

**ERRATA**

1. PAG.84 TAB.XXIV A PORCENTAGEM E DE 4% E NAO DE 43%
  2. PAG.88 TAB.XXVIII PARTE DA TABELA ESTA REPETIDA.
-



consulta e registro

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

35

MARIA D' INNOCENZO

O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: um estudo dos hospitais gerais de  
grande porte no Município de São Paulo, 1º semestre de 1993.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV. Área Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, como requisito para obtenção de título de Mestre em Administração.



Fundação Getúlio Vargas  
Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo  
- Biblioteca



600/94



1199400600

Orientadora: Prof. Dra Ana Maria Malik

São Paulo

1994



**O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: um estudo dos hospitais gerais de  
grande porte no Município de São Paulo, 1º semestre de 1993.**

**Banca Examinadora:**

**Prof. Orientadora:**

**Prof.:**

**Prof.:**



À

**Marisa, minha filha, força**

**propulsora de toda minha vida.**



ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

MARIA D' INNOCENZO

O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: um estudo dos hospitais gerais de  
grande porte no Município de São Paulo, 1º semestre de 1993.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação da EAESP/FGV. Área  
Concentração: Administração Hospitalar e  
de Sistemas de Saúde, como requisito para  
obtenção de título de Mestre em  
Administração.

Orientadora: Prof. Dra Ana Maria Malik

São Paulo

1994



D' INNOCENZO, Maria. O Desenvolvimento Profissional da Equipe de Enfermagem em Organizações Hospitalares: um estudo dos hospitais gerais de grande porte do Município de São Paulo, 1º semestre de 1993. São Paulo, EAESP/FGV, 1994, 108 p. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde.

**Resumo:** Apresenta um estudo dos hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo no âmbito dos recursos humanos da equipe de enfermagem, quanto às maneiras de treinamento e desenvolvimento empregadas neste tipo de organização. Comenta aspectos teóricos a respeito de treinamento e desenvolvimento comparando-os com a realidade encontrada.

**Palavras-chave:** administração de pessoal / gerência de recursos humanos / equipe de enfermagem / hospitais.



## **AGRADECIMETOS**



## **AGRADECIMENTOS**

**Este trabalho é parte complementar do currículo necessário à obtenção do grau de Mestre do Curso de Pós-Graduação em Administração da Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo, área de concentração em Administração Hospitalar e da Saúde.**

**O Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - PROAHSA - que atua na área na EAESP/FGV, tem demonstrado através dos anos grande atuação e desenvolvimento na área da Saúde cumprindo seu principal papel que é o desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde. Portanto, presto minha homenagem aos idealizadores, diretores e corpo docente pelo apoio recebido em todas as oportunidades**



À Professora Ana Maria Malik, por ter aceito orientar-me dando sempre apoio e atenção às minhas solicitações.

Ao Professor Carlos José Malferrari que sempre me ouviu com muita atenção e paciência.

À Professora Pólia Lerner Hamburger incentivadora e orientadora do projeto, pela segurança e apoio.

Ao Professor Wilton Bussab por encontrar tempo para ouvir-me, esclarecendo minhas dúvidas e orientando-me na tabulação dos dados e sua consolidação.

À equipe do LEPI pela tolerância e apoio na confecção deste trabalho.

Ao Alfonso, meu irmão, contínuo incentivador dos meus estudos.

Ao Renato, meu sobrinho, pelo auxílio na elaboração dos gráficos.

À CAPES pela concessão de uma bolsa de estudo que me permitiu realizar o Mestrado.

Aos hospitais que colaboraram respondendo a pesquisa, tornando possível este trabalho.



