, demonstrando assim a necessidade de desenvolvimento de condutas que unifiquem razão e emoção para que haja obtenção de concordância de ações para desenvolvimento do seu trabalho.

A todas as competências foi atribuído escore maior que 4 no GI, sendo o maior para diálogo.

Persuasão obteve o menor NC.

Tabela 15 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Humanização, São Paulo - 2018

Competência Básica: HUMANIZAÇÃO								
Capacidade de dar atenção digna às pessoas de acordo com sua cultura, valores e crenças, em ambiente com condições mínimas de atendimento e de trabalho.								
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC)		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)		
		M	DP	M	DP	M	DP	
23. ACOLHIMENTO	Supera obstáculos existentes no trabalho ao dar atenção digna aos clientes e equipe, demonstrando que pode buscar soluções adequadas para situações que os aflijam no ambiente ao seu redor.	4,26	0,81	4,70	0,56	0,43	0,73	
24. COMUNICAÇÃO	Mantém postura comunicativa sustentada pela clareza da mensagem e por estar aberta a percepção das vulnerabilidades do cliente e da equipe, individualizando o contato.	4,30	0,63	4,78	0,42	0,48	0,67	
25. DIÁLOGO	Troca ideias e compartilha significados com os clientes e equipe de trabalho em ambiente favorável a essa relação, contribuindo para um contato harmônico entre ambos.	4,17	0,94	4,61	0,58	0,43	1,04	
26. RESOLUTIVIDADE	Encontra soluções adequadas para problemas dos clientes e da equipe de trabalho, fazendo com que a ação resolutiva diminua o tempo para obtê-las.	3,83	0,72	4,57	0,51	0,74	0,86	
27. RESPEITO	Aceita a cultura, os valores e as crenças dos clientes e da equipe de trabalho com atitudes e comportamentos que manifestam essa aceitação, garantindo a expressão da vontade de cada um.	4,65	0,57	4,78	0,42	0,13	0,55	
28. SABER OUVIR	Sabe escutar os clientes e a equipe de trabalho sem pré-julgamento das suas ideias e posições, estando atento ao que se fala para compreendê-los e evitando interrupções com frases que acredita completar o que esta sendo dito.	4,48	0,67	4,83	0,39	0,35	0,65	

A competência básica Humanização referida na tabela 15 demonstra que os enfermeiros se avaliam como competentes para a competência associada Respeito,

sendo esta, a que atingiu menor média (0,13) para a NAP, portanto, baixa prioridade para aprendizagem. A alta prioridade para desenvolvimento dos enfermeiros por esta tabela, se deu em Resolutividade. Todas as demais estão em prioridade moderada para aprendizagem.

O maior GI foi obtido em Saber Ouvir. O menor NC foi em Resolutividade.

Tabela 16 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Relacionamento Interpessoal, São Paulo - 2018

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL							
Capacidade de interagir com pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação. Envolve contato cordial, empático e profissional.							
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC) AUTOAVALIAÇÃO		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)	
		M	DP	M	DP	M	DP
29. CONFIABILIDADE	Demonstra credibilidade pela transparência dos seus comportamentos, propiciando interação com os seus clientes e equipe de trabalho em que prevaleça a cordialidade.	4,78	0,52	4,22	0,74	0,57	0,66
30. DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com clientes e equipe de trabalho.	4,78	0,42	4,35	0,83	0,43	0,90
31. EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Reage às adversidades na interação com clientes e equipe de trabalho, administrando emoções para o alcance de relacionamento empático e profissional.	4,43	0,84	4,04	0,77	0,39	1,03
32. PERSPICÁCIA	Percebe clara e rapidamente a realidade que o cerca ao interagir com clientes e equipes de trabalho, separando a verdade do erro como condição minimizadora de conflitos.	4,57	0,51	3,70	0,93	0,87	0,87
33. RESPEITO	Interage cordialmente com os clientes e equipe de trabalho, estando aberto às suas necessidades e expectativas de acordo com sua individualidade e consolidando os laços que unem a relação cotidiana.	4,83	0,39	4,43	0,73	0,39	0,58
34. SABER OUVIR	Tem consciência que aprender a ouvir e entender os clientes e equipe de trabalho representa fator essencial para um contato saudável, agregando valor ao relacionamento.	4,74	0,54	4,43	0,84	0,30	0,97

Na tabela 16, a NAP com maior valor foi apenas Perspicácia. Saber Ouvir e, consequentemente, entender relacionamentos, classificou-se como baixa prioridade para aprendizagem. Todas as demais se classificam como prioridade moderada.

Perspicácia foi a única competência que pontuou abaixo de 4 no GI. O menor NC foi em Equilíbrio Emocional.

Tabela 17 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Tomada de Decisão, São Paulo - 2018

Competência Básica: TOMADA DE DECISÃO							
Capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório.							
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC)		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)	
		M	DP	M	DP	M	DP
35. AUTONOMIA	Efetua escolhas racionais frente às alternativas existentes para as atividades laborais diárias da equipe, usando sua liberdade de ação dentro dos dispositivos legais e profissionais vigentes.	3,91	0,73	4,48	0,79	0,57	0,73
36. CORAGEM	É coerente com seus princípios para enfrentar dificuldades na decisão de seus atos e da equipe, assumindo as consequências de suas ações, pedindo ajuda em situações complexas e corrigindo desvios consequentes às decisões.	4,39	0,58	4,78	0,42	0,39	0,58
37. DISCERNIMENTO	Decide planos de ação próprios ao fazer cotidiano pela percepção sensata e clara das potencialidades e limites da equipe, tendo certeza como sua diretriz.	3,61	0,72	4,39	0,66	0,78	0,90
38. FLEXIBILIDADE	Evita comportamentos conflitantes com a equipe ao tomar decisões ajustando-se rapidamente aos imprevistos no trabalho e prezando seus limites físicos e emocionais.	4,30	0,63	4,61	0,66	0,30	0,70
39. OBJETIVIDADE	Expõe ideias ou posições impessoais baseadas na realidade e sustentada por conhecimentos, práticas e resultados de pesquisa, aumentando a aceitação da equipe sobre as suas decisões.	3,78	0,80	4,43	0,66	0,65	0,78
40. RESOLUTIVIDADE	Usa a ação resolutiva como estratégia na escolha das opções mais legítimas para tomar decisões, para que a equipe finalize o trabalho com a satisfação dos clientes.	3,96	0,71	4,61	0,58	0,65	0,78
41. SENSO DE URGÊNCIA	Parte da melhor alternativa possível na escolha de um curso de ação para os planos, corrigindo prontamente desvios e levando a equipe a fazer atividades no tempo certo.	4,00	0,67	4,52	0,85	0,52	0,99

Pela tabela 17, percebemos que apenas a competência associada Discernimento foi classificada como prioridade alta. Apenas Flexibilidade foi classificada como prioridade baixa, as demais como prioridade moderada.

O maior GI foi para Coragem, enquanto o menor NC foi para Discernimento.

Tabela 18 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Direcionamento para Resultados, São Paulo - 2018

Competência Básica: DIRECIONAMENTO PARA RESULTADOS							
Capacidade de realizar o trabalho focado nos seus resultados e apoiado em planos de ação em que os objetivos, tarefas e responsabilidades estejam previamente definidos e alinhados à disponibilização de recursos suficientes.							
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC)		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)	
		M	DP	M	DP	M	DP
42. ACEITAÇÃO DE DESAFIOS	Supera obstáculos existentes no trabalho com clareza de objetivos e equilíbrio das emoções, dando a equipe soluções facilitadoras para o alcance de resultados previstos nos planos.	3,65	0,98	4,48	0,73	0,83	1,07
43. ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO	Define prioridade nas ações da equipe com controle de uso do tempo mínimo necessário na execução dos planos, evitando desperdícios e facilitando atingir resultados com qualidade.	3,74	0,69	4,57	0,59	0,83	0,65
44. EFICÁCIA	Alcança resultados planejados com cumprimento de metas pela equipe, dinamizando ações e conferindo qualidade e valor ao trabalho.	3,78	0,74	4,52	0,73	0,74	0,92
45. EFICIÊNCIA	Tem maior produtividade nas ações laborais da equipe em determinado espaço de tempo, definindo objetivos e tarefas direcionadas para os resultados.	3,74	0,86	4,43	0,90	0,70	0,88
46. COMPROMETIMENTO	Assume e cumpre obrigações e responsabilidades na realização dos planos de trabalho, para que a equipe obtenha resultados de excelência nas suas ações.	4,39	0,58	4,74	0,45	0,35	0,57
47. FLEXIBILIDADE	Responde com rapidez aos problemas e adversidades surgidas no trabalho, ajustando-se e efetuando mudanças, sem transgredir limites físicos e emocionais.	4,09	0,85	4,57	0,59	0,48	0,95
48. RESOLUTIVIDADE	Oferecer soluções para os problemas para que sejam resolvidos em menor tempo, obtendo maior satisfação da equipe nas ações focadas em resultados.	4,13	0,76	4,52	0,59	0,39	0,72
49. POTENCIAL NEGOCIADOR	Consegue acordos no trabalho com o uso de diálogo, conferindo equilíbrio de ideias, pensamentos e ações em atendimento de interesses legítimos da equipe e da instituição.	3,83	0,89	4,39	0,66	0,57	0,90

Direcionamento para Resultados, vista na tabela acima, demonstra que não houve competência com prioridade baixa para aprendizagem. Como alta prioridade para aprendizagem estão: Aceitação de Desafios, Administração de Tempo, Eficácia e Eficiência. As competências associadas apresentaram prioridade moderada para aprendizagem.

O maior GI foi atribuído à competência Comprometimento e o menor NC foi Aceitação de Desafios.

Tabela 19 – Médias e desvios padrão do nível de competência, grau de importância e necessidades de aprendizagem das competências associadas referentes à competência básica Proatividade, São Paulo - 2018

Competência Básica: PROATIVIDADE							
Capacidade de manter seu foco nas situações/condições ligadas às atividades diárias de trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, direcionando seus esforços para antecipar ações antes que surjam problemas. Engloba consciência e responsabilidade nas decisões e considera as possíveis consequências das suas escolhas. Visa atingir o melhor resultado possível pelo agir com prontidão em um tempo certo para obtê-las.							
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA (NC) AUTOAVALIAÇÃO		GRAU DE IMPORTÂNCIA (GI)		NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM (NAP = GI – NC)	
		M	DP	M	DP	M	DP
50. ACEITAÇÃO DE DESAFIOS	Tem a mente aberta ao absorver ideias e efetuar mudanças na superação de obstáculos surgidos no trabalho, assumindo responsabilidades e controlando riscos nas ações que se antecipam ao surgimento de problemas.	4,09	0,60	4,43	0,66	0,35	0,78
51. ESPÍRITO EMPREENDEDOR	Utiliza oportunidades de ousar transformar e descobrir ideias aplicáveis àquilo que existe e ao mesmo tempo evita que surjam problemas nessa realidade.	3,52	0,99	4,22	0,90	0,70	0,88
52. FLEXIBILIDADE	Age com desenvoltura em situações inesperadas do trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, mantendo foco no que deve ser resolvido e tendo adaptação rápida a elas.	4,04	0,71	4,52	0,73	0,48	0,67
53. INICIATIVA	Toma decisões conscientes e responsáveis ao conceber e espontaneamente por em prática uma ou mais ideias úteis, destinadas a evitar aparecimento de problemas no trabalho.	3,96	0,82	4,70	0,47	0,74	0,75
54. INOVAÇÃO / CRIATIVIDADE	Cria novas ideias, bem como implementa processos e atividades com valor intrínseco em seu bojo, direcionando esforços para antecipar ações antes que surjam problemas.	3,26	0,75	4,26	0,62	1,00	0,90
55. PERSPICÁCIA	Separa a verdade do erro ao perceber a realidade com clareza, compreendendo o que está ao redor e agindo com antecipação e acerto ao reduzir problemas.	4,04	0,71	4,52	0,59	0,48	0,85
56. RESPONSABILIDADE	É responsável por suas ações e corresponsável pelo fazer da equipe, tendo consciência das decisões que toma para evitar problemas e considerando as consequências de seu agir com prontidão.	4,39	0,66	4,61	0,66	0,22	0,67
57. SENSO DE URGÊNCIA	Assume riscos calculados ao direcionar ações que se antecipem ao aparecimento de problemas no trabalho, para que se realizem no tempo certo e na hora exata com pronta correção dos desvios constatados.	4,09	0,67	4,70	0,56	0,61	0,78

Como última competência básica Proatividade apresentada, identificamos como prioridade alta: Inovação/Criatividade, Iniciativa e Espírito Empreendedor. Como prioridade moderada: Aceitação de Desafios, Flexibilidade, Perspicácia e Senso de Urgência. Responsabilidade foi o único item que atingiu baixa prioridade para aprendizagem.