## ÍNDICE

	Página
I - INTRODUÇÃO	01
II - OBJETIVOS	03
III - ENFERMAGEM: um pouco de História	
1 - Dos primórdios até a profissão	04
2 - A história da enfermagem no Brasil	10
3 - Situação atual da enfermagem no Brasil	15
Referências bibliográficas	23
IV - ORGANIZAÇÃO	
1 - Um resumo sobre as primeiras teorias	28
2 - Os hospitais enquanto organizações	34
Referências bibliográficas	39
V - EDUCAÇÃO/TREINAMENTO/DESENVOLVIMENTO	
1 - Algumas definições	41
2 - Aplicações destas definições na área de enfermagem	46
3 - gestão de recursos humanos; desenvolvimento de recursos humanos e a área hospitalar	48
Referências bibliográficas	50



	Página
<b>VI - MATERIAL E MÉTODO</b>	
1 - Propostas	53
2 - Delimitação do campo	53
3 - Desenho da pesquisa	56
4 - Dificuldades encontradas e adaptações realizadas	61
<b>VII - RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	
1 - Estudo do cenário hospitalar	63
2 - Pessoal de enfermagem	68
3 - Treinamento e desenvolvimento de pessoal em hospitais - estrutura e recursos	77
4 - Treinamento e desenvolvimento de enfermagem em hospitais: atividades e seus reflexos na organização	84
5 - Alguns comentários sobre as respostas obtidas	94
<b>VIII - CONCLUSÕES</b>	96
<b>IX - RECOMENDAÇÕES</b>	105
Referências bibliográficas	107

## **BIBLIOGRAFIA**



## ANEXOS

- I - População de profissionais de enfermagem até 31.07.1993.
- II - Pessoal de enfermagem por categoria no Brasil, 1956
- III - Pessoal de enfermagem por categoria no Brasil, 1983.
- IV - População de enfermagem por categoria - Brasil - julho - 1993.
- V - População de enfermagem por categoria - Estado de São Paulo,  
Novembro - 1993.
- VI - Pessoal de enfermagem por categoria - Município de São Paulo,  
Novembro - 1993.
- VII - Pessoal de enfermagem por categoria - Estado de São Paulo exceto -  
Município de São Paulo - Novembro - 1993.
- VIII - Sistema de Cadastro de Unidades - SES/CIS.
- IX - Carta de apresentação.
- X - Carta explicativa.
- XI - Questionário utilizado na pesquisa (6 páginas).
- XII - Carta Reforço.
- XIII - Modelo de planilha para codificação das respostas.
- XIV - Pessoal de enfermagem por categoria - Hospitais gerais de  
grande porte - Município de São Paulo (38 hospitais).
- XV - Pessoal de enfermagem por categoria em 27 hospitais privados -  
Município de São Paulo.
- XVI - Pessoal de enfermagem por categoria em 11 hospitais públicos no  
Município de São Paulo.



## **INTRODUÇÃO E OBJETIVOS**



## I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetivou pesquisar, sob o aspecto prático, qual a importância atribuída ao desenvolvimento de recursos humanos de enfermagem em hospitais gerais de grande porte do Município de São Paulo. A equipe de enfermagem é composta de quatro categorias de pessoal distribuídas em todas as áreas de atenção a saúde da população, tanto sob o aspecto preventivo como curativo. Esta equipe é a principal responsável pela qualidade dos serviços prestados, em qualquer atividade considerada, segundo a maioria daqueles ligados ao setor. Ao mesmo tempo, as organizações hospitalares são as instituições de saúde que mais empregam estes profissionais. Ou seja, estudar desenvolvimento de enfermagem em hospitais representa uma preocupação com a qualidade da assistência médica prestada ao usuário destes serviços.

A motivação para a escolha desse tema deve-se à observação e à vivência na área ao longo do exercício da profissão e à percepção da necessidade de melhoramento da qualidade dos recursos humanos através de políticas de desenvolvimento. Esta qualidade traz implícito o desejo de se obter melhores resultados para o profissional, para a organização e para o usuário dos serviços.



Muito se fala em investimento no potencial humano em todas as áreas de trabalho, mas não se conhecem dados reais sobre as políticas desenvolvidas nas organizações hospitalares voltadas para o treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos de enfermagem. Mesmo que exista uma impressão da insuficiência dessas políticas, tentou-se obter informações concretas a respeito, pelo menos para conhecer a realidade, se não para modificá-la.

A primeira parte do trabalho trata da evolução histórica da enfermagem e de sua inserção na organização hospitalar. A segunda apresenta conceitos básicos referentes a educação, treinamento e desenvolvimento. Também se discute a evolução dos conceitos de organização. A terceira parte apresenta a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos. A partir da quarta parte são apresentados os resultados da pesquisa realizada junto aos hospitais, para a detecção da situação, bem como conclusões e recomendações.