Iniciativa e Senso de Urgência obtiveram os maiores GI.

Inovação/ Criatividade apresentou menor NC, sendo esta competência a que apresentou maior NAP.

6.4 SÍNTESE DE RESULTADOS

Com base nas tabelas 12 a 19, sintetizamos os resultados no quadro abaixo, destacando as competências associadas que obtiveram o NC e seus respectivos NAP. Classificamos as prioridades para desenvolvimento de acordo com o nível de prioridade baixo, médio e alto descritos anteriormente e listamos a quantidade de competências associadas inseridas nas competências básicas que atingiram GI igual ou superior a 4 – muito importante, por serem consideradas de grande relevância para os enfermeiros.

Tabela 20 – Média das Competências Associadas com NC, suas respectivas NAP, os níveis de prioridade e GI superior ou igual a 4, São Paulo – 2018

COMPETÊNCIA BÁSICA	COMPETÊNCIA ASSOCIADA (CA)	NC	NAP*	Nível de Prioridade	GI≥4
Desempenho assistencial (7 competências associadas)	Atenção	3,78	0,57	Médio	7 (100%)
	Controle de Risco	3,83	0,65	Médio	
	Resolutividade	3,87	0,74	Alto	
	Responsabilidade	4,09	0,89	Alto	
	Senso de Prontidão	3,86	0,93	Alto	
	Senso de Urgência	4,00	0,83	Alto	
	Técnica de Execução	3,70	0,96	Alto	
Trabalho em equipe (7 competências associadas)	Cooperação	4,39	0,22	Baixo	7 (100%)
	Comunicação	3,91	0,65	Médio	
	Discernimento	3,83	0,48	Médio	
	Eficácia	3,65	0,74	Alto	
	Eficiência	3,70	0,48	Alto	
	Equilíbrio Emocional	4,22	0,13	Baixo	
	Respeito	4,43	0,13	Baixo	
Liderança (8 competências associadas)	Autonomia	3,83	0,57	Médio	8 (100%)
	Confiabilidade	4,65	-0,04	Baixo	
	Comunicação	3,86	0,39	Médio	
	Controle Emocional	4,00	0,61	Médio	
	Flexibilidade	4,04	0,48	Médio	
	Persuasão	3,61	0,87	Alto	
	Diálogo	4,26	0,43	Médio	
	Potencial Negociador	3,65	0,65	Alto	
Humanização (6 competências associadas)	Acolhimento	4,26	0,43	Médio	6 (100%)
	Comunicação	4,30	0,48	Médio	
	Diálogo	4,17	0,43	Médio	
	Resolutividade	3,83	0,74	Alto	
	Respeito	4,65	0,13	Baixo	
	Saber Ouvir	4,48	0,35	Médio	

(continua)

(continuação)

COMPETÊNCIA BÁSICA	COMPETÊNCIA ASSOCIADA (CA)	NC	NAP*	Nível de Prioridade	GI≥4
Relacionamento Interpessoal (6 competências associadas)	Confiabilidade	4,78	0,57	Médio	5 (83,3%)
	Diálogo	4,78	0,43	Médio	
	Equilíbrio Emocional	4,43	0,39	Médio	
	Perspicácia	4,57	0,87	Alto	
	Respeito	4,83	0,39	Médio	
	Saber Ouvir	4,74	0,30	Baixo	
Tomada de Decisão (7 competências associadas)	Autonomia	3,91	0,57	Médio	7 (100%)
	Coragem	4,39	0,39	Médio	
	Discernimento	3,61	0,78	Alto	
	Flexibilidade	4,30	0,70	Alto	
	Objetividade	3,78	0,65	Médio	
	Resolutividade	3,96	0,65	Médio	
	Senso de Urgência	4,00	0,52	Médio	
Direcionamento para Resultados (8 competências associadas)	Aceitação de desafios	3,65	0,83	Alto	8 (100%)
	Administração do tempo	3,74	0,83	Alto	
	Eficácia	3,78	0,74	Alto	
	Eficiência	3,74	0,70	Alto	
	Comprometimento	4,39	0,35	Médio	
	Flexibilidade	4,09	0,48	Médio	
	Resolutividade	4,13	0,39	Médio	
Proatividade (8 competências associadas)	Potencial negociador	3,83	0,57	Médio	8 (100%)
	Aceitação de Desafios	4,09	0,35	Médio	
	Espírito empreendedor	3,52	0,70	Alto	
	Flexibilidade	4,04	0,48	Médio	
	Iniciativa	3,96	0,74	Alto	
	Inovação/Criatividade	3,26	1,00	Alto	
	Perspicácia	4,04	0,48	Médio	
	Responsabilidade	4,39	0,22	Baixo	
	Senso de Urgência	4,09	0,61	Médio	

(conclusão)

Inovação/ Criatividade obteve a maior NAP e o menor NC.

Das competências associadas com prioridade alta e moderada para aprendizagem, obtivemos nas competências básicas:

Quadro 5 – Competências básicas com prioridades alta e moderada para aprendizagem de acordo com a quantidade de competências associadas, São Paulo – 2018

PRIORIDADE ALTA	PRIORIDADE MODERADA
Desempenho assistencial: 57,1%	Tomada de decisão: 57,1%
Direcionamento para Resultados – 50%	Liderança : 37,5%
Proatividade – 37,5%	Desempenho Assistencial: 28,5%
Liderança – 25,0%	Trabalho em Equipe: 28,5%
Humanização – 16,7%	
Tomada de Decisão – 14,3%	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pelo quadro 5, observamos que Relacionamento Interpessoal não obteve resultados para aprendizagem. Em prioridade alta, todas as competências básicas apareceram, exceto Relacionamento Interpessoal, categoria esta que também não foi referida em prioridade moderada. Humanização, Relacionamento Interpessoal e Proatividade, não apresentaram prioridade moderada para aprendizagem.

A tabela 21, demonstra as competências a serem desenvolvidas em curto prazo, em até 4 meses de acordo com a pontuação NAP decrescente.

Tabela 21 – Competências Associadas a serem desenvolvidas em curto prazo em ordem decrescente de acordo com a NAP 0,68 a 1,00, São Paulo – 2018

COMPETÊNCIA BÁSICA	COMPETÊNCIA ASSOCIADA	NAP
Proatividade	Inovação/Criatividade	1,00
Desempenho Assistencial	Senso de Prontidão	0,96
Desempenho Assistencial	Técnica de execução	0,96
Liderança	Persuasão	0,87
Relacionamento Interpessoal	Perspicácia	0,87
Desempenho Assistencial	Senso de urgência	0,83
Direcionamento para Resultados	Aceitação de Desafios	0,83
Direcionamento para Resultados	Administração do Tempo	0,83
Tomada de Decisão	Discernimento	0,78
Direcionamento para Resultados	Eficácia	0,75
Desempenho Assistencial	Resolutividade	0,74
Trabalho em equipe	Eficácia	0,74
Humanização	Resolutividade	0,74
Proatividade	Iniciativa	0,74
Direcionamento para Resultados	Eficiência	0,70
Proatividade	Espírito Empreendedor	0,70

Inovação/Criatividade apresentaram a maior NAP. Apenas Discernimento (Tomada de Decisão) e Eficácia (Direcionamento para Resultados) apresentaram pontuações únicas na NAP. Todas as outras competências associadas apresentaram pontuações repetidas.

A tabela 22, demonstra as competências a serem desenvolvidas em médio prazo, em até 8 meses, de acordo com a pontuação NAP decrescente.

Tabela 22 – Competências Associadas a serem desenvolvidas em médio prazo em ordem decrescente de acordo com a NAP 0,34 a 0,67, São Paulo – 2018

Competência Básica	Competência Associada	NAP
Desempenho Assistencial	Controle de Risco	0,65
Trabalho em equipe	Comunicação	0,65
Tomada de decisão	Objetividade	0,65
Tomada de decisão	Resolutividade	0,65
Liderança	Controle Emocional	0,61
Desempenho Assistencial	Atenção	0,57
Liderança	Autonomia	0,57
Tomada de decisão	Autonomia	0,57
Direcionamento para resultados	Potencial Negociador	0,57
Tomada de decisão	Senso de Urgência	0,52
Trabalho em equipe	Discernimento	0,48
Liderança	Comunicação	0,39

Apresentaram a maior NAP para aprendizagem em curto prazo: Controle de Risco, Comunicação (Trabalho em Equipe), Objetividade e Resolutividade, todas com NAP 0,65. As demais competências associadas repetiram-se na NAP, exceto Controle Emocional, Discernimento e Comunicação (Liderança).

Em prioridade baixa para aprendizagem para desenvolvimento em longo prazo, classificaram-se 8 competências (14,03%) na maior parte das competências básicas, exceto em Desempenho Assistencial e Direcionamento para Resultados.

Por fim, apresentamos na tabela 23 as medidas descritivas que condensa os resultados por competência básica.

Tabela 23 – Medidas descritivas de GI, NC e NAP, por Competência Básica, São Paulo – 2018

COMPETÊNCIAS BÁSICAS	GRAU DE IMPORTÂNCIA				NÍVEL DE COMPETÊNCIA				NECESSIDADE DE APRENDIZAGEM			
	M	DP	MÍN.	MÁX.	M	DP	MÍN.	MÁX.	M	DP	MÍN.	MÁX.
Desempenho assistencial	4,61	0,43	3,43	5,00	3,88	0,58	2,43	4,71	0,73	0,54	0,00	2,29
Trabalho em equipe	4,45	0,52	3,00	5,00	4,02	0,63	2,29	5,00	0,43	0,67	-1,29	1,43
Liderança	4,49	0,57	3,00	5,00	3,99	0,66	2,25	5,00	0,50	0,62	-1,00	2,00
Humanização	4,71	0,38	3,83	5,00	4,28	0,53	3,00	5,00	0,43	0,52	-0,83	1,50
Relacionamento interpessoal	4,69	0,37	4,00	5,00	4,20	0,59	3,00	5,00	0,49	0,60	-0,83	1,67
Tomada de decisão	4,55	0,47	3,57	5,00	3,99	0,45	3,14	4,86	0,55	0,59	-1,14	1,29
Direcionamento para resultados	4,53	0,50	3,38	5,00	3,92	0,58	2,25	5,00	0,61	0,63	-0,88	1,88
Proatividade	4,49	0,49	3,63	5,00	3,92	0,54	2,88	5,00	0,57	0,57	-0,88	1,63

Observando os resultados por competência básica, em GI todas apresentaram médias superiores a 4, destacando-se Humanização com a maior média (4,71) e Trabalho em Equipe a menor média (4,45).

Para NC, apenas Trabalho em Equipe, Humanização e Relacionamento Interpessoal apresentaram média acima de 4, todas as outras estão abaixo, destacando Desempenho Assistencial com a menor média (3,88).

Com exceção de Desempenho Assistencial que apresentou NAP de 0,73 caracterizando-se como prioridade alta para aprendizagem, todas as outras encontram-se como prioridade moderada.

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

Os perfil sócio demográfico dos enfermeiros participantes deste estudo correspondem aos resultados obtidos por Crosseti et al (2014) em que a maioria era do sexo feminino com idade média de 32,5 anos. A pesquisa realizada por Maurício et al (2017) mostrou que os entrevistados tinham acima de cinco anos de formação e de tempo de experiência profissional e 43,8% possuíam curso de especialização.

O PS, como unidade crítica, exige profissionais qualificados e capacitados para condução do serviço, baseada em consensos estabelecidos para avaliação de gravidade ou potencial gravidade e protocolos em conjunto com a equipe médica para que haja uma avaliação sistematizada (Brasil, 2009).

No PS estudado, é realizada, exclusivamente por enfermeiros, a classificação de risco pela escala de Manchester, e os enfermeiros assistem a pacientes críticos, com risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema, assim como àquele em frágil condição clínica. Essas atribuições, também, pressupõem enfermeiros com competências para tomar decisões rápidas e assertivas.

De modo geral, os enfermeiros se consideraram com bons níveis de competência, o que mostra ajuste ao perfil requerido para um PS. Como era esperado, no entanto, níveis de competência abaixo do desejado e necessidades de aprendizagem foram identificados, demonstrando fragilidades nas dimensões técnico-científicas, sociais e ético-políticas, que devem ser discutidas com o objetivo de desenvolvê-las.

Essas dimensões foram encontradas em Gonçalves (2016), com destaque para Comunicação com pacientes e familiares, demonstrando lacuna existente em um eixo sócio-educativo.

O perfil de competências construído por Holanda, Marra e Cunha (2014), utilizado neste estudo, tem foco na prática profissional em nível de excelência, a fim de atender às premissas de uma assistência de qualidade. O que pressupõe ações técnicas com perícia e prudência, e atitudinais baseadas na dimensão ética.

Iniciamos a discussão dos resultados com abordagem das CA que apresentaram, na autoavaliação, NC 1 e 2, embora não sejam a maioria, consideramos importante uma reflexão a respeito, visto que esses enfermeiros não se sentem preparados. Ações de promoção de desenvolvimento, portanto, serão necessárias, mesmo que não sejam prioritárias.

Resolutividade foi uma das lacunas encontradas neste estudo, está descrita em quatro das oito CB, mostrando sua expressividade na atuação do enfermeiro de PS. Tradicionalmente, é definida no sentido de resolver problemas, Holanda, Marra e Cunha (2014) ampliaram esse sentido.

Uma possibilidade de pensar no aperfeiçoamento de Resolutividade, do ponto de vista técnico, seria a análise de satisfação dos usuários do PS, pois, segundo Rosa, Pelegrini e Lima (2011), a visão dos pacientes se pauta em um enfoque biologicista e fragmentado, demonstrando a percepção do que é ofertado pelos serviços e pelos profissionais de saúde.

Para além do técnico, é fundamental olhar para o ambiente de trabalho, assim como no trabalho de Costa et al (2014), em que os profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família citaram como dificuldades em relação à resolutividade, a formação de uma equipe completa, as condições de trabalho e o modelo biomédico que ainda impera nas redes de serviços.

Nessa perspectiva, Baratieri, Mandu e Marcon (2012) assinalam que para prestar uma assistência com integralidade, eficiência e resolutividade, é de suma importância o comprometimento por parte dos integrantes da equipe de saúde. Afirmam que a resolutividade não é apenas garantida por meio de intervenções nos problemas iminentes, mas inclusive, pela identificação das inúmeras causas que envolvem o processo saúde-doença, tentando meios de modificá-las de forma positiva, pautando ações, não apenas em processos biológicos, como também em ações de cunho social.

O diálogo foi mencionado como importante para o gerenciamento de conflitos, sendo uma estratégia fundamental de resolução de problemas. Os enfermeiros relataram que este diálogo se difere das conversas vazias, reconhecendo que os sujeitos têm um conhecimento prévio e podem ser um profissional que defenda suas convicções, estando disposto a agir de forma coerente com seu discurso (Amestoy et al. 2014).

Segundo Amestoy et al. (2017), o diálogo potencializa a autonomia dos enfermeiros, que devem dialogar e buscar a melhor maneira de orientação da equipe, facilitando, dessa forma, o gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem e contribuindo para o andamento do processo de trabalho.

Em outro trabalho, o diálogo e as relações foram relatados pelos enfermeiros como um desafio para que se desenvolvam as ações administrativas da unidade de emergência (Zambiasi, Costa, 2013).

Sendo inerente à vida grupal, a comunicação deve ser compartilhada e compreendida para influenciar e modificar a realidade em que os indivíduos estão inseridos. Esta comunicação pode vir cercada de distorções nas informações, o que acaba por prejudicar os processos de trabalho dos enfermeiros. Sendo uma fragilidade apontada por eles, a forma como os indivíduos reagem às mudanças podem ser resultado de uma comunicação ineficaz e falta de participação da equipe na elaboração de estratégias (Pinhatti et al, 2017).

Os resultados de uma pesquisa apontam que o processo de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem acaba sendo otimizado em função do cuidado com o cliente; pela interação humana; por meio da relação de interdependência; no reconhecimento do profissional; promovendo a melhoria do entendimento do outro; pelas reuniões que compartilham informações e, por fim, pelas conversas individuais e reservadas, quando a situação assim requer (Broca, Ferreira, 2012).

Outra competência a ser discutida é o discernimento, que Mello et al (2018) refletiram sobre o aprender a fazer, expressando que o indivíduo adquire uma competência mais ampla e se prepara para o trabalho em equipe e para lidar com situações inesperadas. O aprender a ser acaba por instigar o sujeito para que adquira autonomia e discernimento, sempre em prol do coletivo.

Em outro estudo, os enfermeiros identificaram que, para o julgamento clínico, devem ter habilidades de discernimento e raciocínio lógico para que se tomem decisões. Entendendo-se que o discernimento pode ser desenvolvido como habilidade de pensamento crítico que se torna importante no processo de diagnósticos de enfermagem através de questionamentos para reflexão sobre determinadas situações clínicas (Bittencourt, Crossetti, 2013).

O respeito foi percebido por aprimorandos de um programa de enfermagem, como um conceito que se aplica a todas as situações do cuidar, ancorado em fatores como comunicação, relacionamento interpessoal e acesso à informação como uma forma de respeitar o paciente (Peres, Barbosa, Silva, 2011).

Também, como uma forma de humanização, o respeito deve conciliar o atendimento das necessidades e particularidades dos pacientes às rotinas

hospitalares, fazendo-o se sentir digno em um ambiente que não é dele. Respeito aos costumes, desejos, crenças e valores são formas de humanização (Calegari, Massarollo, Santos, 2015).

Aludindo a flexibilidade no contexto do cuidado, esta atitude deve ser adotada pelos enfermeiros para que se tornem culturalmente competentes, devendo integrar crenças culturais, valores e práticas nos cuidados de enfermagem, não impondo os próprios desejos para cuidar de pessoas. A flexibilidade dos enfermeiros se demonstra na disponibilidade de prestar assistência, baseando-se em fatores culturais dos pacientes, fazendo com que se sintam seguros de que seu atendimento será individualizado e, por consequência, contribuirá para que definam metas em conjunto (Vilela, Janeiro, 2012).

Ao abandonar o determinismo e a imposição de regras rígidas, a enfermagem pode ser um agente de transformação do seu próprio ambiente. Constrói-se maior autonomia no seu pensar e fazer, quando utiliza características de sustentabilidade, como por exemplo interdependência, reciclagem, parceria, flexibilidade e diversidade tendo como produto final, a promoção e manutenção da saúde (Svaldi, Siqueira, 2010).

Controlar as emoções frente às adversidades ou mudanças no trabalho através de atitudes e comportamentos, primando por um relacionamento saudável nos ambientes tanto profissional quanto pessoal, administrando suas emoções foi a definição dada para equilíbrio emocional por Holanda, Marra e Cunha (2014). Esta competência associada veio pontuada de baixas graduações pelos enfermeiros em nosso estudo.

Monteiro et al (2016) ao abordarem o cuidado e o trabalho emocional do enfermeiro, a partir de teorias de enfermagem, afirmaram que este profissional se envolve emocionalmente com os pacientes, para que possam oferecer um conforto verdadeiro. Por outro lado, necessitam do desenvolvimento de uma camada de proteção contra emoções negativas, que acabam por interferir em seu equilíbrio emocional e na qualidade do cuidado.

Equilíbrio emocional também é citado por enfermeiros atuantes em uma unidade de terapia intensiva como sendo uma característica para desempenho de suas atividades nestas unidades que lidam com pacientes críticos. O enfrentamento da morte, o insucesso terapêutico, o contato com familiares e a tensão inerente à

assistência neste ambiente de situações difíceis exigem que saibam lidar com emoções (Silva, Ferreira, 2011).

Analisando a eficácia de processos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, Lima, Chianca e Tannure (2015) utilizaram os indicadores desta unidade e concluíram que o enfermeiro tem identificado os problemas e riscos dos pacientes, conseguindo, assim, planejar de forma adequada a assistência de enfermagem, porém, inferem a necessidade de mais estudos sobre eficácia de determinadas ações, para que possam prevenir complicações em pacientes de cuidados críticos.

Munhos, Ramos e Cunha (2008) desenvolveram indicadores de desempenho operacional relativos à eficiência e à eficácia em unidade de terapia intensiva e identificaram diferenças de eficácia por turnos de trabalho, devido à variação da quantidade de procedimentos prescritos, realizados, não realizados e suspensos. Concluíram, ainda, que há necessidade de mais estudos sobre a avaliação de desempenho da eficiência e eficácia.

Quanto ao potencial negociador, encontramos no estudo realizado por Almeida et al (2011), a análise de instrumentos gerenciais utilizados na prática profissional do enfermeiro como apoio à tomada de decisão e na agregação dos dados, dentre os instrumentos está a mediação de conflitos e negociação, para a qual os enfermeiros apontaram dificuldade de negociação com a equipe, tanto médica quanto de enfermagem, tendo este conflito um enfoque negativo.

Eduardo et al (2016) afirmam que o processo de negociação por si só já é um gerador de conflitos, pois os enfermeiros revelaram que os momentos de negociação acabam culminando em imposição de soluções, ilegitimidade de resultados, quebra de hierarquia e falta de clareza dos limites para agir, demonstrando um modelo centralizador de gestão. Os enfermeiros descreveram, ainda, que o negociador que se deseja domina técnicas de negociação, embora, não se reconheçam como tal.

Com relação às necessidades de aprendizagem, que não se referem às competências até aqui discutidas, observamos em Gonçalves (2016) que os domínios de competências apresentaram uma média alta, o que, a princípio, não indicava necessidade de aprimoramento, mas considerou conveniente a discussão dessas competências, de modo coletivo, para, de fato, avaliar as necessidades de aprendizagem.

O enfermeiro sendo um líder de equipe, compreende a importância de se envolver e se responsabilizar com a sua educação, planejando-a e se colocando como um facilitador das ações educativas propostas para si e para a equipe. Contudo, é necessário que haja compreensão das competências, não como sendo apenas parte de um atributo individual de aquisição e construção de saberes dos enfermeiros, mas também, embasada em demandas das reais situações da prática laboral (Sade, Peres, 2015).

O pensamento criativo é o primeiro passo para que se obtenha melhora do nível de inovação nas organizações, sendo um diferencial para o enfermeiro no gerenciamento de sua equipe. O comportamento criativo se caracteriza pelo aprimoramento de elementos ou ações conhecidas, já a inovação tem como significado encontrar novas alternativas. Sendo assim, a criatividade e inovação, quando levantadas como competências, são os elementos primordiais para o aprimoramento das organizações e fazem com que a enfermagem encontre alternativas para a resolução de problemas no âmbito profissional (Feldman, Ruthes; Cunha, 2008).

Um estudo sobre as experiências de enfermeiras iranianas em relação à criatividade e seus resultados para as organizações de saúde demonstraram que os a criatividade é benéfica tanto para a equipe, quanto para os pacientes assim como, para a organização. Foram encontrados, porém, alguns efeitos negativos que levaram com que essas enfermeiras apresentassem desânimo e desprazer em suas ações, mas que estas não superaram os pontos positivos, sendo, portanto, uma vantagem ao sistema de saúde (Isfahani et al, 2015).