Com este tipo de organização, tentou-se responder a uma série de indagações da autora, enfermeira atuante na área hospitalar há cerca de vinte anos e, nos últimos dois anos, presidente de órgão de representação da categoria.



## II - OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho era realizar um levantamento de dados referentes ao desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem em hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo. Este levantamento visaria permitir a obtenção de dados informativos dos mecanismos utilizados pelos hospitais para viabilizar o desenvolvimento da equipe de enfermagem e a importância que lhe é atribuída pelos responsáveis pelos Recursos Humanos desta área, tanto sob o aspecto de interesse como de investimento propriamente dito.

O número e a distribuição do pessoal também foi alvo de preocupação deste trabalho por serem fatores que afetam diretamente a qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde, permitindo ou não que programas de desenvolvimento, quando idealizados, se viabilizem.



REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA



**"É normalmente através da  
Enfermagem que todos os serviços  
alcançam o paciente"**

**Mac Eachern**



### III-ENFERMAGEM: Um pouco de História.

#### III-1- Dos primórdios até a profissão

Teoricamente, diz-se com frequência que, para um bom atendimento ao usuário nos serviços de saúde, faz-se necessária a existência de uma equipe multiprofissional qualificada e composta por profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Farmácia e tantas outras quantas forem necessárias, de acordo com a complexidade do tipo de serviço requerido pelo estado do cliente. Especificamente no que se refere à equipe de enfermagem, à sua atuação e aos seus progressos, é necessário conhecer um pouco das suas origens e história para entender como se inserem atualmente estes profissionais na equipe de saúde e no contexto social. Não é universal o entendimento, por exemplo, do que se pode chamar de profissional "qualificado".

Desde que por primeira vez o ser humano foi afetado por uma condição de doença, existiu alguém que lhe dedicou atenção e lhe prestou cuidados, com o objetivo de aliviar-lhe o desconforto e o sofrimento, na tentativa de obter seu restabelecimento e /ou de auxiliá-lo a superar suas dificuldades. A literatura em geral descreve que todas as artes, ofícios e saberes, em algum momento foram transmitidos de pais para filhos, de geração para geração (1). O mesmo ocorreu com os saberes especificamente relacionados com o cuidar de doentes. Estes se originaram no lar, com a mãe de família. Com o decorrer do tempo, passou para a responsabilidade de sacerdotes, filósofos, feiticeiros, mágicos etc.. As tentativas de cura ou de alívio da dor variavam entre métodos naturais, punitivos, torturantes e rituais místicos,



dependendo da época, dos valores religiosos e/ ou sociais dos indivíduos em cada tempo e lugar (2).

A segregação e o abandono dos doentes fora dos muros da cidade também são citados na literatura, especialmente ao tratar-se de doenças infecciosas ou distúrbios mentais. Na época de Hipócrates, aprendizes cuidavam do doente cumprindo ordens de forma mais efetiva do que o fariam seus parentes (3). As ordens eclesiásticas tinham, no sentido do atendimento às necessidades do ser humano, seu papel relevante. Acolhiam viajantes, pessoas sem domicílio, indigentes e enfermos que não poderiam ser atendidos de outra maneira.

No decorrer da História verificamos, então, que a atenção às necessidades do ser humano doente foi oferecida de acordo com os valores que norteavam a prática das ações da época. No caso do clero, fé, esperança e caridade eram valores assumidos pela prática religiosa, sendo a caridade um valor assumido também pela sociedade. Posteriormente, o cuidar de doentes passou a ser um dever cristão, incorporando o valor que "traz benefício à salvação da alma". Em Roma, a recuperação do indivíduo tinha motivos militares e econômicos relacionados com a estrutura e os objetivos da sociedade de então (4). A verdade é que os motivos e as providências tomadas para atender às necessidades dos doentes sempre estiveram ligados a variáveis de ordem econômica, política, social e cultural que regeram a vida dos homens e dos países.