Estudo semelhante ao citado, desta vez com enfermeiros americanos, buscou saber o que na visão dos enfermeiros é mais crítico para inovação e suas percepções de lacunas existentes para esta competência. Os achados demonstraram que enfermeiros gestores e líderes devem possuir competências de inovação, que devem ser adquiridas em programas educativos de gestão ou de educação continuada. À beira leito, os enfermeiros necessitam de apoio para que melhorem sua criatividade e para que concebam novas e melhores maneiras de proporcionar segurança e conforto aos pacientes. Essa competência, portanto, deve ser incluída em programas de educação continuada, reforçando o conhecimento e a habilidade para enfermeiros em todos os ramos de atuação (White, Pillay, Huang, 2016).

Assim, ratificamos a importância da competência e a necessidade de inclusão de práticas educativas para desenvolvimento de criatividade e inovação para que esta competência seja exercida na prática assistencial dos enfermeiros, a fim de aprimorar a qualidade assistencial e de estimular a equipe em desenvolver melhores práticas e atitudes nos processos de trabalho e nas resoluções de problemas cotidianos.

Para abordarmos senso de prontidão, precisamos entender primeiramente que ele foi contextualizado na competência básica desempenho assistencial. Em suma, desempenho assistencial do enfermeiro requer que este atenda às necessidades e às expectativas dos pacientes de forma individualizada e pautada em saberes científicos e procedimentos técnicos que resultem em qualidade assistencial. Neste contexto, o senso de prontidão visa o agir com desenvoltura e rapidez nos cuidados com acerto e segurança na ação (Holanda, Marra, Cunha, 2015).

A atuação em PS pressupõe prontidão nas ações, sobretudo, quando há superlotação, o que não é incomum e em situações de estresse no atendimento de urgências. Para isso, é necessário o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) para agirem com exatidão na prestação de cuidados.

Estudo com enfermeiros atuantes em unidades móveis de urgência demonstrou a premência de programas direcionados ao desenvolvimento de prontidão e destreza, pois são mobilizadas, constantemente, em situações de emergência (Gentil, Ramos, Whitaker, 2008).

No contexto de desempenho assistencial, a técnica de execução de avaliação, elaboração de plano de cuidados, gerenciamento e direcionamento da assistência prestada, discussão de casos com a equipe multiprofissional e por fim, atuação e integração da equipe de enfermagem. Essas ações podem favorecer o desenvolvimento de autonomia do enfermeiro.

São, ainda, atribuídas aos enfermeiros, muitas atividades administrativas e burocráticas que levam o enfermeiro a se distanciar do cuidado direto ao usuário.

Corroboram com essa visão, Montezelli, Peres e Bernardino (2011) em sua pesquisa na qual concluíram, pelo relato de enfermeiros atuantes em urgência e emergência, que se deve articular as diversas competências gerenciais em um ambiente que preconiza, sobretudo, o aspecto técnico como elemento da prática produtiva. O gerenciamento do cuidado pode ser encarado como pilar das ações

que competem à enfermagem, fazendo uso de saberes administrativos e novas tecnologias para a realização desses cuidados.

Podemos então pautar nossas ações de desenvolvimento dos enfermeiros na tríade inovação/criatividade, senso de prontidão e técnica de execução, que apesar de estarem desenhadas em duas competências básicas distintas, se complementam no que se refere à prestação de assistência. Vimos que um profissional precisa ser criativo e inovar suas ideias, para que possam achar novos caminhos para cuidados prestados aos pacientes e para resolução de problemas. Da mesma maneira, segue-se senso de prontidão, no qual os enfermeiros devem estar aptos para agir de forma ágil e precisa, minimizando, também, os problemas encontrados e prestando uma assistência em situações de urgência livre de danos. Por fim, a tríade se completa com desenvolvimento de técnica de execução, pois sem o desenvolvimento de técnicas adequadas a prática assistencial fica refém daqueles que dominam o procedimento, deixando assim o enfermeiro de mãos atadas, implicando retrocesso das duas competências anteriores.

O senso de urgência deve ser desenvolvido para que os enfermeiros tenham ações pautadas nos saberes técnicos e científicos frente aos agravos de saúde, mitigando assim erros e promovendo uma assistência de qualidade em situações críticas.

Kotter (2012) assegura o senso de urgência como um dos oito passos para que a mudança organizacional obtenha sucesso e enfatiza a necessidade das pessoas em compreenderem que agir com urgência beneficia a organização, resolvendo problemas ou aproveitando oportunidades já existentes, porém iniciando principalmente uma mudança.

Chappell et al (2016) realizaram um estudo cujo objetivo era utilizar este modelo de mudança proposto pelo autor acima, para explorar a implementação de iniciativas de um ambiente de trabalho saudável. Muitos participantes da pesquisa associaram o senso de urgência com algum incidente particular relacionado à saúde. Os autores puderam concluir que há dificuldades para implementação do modelo proposto com todos os passos, principalmente, quando há divergências de opiniões em relação à necessidade desta implantação, visto que alguns participantes não consideram que o senso de urgência seja necessário ou ajude em um ambiente profissional saudável, enquanto outros acreditam que estabelecer este processo de senso de urgência consolida mudanças.

A persuasão, inserida na competência básica liderança, é uma importante habilidade pois, o ato de persuadir acaba por mover pessoas para um objetivo comum. São escassos os trabalhos que referem a persuasão como uma das formas de desenvolvimento da liderança. Os trabalhos encontrados inserem a persuasão em um contexto de liderança, seja ela motivacional, situacional, emocional, onde em todos eles, este fator acaba por ser definido e inter-relacionado com carisma, influência e comunicação interpessoal. Sendo assim, faz-se necessário o desenvolvimento de programas de desenvolvimento de pessoal em liderança que abordem a persuasão.

A perspicácia, que foi definida por Holanda, Marra e Cunha (2015) define a percepção clara e rápida da realidade na interação com clientes e equipes separando o que é verdade e minimizando conflitos. Esta compreensão e o raciocínio rápido adquirido pelos enfermeiros quando são perspicazes, fazem com que eles tomem decisões mais precisas com embasamento no pensamento crítico.

O pensamento crítico relacionado com perspicácia também foi descrito em um estudo internacional, referindo que os estudantes de enfermagem, no intuito de aplicar o pensamento crítico, precisam desenvolver a perspicácia, além de outros fatores como a curiosidade e a integridade. Este estudo mostrou, ainda, a necessidade de adoção de programas de educação em enfermagem que promovam o pensamento crítico e mobilizem as habilidades do raciocínio crítico (Papathanasiou et al, 2014).

O desperdício de tempo influencia de forma direta a qualidade da assistência prestada, além de onerar o serviço com horas que não sejam dedicadas ao desenvolvimento do seu trabalho. Ao relatarmos como uma prioridade alta a administração do tempo, percebemos que os enfermeiros necessitam de habilidades para que utilizem melhor o seu tempo com tarefas que culminem em uma assistência de qualidade, tomada de decisões e minimização de problemas, de forma mais rápida.

Para compreensão do processo de enfermagem, o estudo de Gonçalves, Spiri e Ortolan (2016) ouviu enfermeiros sobre sua visão como líder em suas unidades de atuação, realizando a sistematização da assistência, diariamente. Os relatos apontaram falta de tempo para operacionalização do processo de enfermagem. Demonstraram que um planejamento diário mitigaria este problema, podendo com este gerenciamento de tempo desenvolver outras atividades essenciais. O

planejamento adequado faz parte do processo gerencial do trabalho do enfermeiro, tutelando com eficiência, o desperdício do seu tempo com sobrecargas burocráticas e evitando assumir situações que o desgastem emocionalmente ou que sejam irrelevantes para a sua prática.

Os desafios encontrados pela equipe de enfermagem em pronto atendimento são muitos, como superlotação do serviço, pacientes graves, estresse da equipe, falta de recursos para execução de suas atividades. Diante disso, os enfermeiros pontuaram como uma necessidade de aprendizagem a aceitação de desafios, que dentro da competência básica direcionamento para resultados, resume-se em encontrar soluções que sejam facilitadoras para o desempenho de suas atividades, focando em resultados.

Confirmando essas afirmativas, Montezeli, Peres e Bernardino (2014) estudaram os desafios de desenvolver competências gerenciais para os enfermeiros que atuam em pronto socorro e, os pontos desfavoráveis apresentados pelos participantes foram a falta de incentivo à educação, a falta de conhecimento da dinâmica do setor por parte da alta gestão, o fluxo inadequado de pacientes e a inadequação de recursos humanos e físicos da unidade.

Estes pontos ratificam a necessidade de desenvolvimento desses profissionais para que tenham maior habilidade em lidar com os problemas estruturais do trabalho e aceitar os desafios encontrados na unidade, fazendo com que tenham um melhor resultado em suas atividades laborais. Fica evidente, que a análise dos níveis de competência precisa ser feita, considerando as variáveis organizacionais.

Entendemos que o enfermeiro de pronto socorro precisa ser perspicaz e persuasivo para que possa direcionar da melhor maneira a sua equipe, estando sempre atento às necessidades apresentadas tanto pelos pacientes, como pela equipe, assim como pelo setor. Agregam-se à estas habilidades, a necessidade de desenvolvimento de senso de urgência, para que resolvam os problemas de forma mais eficaz e para isso, o enfermeiro precisa conhecer procedimentos e rotinas, superar os obstáculos apresentados, desenvolver sua aceitação de desafios e ter uma melhor administração do tempo, ficando em tarefas que sejam realmente úteis para a execução de suas atividades. Isso gera uma grande teia de competências, colocando o enfermeiro desta unidade como líder do processo assistencial.

A CA eficácia está alocada nas CB Trabalho em equipe e em Direcionamento para resultados, as definições dadas por Holanda, Marra e Cunha (2015), em ambas

as CB, podem ser agregadas, pois entendemos que essas competências se complementam para a realização do trabalho do enfermeiro de pronto socorro. Este agrupamento de conceitos para desenvolvimento da competência associada eficácia poderia ser entendida da seguinte maneira: desenvolvimento de ações com a equipe de trabalho com cooperação e foco em resultados, para que tenha planos de ação efetivos e alinhados e para que alcance os objetivos comuns com recursos suficientes. Entendemos eficácia, portanto, com o sentido de alcançar resultados planejados com a equipe, cumprindo metas, atendendo às necessidades e conferindo qualidade ao trabalho realizado.

Corbin e Strauss (2015) referem que agrupar conceitos é uma forma de organização dos dados para que possamos reduzir a quantidade de variáveis analisadas, afirmando que situações que compartilham características em comum, podem ser agrupadas em um mesmo escopo conceitual. Visto isso, discutiremos eficácia à luz desse agrupamento de conceitos.

Um estudo com enfermeiro assistencial em centros de terapia intensiva abordando incidentes críticos durante sua liderança, utilizaram como uma das categorias de análise, o estabelecimento de metas para a qualidade do cuidado. Esta categoria apresentou inferências positivas que evidenciaram ações de enfermagem que cumprem os objetivos que são referentes aos cuidados dos pacientes críticos alcançando as metas estabelecidas. Outra evidência deste estudo, diz respeito à importância do envolvimento da equipe de trabalho para que os objetivos preconizados sejam cumpridos e as metas alcançadas, melhorando assim a assistência prestada (Lima et al, 2017).

O enfermeiro como articulador da equipe, configura-se como um agente estratégico na promoção do trabalho em equipe nas unidades de emergência. Sendo responsável pelo estabelecimento de conexões entre ações que são realizadas pelos profissionais da equipe mediando relações estabelecidas no meio de trabalho, desenvolvendo, desta maneira, as melhores práticas assistenciais. O enfermeiro sensibiliza, estimula e articula a equipe para efetivação de um trabalho íntegro (Santos et al, 2016).

Desta maneira, articulando as ações com a equipe, o enfermeiro planeja e busca as metas assistenciais estabelecidas atingindo os resultados esperados e que foram traçados por ele.

Seguindo a mesma linha de raciocínio de agrupamento de conceitos, outra competência descrita em mais de uma CB é a resolutividade, que pode ser entendida por encontrar soluções que sejam adequadas ao atendimento dos pacientes, de forma digna e embasada em saberes técnicos científicos, de modo a solucionar problemas no menor tempo possível.

A resolutividade é vista em muitos estudos, que referem a percepção do usuário do sistema de saúde em relação à solução do seu problema em menor tempo possível. Os serviços de emergência nem sempre, ou na maioria das vezes, estão preparados para uma demanda tão alta de pacientes, que buscam o serviço de atenção secundária e terciária com problemas que poderiam ser resolvidos na atenção primária, fazendo assim com que haja estagnação do serviço. Isso leva à percepção de alguns usuários que referem que o serviço de emergência não é resolutivo, necessitando procurar por, várias vezes, o serviço para atendimento do mesmo problema.

Estudo que analisou a organização do trabalho de uma equipe de enfermagem atuante em um serviço de emergência no sul do Brasil, constatou que há uma concepção de que as unidades de atendimento a urgências têm um caráter transitório, fazendo com que o paciente seja estabilizado e após esta estabilização, ele é levado para outra seção, como a unidade de terapia intensiva. Esta situação faz com que o cuidado seja fragmentado, perdendo-se a resolutividade obtida na sala de emergência, caso na unidade de destino não tenha o atendimento adequado. O estudo concluiu a necessidade de qualificação da atenção às urgências, para reorganização do processo de trabalho e reestruturação de fluxos para que haja melhora na resolutividade dos atendimentos e melhora da satisfação dos profissionais (Garlet et al, 2009).

Sendo assim, há necessidade de estruturação do serviço, mas além disso, desenvolvimento dos profissionais para que consigam atingir a expectativa do usuário quando procura o serviço de pronto socorro. Solucionar problemas de forma humanizada e individual, com conhecimentos específicos que garantam a qualidade prática da assistência, diminuirá possivelmente a sensação do usuário e da equipe de não solução dos problemas.

A iniciativa pode ser observada em diferentes modos de trabalho entre profissionais de um mesmo setor, sendo que alguns conseguem empreender novas

ações, enquanto outros se conformam com as situações, limitando-se à zona de conforto (Ferreira, Dall'Agnol, Porto, 2016).

Características de iniciativa de um trabalhador que seja proativo, que se antecipa às situações e que resolva problemas impactam positivamente na organização de trabalho (Kamia, Porto, 2011). Essas características refletem, também, no nível de satisfação do usuário, porque entendem que este profissional vai além dos cuidados prescritos, prestando um cuidado de forma integral (Ferreira, Dall'Agnol, Porto, 2016).

O espírito empreendedor, que neste estudo, demonstra uma prática criativa do enfermeiro, ousando e descobrindo ideias aplicáveis e evitando o surgimento de problemas. Há uma escassez de estudos quando falamos sobre empreendedorismo na enfermagem, sendo que este por muitas vezes é entendido como negócio ou como uma forma de minimizar problemas sociais.

Trataremos aqui o enfermeiro empreendedor embasado no estudo de Backes et al (2007) que reflete o empreendedor do cuidado, definido por elas como o profissional que faz a diferença por ser criativo, visionário, com conhecimento e habilidade técnica e sensível para que possa interpretar o mundo ao seu redor, sempre atento às infinitas possibilidades de cuidar ou mesmo coparticipar do cuidado com o cliente. Ainda nesta revisão, o empreendedorismo do cuidado acaba por resultar em ações que são desenvolvidas com qualidade e humanização, resultando da interação dos serviços, assim como da qualidade de vida do cliente e do prestador da assistência.

Sendo assim, a competência de espírito empreendedor poderá ser desenvolvida nesta esfera, desenvolvendo habilidades nos enfermeiros que incluam a ampliação de ideias com criatividade e inovação para que sejam participantes ativos dos cuidados dos pacientes.

Discernimento requer entendimento do que a equipe tem de potencial, assim como o que tem de limitações para que possa haver um plano de ação adequado e certo. Assim como outras competências, são escassos os estudos que falam sobre o discernimento em enfermagem, não podendo desta maneira ser explorado nesta discussão. Nos limitaremos a estratégias de aprendizagem que explorem limitações e potencialidades da equipe de pronto socorro e como os enfermeiros devem ter bom senso para tomada de decisões coerentes e prudentes.

O bom senso foi discutido no estudo de Amestoy et al (2009) sobre as características que acabam por interferir na construção do enfermeiro líder. O bom senso foi citado pelos participantes do estudo com referência à justiça das ações dos enfermeiros, para que tomem atitudes e decisões corretas.

A importância de todas as competências constantes no perfil de Holanda (2016) foi confirmada neste estudo.

Apesar de estarem em competências básicas diferentes, As CA se complementam podendo tornar-se uma continuidade no desenvolvimento das habilidades requeridas para estes enfermeiros.

Realizado o levantamento de necessidades de aprendizagem, é indispensável proceder à avaliação de necessidades de aprendizagem (ANA), discutindo, de modo coletivo e participativo, o contexto em que são exercidas as competências e as variáveis nelas intervenientes, no que refere aos níveis individuais e organizacionais. A partir da ANA, poderão ser construídas ações educativas e estratégias de desenvolvimento das competências.

Para tanto, sugerimos um plano de ação para PS estudado.

Os processos de ANA são a primeira etapa dos programas de educação dos profissionais. Em última análise, mensura a discrepância entre importância e domínio em diversos níveis (Ferreira, Abbad, 2014). Em nosso trabalho, domínio pode ser entendido como nível de competência.

Há necessidade de discussão em um espaço coletivo sobre o que foi pontuado individualmente através da autoavaliação dos enfermeiros, pois como já mencionado, pode haver distorção de percepção para a capacitação.

A percepção inicial de necessidades de treinamento pode ser, a princípio, equivocada, pois, apesar da autoavaliação mostrar domínio das competências, os profissionais, ao participarem de um treinamento, têm a oportunidade de ampliar sua e refletir sobre o tema, concluindo que não estão tão preparados como supunham Mourão et al (2013).

Ferreira (2014) refere que os diagnósticos de necessidades no trabalho subsidiam as soluções instrucionais ou não instrucionais para o desenvolvimento e aprendizado de competências e, por consequência, melhora o desempenho no trabalho e o alcance da missão institucional. Este mesmo autor refere que tornar mais abrangente as formas de instrução, não se restringindo a treinamento técnicos, pode ser mais eficiente, aumentando a abrangência das soluções instrucionais que

incluem aprendizagem em serviço, aprendizagem informal e gestão do conhecimento nas organizações.

Como estratégia para ANA e construção de um programa, sugerimos a técnica de grupo focal com a participação de enfermeiros, de modo a garantir a representativa qualitativa do grupo, serão elaborados critérios para convite aos enfermeiros.

A proposta será discutir, nos encontros do grupo, os resultados desta pesquisa à luz de referencial teórico.

Como referencial teórico, utilizaremos o MAIS, para que possamos abordar todos os sistemas deste modelo.

Figura 6 – Modelo de Avaliação Integrativa e Somativa (MAIS)

Fonte: Meneses, Zerbini, Abbad, 2010, p. 128.

As reuniões serão divididas por temas, para que possamos abordar todos os sistemas do modelo citado.

As reuniões serão programadas conforme disponibilidade dos integrantes do grupo e contarão com objetivos específicos em cada uma delas.

Inicialmente, realizaremos a demonstração dos resultados da pesquisa, abordando o nível de competência auto avaliado por eles para que façamos um levantamento do perfil dos comportamentos apresentados antes da capacitação que será realizada. Esta fase pertence a parte de *Insumos* do modelo MAIS.

Após, para abordagem do sistema *Ambiente necessidades*, demonstraremos os resultados da NAP, com explanação daquelas que têm alta prioridade para aprendizagem com seus prazos de desenvolvimento.

Esperamos que o grupo traga as dificuldades encontradas em relação às capacitações realizadas na Instituição, suas frustrações e expectativas para o desenvolvimento daquelas competências demonstradas. Abordamos desta forma, o *Ambiente suporte* para levantamento de estratégias e recursos, tanto humanos quanto materiais, que serão necessários para a realização das capacitações. Assim, passaremos a *Procedimentos* para que possamos encontrar maneiras de facilitar os resultados que esperamos das ações de instrucionais.

Para abordagem de *Ambiente disseminação*, mapearemos as ferramentas disponíveis na Instituição para informações e disseminação dessas informações. A ideia central é que os enfermeiros reflitam e proponham maneiras de disseminar informação de forma que o conteúdo seja aproveitado de maneira integral pelos participantes. Neste momento, conseguiremos também trabalhar a parte de *Processos* como fatores motivacionais e aplicabilidade do que está sendo realizado durante o treinamento e ainda, os efeitos comportamentais que esta capacitação pode causar nos enfermeiros.

Por fim, trabalharemos a parte de *Ambiente efeito em longo prazo*, que incidirão nos *Resultados* esperados após a ação educativa.

Percorridas as fases propostas no MAIS, construiremos um programa educativo para as competências com alta prioridade de aprendizagem de acordo com os prazos estabelecidos para seu desenvolvimento.

O grupo focal deverá promover a interação entre os participantes, buscando as melhores estratégias para o desenvolvimento das competências, proporcionado, assim, maior comprometimento e engajamento dos enfermeiros nas práticas de seus processos de trabalho.

8 Conclusões

8 CONCLUSÕES

O nível de competência predominante foi o nível 4 – muito competente, exceto na competência associada Humanização, em que a prevalência foi no nível 5 – extremamente competente e em Proatividade, cuja maior parte das respostas se concentrou no nível 3 – competente sendo a Inovação/Criatividade o menor nível dentre todas as competências.

A autoavaliação de desempenho retratam, de modo geral, enfermeiros muito competentes.

O grau de importância foi superior a 4,0, exceto em Relacionamento Interpessoal, em que a competência associada Perspicácia atingiu 3,7. Os maiores graus foram observados em Senso de Urgência - Desempenho Assistencial e Saber Ouvir - Humanização.

A alta importância atribuída pelos enfermeiros revela a clareza do perfil adotado neste estudo.

Os maiores índices de necessidade de aprendizagem foram: Inovação/Criatividade; Técnica de execução; Persuasão; Perspicácia; Aceitação de desafios; Administração do tempo; Discernimento; Resolutividade (Humanização) e Eficácia (Trabalho em equipe).

Os menores NAP foram Diálogo (Liderança); Cooperação; Saber ouvir (Humanização); Iniciativa; Senso de urgência (Proatividade); Coragem; Respeito; Saber ouvir (Relacionamento interpessoal); Comprometimento e Senso de urgência (Desempenho assistencial).

Dentre as 57 competências, 28,0% obtiveram índice de prioridade alta para aprendizagem; 56,1% prioridade moderada e 15,7% como prioridade baixa.

O levantamento de necessidades identificou as competências a serem submetidas a uma avaliação aprofundada, analisando a interface entre elas e o ambiente de trabalho, para potencial ação educativa.

Levantar as necessidades de aprendizagem de enfermeiros de pronto socorro foi o primeiro passo para que possamos chegar à avaliação das necessidades e consequentemente, desenvolvermos as ações educativas.

Como **limitação** do estudo, apontamos o baixo número de participantes, o que inviabilizou a aplicação de testes de confiabilidade e a verificação da dimensionalidade da escala, bem como, testes de associação e correlação entre variáveis.

Em **continuidade** ao estudo, será mais detalhadamente, planejada a avaliação de necessidades de aprendizagem e a construção das estratégias educativas para o desenvolvimento das competências.

Paralelamente, será ampliada a população do estudo envolvendo todos os enfermeiros da rede hospitalar a que pertence a Instituição para, assim, proceder aos tratamentos estatísticos para verificação das propriedades de validade do instrumento, tais como confiabilidade, análise de dimensionalidade da escala, consistência interna e validade externa. Ressaltando que instrumento partiu da Matriz de competências, já referida ao longo do trabalho. Outra possibilidade é incluir a avaliação pelos pares e superior hierárquico para fortalecimento do nível de competência real.

O desenvolvimento de competências torna-se fundamental para a atuação dos enfermeiros em pronto socorro, visto a complexidade do seu trabalho e à necessidade de expertise na área. Desenvolver as competências significa desenvolver as habilidades desses enfermeiros para atuação no setor, visto que já possuem conhecimento técnico e pelo interesse em participar do estudo, desejam mais conhecimento e desenvolvimento profissional, portanto demonstram atitude em modificar seu desempenho.

As necessidades de aprendizagem devem ser integradas aos processos educacionais e estratégicos da organização considerando a gestão de conhecimento por competências e com avaliação dos resultados das estratégias educacionais, inclusive, por intermédio da avaliação de desempenho.

Referências

REFERÊNCIAS

Abbad GS, Mourão L. Avaliação de necessidades de TD&E: proposição de um novo modelo. *Rev. Adm Mackenzie*. 2012; 13(6): 107-37.

Almeida AAM. As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão. *O mundo da saúde*. 2011; 35(3): 252-257.

Almeida FC, Machado Neto AJ, Giraldi JME. Estruturas e estratégias: evolução de paradigmas. *Revista de Gestão USP*. 2006; 13(2): 15-26.

Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(Esp): 131-7.

Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev. Eletr. de Enferm*. 2007; 9(3): 617-629.

Alves MA, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3): 323-31.

Amaro RA. Da qualificação à competência: deslocamento conceitual e individualização do trabalhador. *Rev. Adm Mackenzie*. 2008; 9(7): 89-111.

Amestoy, SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(5): 673-8.

Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(2): 79-85.

Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Ávila VC, Oliveira AFL, Silva CN. Compreensão dos enfermeiros sobre o exercício da liderança no ambiente hospitalar. *Cogitare Enfermage*. 2014; 19(3): 475-82.

Amestoy SC, Oliveira AFLO, Thofehrn MB, Trindade LL, Santos BP, Bao ACP. Contribuições freirianas para entender o exercício da liderança dialógica dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(1): e64764.

Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(4): 736-45.

Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O Mundo da Saúde. 2011; 35(4): 438-442.

Backes DS, Silva DM, Siqueira HH, Erdmann AL. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerencia da qualidade. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(2): 163-70.

Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos de experiência profissional. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(5): 1260-67.

Bastos AVB. Trabalho e qualificação, questões conceituais e desafios postos pelo cenário de reestruturação produtiva. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 23-41.

Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2): 341-47.

Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Brandão HP, Guimarães TA. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? Revista de Administração de Empresas. 2001; 41(1): 8-15.

Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 03, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília; 2001. [citado 2017 jan. 06]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2007 [citado em 2017 set. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009 [citado em 2017 set. 20]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009 [citado em 2018 mai 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília; 2011 [citado em 2018 mai 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012. Publica as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. [citado 2017 jan. 06]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas práticas para a organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência”. Brasília; 2014 [citado 2017 jan. 06]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2014/03_marco/PT_GM_N_354_10.03.2014.pdf.

Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2012; 65(1): 97-103.

Calegari RC, Massarollo MCKB, Santos MJ. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(2): 42-47.

Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(2): 552-60.

Campos FP, Rédua TS, Alvareli LVG. A influência da cultura organizacional para o desempenho das organizações. Janus. 2011; 14: 21-31.

Carvalho LMG. Introdução à teoria geral da administração. Caderno Pedagógico para o curso Técnico em Administração. Maringá, 2008.

Chappell S, Pescud M, Waterworth P, Shilton T, Roche D, Ledger M, Slevin T, Rosenberg M. Exploring the process of implementing healthy workplace initiatives. JOEM. 2016; 58(10): 341-8.

Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. O que é administração de empresas; p. 3-30.

Chiavenato I. Comportamento organizacional: A dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Manole; 2014.

Conselho Regional de Enfermagem. Projeto Competências. São Paulo; 2009 [citado em 2017 jan 10]. Disponível em: http://www.inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Projeto_Competencias.pdf.

Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory. 4 ed. California: Sagepub. 2015. Prelude to analysis; p. 57-81.

Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde e Debate. 2014; 38(103): 733-43.

Crossetti MGO, Bittencourt GKGD, Lima AAA, Góes MGO, Saurin G. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. Rev. Gaúcha Enferm. 2014; 35(3):55-60.

Damasceno FPC, Silva LG, Menezes MO, Silva DP. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. Ciências Biológicas e da Saúde. 2014; 2(2): 45-8.

Dutra JS. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2004.

Eduardo EA, Peres AM, Kalinowski CE, Cunha ICKO, Bernardino E. O negociador que se tem e o negociador que se quer na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2016; 26(3): e1030015

Emergency Nurses Association. Competencies for nurse practitioners in emergency care. 2008.

Feldman LB, Ruthes RM, Cunha ICKO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2): 239-42.

Ferreira GE, Dall'Agnol CM, Porto AR. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: percepção dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2016; 20(3): e20160057. [citado em 2018 may 6] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160057.pdf>. DOI: 10.5935/1414-8145.20160057

Ferreira RR. Avaliação de necessidades de aprendizagem no trabalho: proposição e exploração de um modelo [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2014.

Ferreira RR, Abbad GS. Avaliação das necessidades de treinamento no trabalho: ensaio de um método prospectivo. *Rev Psicol Organ Trab.* 2014; 14(1): 1-17.

Fleury ML. Estórias, mitos e heróis – cultura organizacional e relações de trabalho. *Rev. Adm. Empresas.* 1987; 27(4): 7-18.

Fleury MTL, Fleury ACC. Construindo o conceito de competências. *RAC.* 2001; edição especial: 183-196. [citado 2017 jan. 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.

Fleury MTL, Fleury ACC. Estratégias competitivas e competências essenciais: perspectivas para a industrialização da indústria no Brasil. *Gestão & Produção.* 2003; 10(2): 129-144.

Fleury MTL, Fleury ACC. Alinhando estratégias e competências. *Rev. Adm. Empresas.* 2004; 44(1): 44-57.

Freitas IA, Brandão HP. Trilhas de aprendizagem como estratégia de TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 97-113.

Furukawa PO, Cunha ICKO. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63(6): 1061-6.

Garcia EA, Fugulin FMT. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2010; 44(4): 1032-8.

Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):266-72.

Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16(2): 192-97.

Gindri L, Medeiros HMF, Zamberlan C, Costenaro RGS. A percepção dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2005; 10(1): 34-41.

Griscti O, Jacono J. Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 55(4): 449-56.

Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Gil NLM. Acolhimento com classificação de risco: Classificação da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(3): 01-08.

Godoy FSF. Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco [dissertação]. Londrina; 2010.

Gonçalves GCC. Avaliação de necessidades de aprendizagem no âmbito hospitalar: construção coletiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

Goncalves MRCB, Spiri WC, Ortolan EVP. Compreensão dos enfermeiros gerentes sobre o processo de enfermagem. *Cienc Ciud Saude*. 2016; 15(2): 336-42.

Guimarães TA, Bruno-Faria MF, Brandão HP. Aspectos metodológicos do diagnóstico de competências em organizações. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 217-30.

Holanda FL. Competência profissional do enfermeiro de urgência e emergência: desenvolvimento do processo de avaliação [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2016.

Holanda FL, Marra CC, Cunha ICKO. Construção da matriz de competência profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(4): 373-9.

Holanda FL, Marra CC, Cunha ICKO. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(4): 308-14.

Holleran RS. Emergency nurse defined. In: Solheim J. *Emergency nursing: the profession, the pathway, the practice*. Indianapolis: Sigma Theta Thau International; 2016. p. 1-19.

Inoue KC, Belucci Junior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência. *Acta paul. enferm.* 2015; 28(5): 420-5.

Isfahani SS, Housseini MA, Khoshknab MF, Peyrov H, Khanke HR. Nurse's creativity: advantage ou disadvantage. *Iran Red Crescent Med J.* 2015; 17(2): e20895.

Junges JR, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. *Saúde Soc.* 2012; 21(3): 686-697.

Kamia M, Porto JB. Comportamento proativo nas organizações: o efeito dos valores pessoais. *Psicologia: ciência e profissão.* 2011; 31(3): 456-67.

Kotter JP. *Leading change*. Massachusetts: Harvard Business Review Press; 2012. The eight-stage process; p. 37- 153.

Kurcgant P. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. As teorias de administração e os serviços de enfermagem; p.165.

Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(2): 234-41.

Lima EC, Bernardes A, Baldo PL, Maziero VG, Camelo SHH, Balsanelli AP. Incidentes críticos relacionados à liderança do enfermeiro em centros de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(5): 1118-25.

Lorenzetti J, Oro J, Matos E, Gelbecke FL. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto e Contexto Enferm.* 2014; 23(4):1104-12.

Martins CM, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3): 472-78.

Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 128.

Matos E. Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Matos E, Pires DEP. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3): 508-14.

Mauricio LFS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Belasco AGS, Batista REA. Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25: 1-7.

McClelland D. Testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist.* 1973; 28(1): 1-14.

Mello AL, Brito LJS, Terra MG, Camelo SH. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. *Esc Anna Nery.* 2018; 22(1): e20170192.

Meneses PPM, Zerbini T. Levantamento de necessidades de treinamento: reflexões atuais. *Análise.* 2009; 20(2): 50-64.

Meneses P, Zerbini T, Abbad G. Manual de treinamento organizacional. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Mintzberg H. Criando organizações eficazes – estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 2009.

Mira VL. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Montezeli JH. O trabalho do enfermeiro no pronto socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais [dissertação]. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2009.

Montezeli JH, Peres AM, Bernardino E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64(2): 348-54.

Montezeli JH, Peres AM, Bernardino E. Desafios para a mobilização de competências gerenciais por enfermeiros em pronto socorro. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(1): 137-144.

Monteiro PV, Almeida ANS, Pereira MLD, Freitas MC, Guedes MVC, Silva LF. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2016; 20(e957); [citado em 2018 may 5]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1091>. DOI: <http://dx.doi.org.10.5935/1415-2762.20160026>.

Moura GM. O conceito marxiano de trabalho [monografia]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia; 2012.

Mourão L, Gondim SMG, Macêdo MEC, Luna AF. Avaliação de necessidades de treinamento como preditora do impacto do treinamento no trabalho. *Revista Psicologia: organizações e trabalho*. 2013; 13(2): 203-16.

Munhos S, Ramos LH, Cunha ICKO. Eficiência e eficácia do desempenho de enfermagem em procedimentos técnicos. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1): 66-70.

Muzzio H. Estratégias, institucionalismo e cultura: construção teórica de uma vantagem competitiva cultural local. *Contabilidade, gestão e governança*; 2010: 13(3): 71-85.

Organización Mundial de la Salud. Continuando la educación de los trabajadores de salud: principios e guias para el desarrollo de un sistema. Ginebra; 1982.

Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la organización mundial de la salud. Educación continua: guia para la organización de programas de educación continua para el personal de salud. Washington; 1978.

Otrenti E. Avaliação de processos educativos formais para profissionais da área da saúde: revisão integrativa de literatura [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Pantoja MJ, Borges-Andrade JE. Estratégias de aprendizagem no trabalho em diferentes ocupações profissionais. *RAC-Eletrônica Curitiba*. 2009; 3(1): 41-62.

Papathanasiou IV, Kleisiaris CF, Fradelos EC, Kakou K, Kourkouta L. Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. *Acta Inform Med*. 2014; 22(4): 283-6.

Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3): 478-84.

Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3): 492-9.

Peres EC, Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(3): 334-40.

Perrenoud P. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 119.

Picchiai D, Nery ARL. Estudo de caso de dois hospitais: estratégias, estruturas, competências organizacionais e o desempenho financeiro. *J. Bras. Econ. Saúde*. 2015; 7(1): 17.27.

Pinhatti EDG, Vannuchi MTO, Sardinha DSS, Haddad MCL. Rodízio de profissionais de enfermagem entre setores de um hospital: ferramenta gerencial na resolução de conflitos. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(2): e1180015.

Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos de técnicas da pesquisa e do trabalho científico. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.

Prahalad CK, Hamel G. The core competence of the Corporation. *Harvard Business Review*. 1990; May-Jun: 1-15. [citado em 2017 Jan. 21]. Disponível em: <https://hbr.org/1990/05/the-core-competence-of-the-corporation>.

Ramos MN. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educ. Soc*. 2002; 23(80): 401-22.

Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(2): 345-51.

Ruas R. organizador. Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Ribeiro JCS, Dacal MPDO. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto de Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. SBPH*. 2012; 15(2): 65-84.

Rosseti AC, Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. Rev. Lat-Am. Enfermagem. 2013; 42(Spec): [8 telas].

Ruthes RM, Cunha ICKO. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competências. Rev. Gaúcha Enferm. 2007; 28(4): 570-5.

Ruthes RM, Feldman LB, Cunha ICKO. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2010; 63(2): 317-21.

Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. Rev. Bras Enferm. 2009; 62(6): 901-5.

Sade PMC, Peres AM. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(6): 991-98.

Salum NC, Prado ML. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(2):301-08.

Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(1): e50178 [citado em 2018 may 6]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100402&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>.

Saupe R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo LRA. Conceito de competências: validação por profissionais de saúde. Saúde Rev. 2006; 8(18): 31-7.

Schemes ES. Identificação das competências organizacionais de uma empresa de eletro-eletrônico: caso Springer Carrier [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Schwab PI, Capelezzo J, Giacomini C, Maciel ACS, Borges CLP. A estrutura organizacional como estratégia empresarial. In: Anais do XXII Congresso Internacional de Administração; 2015 set. 21-25; Ponta Grossa.

Siemens AP, Montezeli JH, Venturi KK. Mix de habilidades dos profissionais de enfermagem de um pronto socorro. Rev. Enferm. UFPE. 2015; 9 Supl1: S327-335.

Silva AM. Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento das necessidades da equipe de enfermagem. *Arq Bras Ciên Saúde*. 2009; 34(1): 15-21.

Silca RC, Ferreira MA. Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(5): 617-23.

Soares JMS. Perfil de competências de enfermeiros de uma instituição hospitalar da rede privada [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Acolhimento com Classificação de Risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev. Min Enf*. 2008; 12(4): 581-6.

Svaldi JSD, Siqueira HCH. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(3): 599-604.

Takahashi ARW, Fischer AL. Aprendizagem e competências organizacionais em instituições de educação tecnológica: estudo de casos. *Rev. Adm*. 2009; 44(4): 327-341.

Vesce GEP. As mudanças no mundo do trabalho e o discurso sobre tecnologia no contexto universitário. In: *Anais do VIII Congresso Nacional de Educação - EDUCERE*; 2008 out. 06-09; Curitiba.

Vilela JMS, Janeiro SID. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(1): 120-7.

White KR, Pillay R, Huang X. Nurse leaders and the innovation competence gap. *Nurs Outlook*. 2016; 64: 255-61.

Zambiasi BRB, Costa AM. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. *RAS*. 2013; 61(15): 169-176.

Zarifian P. O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Senac; 2010.

Apêndice

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este instrumento de coleta de dados, faz parte da pesquisa de Mestrado intitulada “Avaliação das necessidades de aprendizagem e construção de programa educativo por competências”, cujos objetivos são:

- Avaliar as necessidades de aprendizagem dos enfermeiros de Pronto Socorro (PS), de acordo com o nível de competência e;
- Construir um programa de educação por competências para enfermeiros atuantes em Pronto Socorro.

Par tanto, este instrumento permitirá o conhecimento do nível de competências do enfermeiro de PS no desempenho das ações de cuidado descritas em cada uma das questões identificadoras, assim como, o conhecimento do grau de importância atribuído por estes enfermeiros para cada uma dessas ações.

Apresentamos abaixo, os principais conceitos¹ que fundamentam o instrumento, para que assim haja maior esclarecimento de sua composição:

- **Competência Básica:** capacidade de o enfermeiro realizar o trabalho apoiado em um conjunto de conhecimentos gerais e específicos, associados a habilidades e atitudes que agreguem valor profissional e social às suas ações;
- **Competência Associada:** suporte necessário para o desenvolvimento de cada uma das Competências Básicas para que haja o desempenho qualificado do enfermeiro;
- **Questão identificadora:** afirmativa proposta a partir da junção da Competência Básica e de cada Competência Associada, como um comportamento manifesto do enfermeiro ao cumprir essa competência básica.
- **Nível de competência:** qualidade da entrega do cuidado [desempenho], sendo a associação das variáveis frequência, autonomia, complexidade e resultado da ação.

¹ Holanda, 2016, p. 252.

O **Grau de importância** refere-se à relevância de cada uma das questões identificadoras, considerando sua frequência e impacto no processo e resultado de seu trabalho.

Solicitamos sua colaboração, respondendo individualmente a este questionário, conforme instruções abaixo.

Agradecemos sua contribuição e esperamos retribuir, na prática, elaborando um programa educativo e significativo às necessidades dos enfermeiros de Pronto Socorro.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

O instrumento é composto de duas partes:

- **Parte 1** – Caracterização dos enfermeiros de Pronto Socorro. Deverá ser preenchida com seus dados, sem identificação pessoal ou nominal.
- **Parte 2** – Autoavaliação do nível de competência e grau de importância atribuído para cada ação descrita nas questões identificadoras, atribuindo os graus correspondentes nas duas últimas colunas, conforme segue.

Na coluna “**Nível de Competência**”, você fará sua autoavaliação de desempenho profissional ou aqui denominada como *qualidade da entrega dos cuidados*. Para isso, assinale o número correspondente a seu desempenho, considerando os valores descritos no quadro a seguir.

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	QUALIDADE DA ENTREGA DO CUIDADO*
5 – Extremamente competente	Sempre faz a ação em sua prática diária com todo o conhecimento necessário e uso de técnicas apropriadas, de forma independente e sem nenhuma necessidade de supervisão ao fazer as atividades gerenciais e assistenciais em todos os níveis de complexidade, alcançando os objetivos preconizados para executá-la.
4 – Muito competente	Quase sempre faz a ação descrita em sua prática diária com o conhecimento desejado e uso de técnicas apropriadas, de forma independente, porém com eventual necessidade de supervisão somente nas ações gerenciais mais complexos, de forma a alcançar os objetivos preconizados para executá-la.

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	QUALIDADE DA ENTREGA DO CUIDADO*
3 – Competente	Frequentemente, faz a ação descrita em sua prática diária com conhecimento suficiente e uso de técnicas apropriadas, de forma independente e com necessidade de supervisão exclusivamente nas ações gerenciais mais complexas, alcançando os objetivos preconizados para executá-la.
2 – Pouco competente	Algumas vezes, faz a ação descrita em sua prática com certo déficit de conhecimento e, frequentemente, sem uso de técnicas apropriadas, de forma nem sempre independente e, portanto, com necessidade de supervisão das ações assistenciais e gerenciais de média complexidade, a fim de alcançar os objetivos preconizados para executá-la.
1 – Nada competente	Raras vezes, faz a ação descrita em sua prática diária, tendo déficit de conhecimento e não utilizando técnicas apropriadas, com necessidade de supervisão constante nas ações de baixa complexidade, para que possa alcançar os objetivos preconizados nos planos.

Holanda (2016, p. 293).

Na coluna “**Grau de Importância**”, proceda da mesma forma, considerando o quão frequente e impactante a competência, como explicado na quadro abaixo.

FREQUÊNCIA	IMPACTO	GRAU DE IMPORTÂNCIA
Absoluta frequência	Absoluto impacto	5 – EXTREMAMENTE IMPORTANTE
Muita frequência	Muito impacto	4 – MUITO IMPORTANTE
Regular frequência	Regular impacto	3 – IMPORTANTE
Pouca frequência	Pouco impacto	2 – POUCO IMPORTANTE
Nenhuma frequência	Nenhum impacto	1 – NADA IMPORTANTE

Leia atentamente cada item e não deixe nenhum sem resposta.

Obrigada!

Telma Francois de Almeida Marson

E-mail: telmafrancois@gmail.com

Telefone de contato: (11) 98298-5363

Parte 1 – Caracterização da população do estudo

Idade ____ anos

Sexo () Feminino () Masculino

Formação

() pós graduação lato senso – especialização, residência: área _____

() mestrado

() doutorado

Cursos especiais de urgência/emergência () ACLS () ATCN () PALS () PHTLS

Tempo de formação _____ anos

Tempo de atuação em pronto socorro _____ anos

Tempo de atuação na empresa _____ anos

Tempo no cargo de enfermeiro _____ anos

Turno de trabalho () matutino () vespertino () noturno () integral

Parte 2 – Autoavaliação do desempenho e Importância das competências profissionais para o enfermeiro de Pronto Socorro

Competência Básica			
DESEMPENHO ASSISTENCIAL:			
Capacidade de o enfermeiro prestar assistência individualizada atendendo as necessidades e expectativas dos clientes de forma a assegurar um cuidado calcado em saberes científicos próprios e em procedimentos técnicos essenciais para um resultado de qualidade.			
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
ATENÇÃO	Atento aos estímulos vindo de pessoas/equipamentos/ambiente presentes nos cuidados dos clientes, propondo adequações aos desvios constatados.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
CONTROLE DE RISCO	Identifica agentes causadores de danos nas ações de atendimentos dos clientes, bem como analisa probabilidades da sua existência e determina como reduzi-los.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
RESOLUTIVIDADE	Escolhe soluções apropriadas para resolver problemas/situações detectados nos cuidados dos clientes, visando coloca-las em pratica no menor tempo possível.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
RESPONSABILIDADE	Responde por suas ações e da equipe no atendimento das necessidades dos clientes, tendo consciência do seu papel social nas ações laborais	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
SENDO DE PRONTIDÃO	Age com desenvoltura e rapidez diante de atividades necessárias para o cuidado dos clientes, com acerto e segurança na sua execução.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
SENDO DE URGÊNCIA	Realiza ações no momento exato frente aos agravos à saúde dos clientes, classifica o grau de sofrimento, define tratamento e minimiza os riscos no cuidar.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
TÉCNICA DE EXECUÇÃO	Realiza procedimento de enfermagem do básico ao avançado no atendimento dos clientes que necessitam de cuidados clínicos, cirúrgicos e traumatológicos, com técnica segura e recursos qualificados.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()

Competência Básica**TRABALHO EM EQUIPE:**

Capacidade de desenvolver ações articuladas no grupo de trabalho na execução de atividades laborais para alcance de objetivos comuns com evidente espírito cooperativo.

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
COOPERAÇÃO	Presta ajuda espontaneamente a uma ou mais pessoas no cotidiano, para alcance de objetivos comuns na realização das atividades com a equipe.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
COMUNICAÇÃO	Orienta, treina, esclarece, compartilha informações entre membros da equipe com o melhor meio de transmiti-las, garantindo que sejam recebidas sem distorção.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
DISCERNIMENTO	Reconhece e diferencia potencialidades e limites das pessoas na execução do trabalho pela equipe, em prol de fazer ações direcionadas ao mesmo objetivo.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
EFICÁCIA	Atinge o resultado esperado com a equipe frente ao que foi planejado no atendimento das necessidades geradas pelo trabalho diário.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
EFICIÊNCIA	Obtém o melhor rendimento possível nas ações do trabalho da equipe com os recursos disponíveis para realiza-lo, atingindo os objetivos constantes em planos.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Tem atitudes e comportamentos empáticos com o controle das emoções nas adversidades e mudanças diante das relações com a equipe, mantendo energia e esforços direcionados ao mesmo objetivo.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
RESPEITO	Permite aos membros da equipe o direito de expressar suas opiniões e vontades na execução do trabalho em respeito às diferenças individuais, obtendo ações articuladas no alcance dos objetivos.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()

Competência Básica LIDERANÇA: Capacidade de influenciar pessoas nas atitudes e nos comportamentos para a execução das tarefas laborais em determinado plano de ação, com o uso de melhor estratégia proposta para atingir os objetivos do negócio.			
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
AUTONOMIA	Usa a liberdade de ação em respeito às leis vigentes e sem prejuízo de outrem ao fazer escolhas racionais nas estratégias de realização do trabalho, visando alcance dos resultados constantes nos planos.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
CONFIABILIDADE	Tem comportamentos transparentes, honestos e responsáveis nas relações com a equipe, oferecendo credibilidade nas decisões e coordenação das atividades laborais.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
COMUNICAÇÃO	Transmite mensagens com o uso dos meios disponíveis para sua recepção fidedigna, agindo dentro dos limites da ética exigida pelo mundo informatizado.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
CONTROLE EMOCIONAL	Lidera a equipe com firme propósito e exemplo de atitudes e comportamentos com o controle das emoções frente às adversidades e mudanças cotidianas, garantindo ambiente saudável no trabalho.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
FLEXIBILIDADE	Adapta-se rapidamente às situações inesperadas com soluções dos problemas presentes no dia a dia, sem ultrapassar seus limites físicos, mentais e emocionais.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
PERSUASSÃO	Usa argumentos coerentes ou condutas baseadas no conjunto razão e emoção para obter a concordância da equipe às ideias / atitudes / ações, buscando validar as estratégias necessárias à realização do trabalho.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com a equipe de trabalho.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
POTENCIAL NEGOCIADOR	Obtém acordos pelo dialogo entre as partes para que haja equilíbrio no atendimento dos interesses legítimos dos envolvidos, criando credibilidade de quem dele participa com melhora do relacionamento pessoal e profissional.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()

Competência Básica HUMANIZAÇÃO: Capacidade de dar atenção digna às pessoas de acordo com sua cultura, valores e crenças, em ambiente com condições mínimas de atendimento e de trabalho.			
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
ACOLHIMENTO	Supera obstáculos existentes no trabalho ao dar atenção digna aos clientes e equipe, demonstrando que pode buscar soluções adequadas para situações que os aflijam no ambiente ao seu redor.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
COMUNICAÇÃO	Mantém postura comunicativa sustentada pela clareza da mensagem e por estar aberta a percepção das vulnerabilidades do cliente e da equipe, individualizando o contato.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
DIÁLOGO	Troca ideias e compartilha significados com os clientes e equipe de trabalho em ambiente favorável a essa relação, contribuindo para um contato harmônico entre ambos.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
RESOLUTIVIDADE	Encontra soluções adequadas para problemas dos clientes e da equipe de trabalho, fazendo com que a ação resolutiva diminua o tempo para obtê-las.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
RESPEITO	Aceita a cultura, os valores e as crenças dos clientes e da equipe de trabalho com atitudes e comportamentos que manifestam essa aceitação, garantindo a expressão da vontade de cada um.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
SABER OUVIR	Sabe escutar os clientes e a equipe de trabalho sem pré-julgamento das suas ideias e posições, estando atento ao que se fala para compreendê-los e evitando interrupções com frases que acredita completar o que esta sendo dito.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()

Competência Básica**RELACIONAMENTO INTERPESSOAL:**

Capacidade de interagir com pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação. Envolve contato cordial, empático e profissional.

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
CONFIABILIDADE	Demonstra credibilidade pela transparência dos seus comportamentos, propiciando interação com os seus clientes e equipe de trabalho em que prevaleça a cordialidade.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
DIÁLOGO	Reconhece o papel da troca de ideias para que haja comunicação efetiva no relacionamento com clientes e equipe de trabalho.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Reage às adversidades na interação com clientes e equipe de trabalho, administrando emoções para o alcance de relacionamento empático e profissional.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
PERSPICÁCIA	Percebe clara e rapidamente a realidade que o cerca ao interagir com clientes e equipes de trabalho, separando a verdade do erro como condição minimizadora de conflitos.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
RESPEITO	Interage cordialmente com os clientes e equipe de trabalho, estando aberto às suas necessidades e expectativas de acordo com sua individualidade e consolidando os laços que unem a relação cotidiana.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
SABER OUVIR	Tem consciência que aprender a ouvir e entender os clientes e equipe de trabalho representa fator essencial para um contato saudável, agregando valor ao relacionamento.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()

Competência Básica**TOMADA DE DECISÃO:**

Capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório.

COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
AUTONOMIA	Efetua escolhas racionais frente às alternativas existentes para as atividades laborais diárias da equipe, usando sua liberdade de ação dentro dos dispositivos legais e profissionais vigentes.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
CORAGEM	É coerente com seus princípios para enfrentar dificuldades na decisão de seus atos e da equipe, assumindo as consequências de suas ações, pedindo ajuda em situações complexas e corrigindo desvios consequentes às decisões.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA

DISCERNIMENTO	Decide planos de ação próprios ao fazer cotidiano pela percepção sensata e clara das potencialidades e limites da equipe, tendo certeza como sua diretriz.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
FLEXIBILIDADE	Evita comportamentos conflitantes com a equipe ao tomar decisões ajustando-se rapidamente aos imprevistos no trabalho e prezando seus limites físicos e emocionais.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
OBJETIVIDADE	Expõe ideias ou posições impessoais baseadas na realidade e sustentada por conhecimentos, práticas e resultados de pesquisa, aumentando a aceitação da equipe sobre as suas decisões.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
RESOLUTIVIDADE	Usa a ação resolutiva como estratégia na escolha das opções mais legítimas para tomar decisões, para que a equipe finalize o trabalho com a satisfação dos clientes.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
SENSE DE URGÊNCIA	Parte da melhor alternativa possível na escolha de um curso de ação para os planos, corrigindo prontamente desvios e levando a equipe a fazer atividades no tempo certo.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()

Competência Básica			
DIRECIONAMENTO PARA RESULTADOS:			
Capacidade de realizar o trabalho focado nos seus resultados e apoiado em planos de ação em que os objetivos, tarefas e responsabilidades estejam previamente definidos e alinhados à disponibilização de recursos suficientes.			
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
ACEITAÇÃO DE DESAFIOS	Supera obstáculos existentes no trabalho com clareza de objetivos e equilíbrio das emoções, dando a equipe soluções facilitadoras para o alcance de resultados previstos nos planos.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO	Define prioridade nas ações da equipe com controle de uso do tempo mínimo necessário na execução dos planos, evitando desperdícios e facilitando atingir resultados com qualidade.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
EFICÁCIA	Alcança resultados planejados com cumprimento de metas pela equipe, dinamizando ações e conferindo qualidade e valor ao trabalho.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
EFICIÊNCIA	Tem maior produtividade nas ações laborais da equipe em determinado espaço de tempo, definindo objetivos e tarefas direcionadas para os resultados.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
COMPROMETIMENTO	Assume e cumpre obrigações e responsabilidades na realização dos planos de trabalho, para que a equipe obtenha resultados de excelência nas suas ações.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
FLEXIBILIDADE	Responde com rapidez aos problemas e adversidades surgidas no trabalho, ajustando-se e efetuando mudanças, sem transgredir limites físicos e emocionais.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
RESOLUTIVIDADE	Oferecer soluções para os problemas para que sejam resolvidos em menor tempo, obtendo maior satisfação da equipe nas ações focadas em resultados.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()
POTENCIAL NEGOCIADOR	Consegue acordos no trabalho com o uso de diálogo, conferindo equilíbrio de ideias, pensamentos e ações em atendimento de interesses legítimos da equipe e da instituição.	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()	5 () 4 () 3 () 2 () 1 ()

Competência Básica
PROATIVIDADE:
Capacidade de manter seu foco nas situações/condições ligadas às atividades diárias de trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, direcionando seus esforços para antecipar ações antes que surjam problemas. Engloba

consciência e responsabilidade nas decisões e considera as possíveis consequências das suas escolhas. Visa atingir o melhor resultado possível pelo agir com prontidão em um tempo certo para obtê-las.			
COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS	QUESTÃO IDENTIFICADORA DA COMPETÊNCIA	NÍVEL DE COMPETÊNCIA	GRAU DE IMPORTÂNCIA
ACEITAÇÃO DE DESAFIOS	Tem a mente aberta ao absorver ideias e efetuar mudanças na superação de obstáculos surgidos no trabalho, assumindo responsabilidades e controlando riscos nas ações que se antecipam ao surgimento de problemas.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
ESPÍRITO EMPREENDEDOR	Utiliza oportunidades de ousar transformar e descobrir ideias aplicáveis àquilo que existe e ao mesmo tempo evita que surjam problemas nessa realidade.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
FLEXIBILIDADE	Age com desenvoltura em situações inesperadas do trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, mantendo foco no que deve ser resolvido e tendo adaptação rápida a elas.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
INICIATIVA	Toma decisões conscientes e responsáveis ao conceber e espontaneamente por em prática uma ou mais ideias úteis, destinadas a evitar aparecimento de problemas no trabalho.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
INOVAÇÃO / CRIATIVIDADE	Cria novas ideias, bem como implementa processos e atividades com valor intrínseco em seu bojo, direcionando esforços para antecipar ações antes que surjam problemas.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
PERSPICÁCIA	Separa a verdade do erro ao perceber a realidade com clareza, compreendendo o que está ao redor e agindo com antecipação e acerto ao reduzir problemas.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
RESPONSABILIDADE	É responsável por suas ações e corresponsável pelo fazer da equipe, tendo consciência das decisões que toma para evitar problemas e considerando as consequências de seu agir com prontidão.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()
SENSE DE URGÊNCIA	Assume riscos calculados ao direcionar ações que se antecipem ao aparecimento de problemas no trabalho, para que se realizem no tempo certo e na hora exata com pronta correção dos desvios constatados.	5() 4() 3() 2() 1()	5() 4() 3() 2() 1()

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: “Desenvolvimento de Competências para Enfermeiros de Pronto Socorro Adulto”

Eu, Telma Francois de Almeida Marson, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lucia Mira, convido você a participar da pesquisa acima intitulada, a ser realizada no Programa de Mestrado da Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), tendo como finalidade a construção de um programa de desenvolvimento e aperfeiçoamento de profissionais enfermeiros atuantes em Pronto Socorro Adulto (PSA) de acordo com o perfil levantado nesta pesquisa.

Sua participação consiste em responder ao questionário referente ao Perfil de Competências para enfermeiros de pronto socorro, instrumento adaptado de Holanda (2016) atribuindo importâncias de “1 a 5” nas questões identificadoras relacionadas, avaliando Nível de Competência sendo “1” nenhuma competência e “5” extremamente competente; assim como o grau de Importância para cada questão identificadora, sendo “1” nenhuma importância e “5” extremamente importante. Posteriormente, com os resultados e correlações que teremos após análise estatística, desenvolveremos um programa de desenvolvimento de competências para enfermeiros de PSA para que sejam instituídos nos hospitais da Rede Ímpar, localizados nos Estados de São Paulo.

Não há custo ou remuneração para a participação neste estudo. Mesmo aceitando, o participante pode a qualquer momento desistir desta pesquisa, sem sanção, prejuízo ou consequência. A sua participação é voluntária, sigilosa e sem identificação pessoal, garantindo assim o anonimato e privacidade do profissional avaliado. Sendo assim, não haverá riscos diretos ou indiretos e os benefícios, relacionam-se a potenciais melhorias nos programas de treinamento e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem desta rede de hospitais.

Esta pesquisa e este termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Paula. Contato CEP – HSP: Avenida Santo Amaro; 2382 – Vila Olímpia – CEP: 04556-100, telefone (11) 30408265.

Os dados referentes aos questionários serão sigilosos, analisados estatisticamente e utilizados para publicação de caráter científico.

A pesquisadora estará disponível para esclarecer dúvidas referentes à pesquisa no telefone (11) 98298-5363 e através do e-mail telma.marson@usp.br ou telmafrancois@gmail.com.

Caso concorde com a participação, você deve assinar este termo de consentimento, elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra via arquivada com a pesquisadora.

Declaro estar suficientemente esclarecido a respeito de minha participação na pesquisa e, por intermédio deste Termo, eu _____, dou livremente meu consentimento para participar deste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Assinatura – Participante da Pesquisa

Assinatura – Pesquisador