O papel histórico da mulher aparecia no tocante aos cuidados de outras mulheres, crianças, idosos, deficientes e pobres. Estes cuidados incluíam fazer partos, assistir recém-nascidos, ensinar curativos e oferecer apoio, entre outras atividades. Mulheres cultas e confiantes nas suas atividades no cuidar, circulando de casa em casa e levando cuidados e conforto aos enfermos também foram descritas (5).

Verificamos até aqui que a enfermagem, a rigor, iniciou-se no lar, desde os tempos mais remotos, no atendimento às necessidades dos seus membros. Passou em seguida a ser exercida por pessoas entendidas e práticas na arte de curar/aliviar, sendo que com o advento do cristianismo nasce como um serviço organizado através da instituição do diaconato (6). Desta maneira fica claro que a enfermagem enquanto atividade empírica foi exercida por pessoas com forte sentimento altruísta, de caridade, religiosidade e amor ao próximo, acumulando e transmitindo seus conhecimentos (7). É o caso de lembrar que as formas doméstica e institucionalizada ligadas aos cuidados ao doente coexistem até hoje. Estes aspectos fazem com que a enfermagem seja ainda vista por muitos como uma atividade de cunho assistencial e religioso.



Existem momentos não muito claros no que se refere à história da enfermagem, especialmente no período da Idade Média, como em quase todas as atividades e profissões. Sabe-se, contudo, que o local onde eram atendidos os doentes passou por sérias dificuldades especialmente após a Reforma Protestante, uma vez que as religiosas, as principais responsáveis pelos cuidados aos enfermos, foram expulsas e substituídas por indivíduos de baixa qualificação social e moral (8). O desejo das autoridades civis era o de se verem livres da dominação clerical ou de tornar o eclesiástico subordinado ao seu poder. Coexistiam contudo algumas congregações cristãs que continuavam assumindo o cuidado dos enfermos, sendo citadas a Confraria das Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo, na França, e o Instituto das Diaconisas de Kaiserwerth, na Alemanha. Essas, recebiam mulheres que eram treinadas para cuidar de doentes e se tornarem eficientes no exercício da enfermagem (9). Fato é que clero e civis, nesta época, co-participavam no tratamento dispensado aos doentes. Nesta atividade são citados os médicos assistentes, os estudantes de medicina, os cirurgiões e as parteiras. Mais tarde encontram-se registros sobre oficiais de saúde que, segundo as descrições, deviam ministrar os cuidados aos pacientes. Mais adiante o administrador também passa a integrar a equipe, como controlador do patrimônio e da parte financeira. Há registros, por exemplo, de doações e de demonstrações de custos do Hotel-Dieu na França no século XII, demonstrando a atuação de mais este profissional no hospital (10).



O progresso, fruto da Revolução Industrial, ocorrido nos grandes centros urbanos, mudou o cenário das cidades, fazendo com que o indivíduo passasse a ser visto como força produtiva. Criou-se, então, a necessidade de que esta produção fosse mantida e assegurada. O Estado investiu o médico de autoridade, pois através dos dados da saúde e da doença, dos nascimentos e casamentos da população, obtinha o controle sobre a população e a força produtiva. Oferecia apoio às parturientes sem família, dava abrigo às crianças visando o aumento populacional e da futura força de trabalho. Os aspectos ambientais também foram descritos por médicos e com isto planos foram propostos, leis promulgadas, tudo visando a promoção e manutenção da saúde pública. Por outro lado, quando acometidos por doenças, em sendo necessária a internação, há registros de agrupamento de pacientes de acordo com os distúrbios apresentados. O hospital, até então, órgão de assistência ao pobre e de preparo para a morte, tornou-se o local privilegiado para o exercício da medicina, tanto pelo aspecto de cura como de ensino. Simultaneamente a medicina assumiu o aspecto social, reconhecendo o médico como autoridade administrativa fundamentada na competência do seu saber e a doença como um problema político e social. Ao mesmo tempo surgiu a preocupação de formar parteiras e oficiais de saúde em quantidade suficiente para ajudar os médicos. Na França, no século XVIII, Franz Anton Mai propôs criar uma escola de enfermagem aberta a todos os que quisessem se instruir a respeito de cuidados devidos aos doentes, porém somente em meados do século XIX / início do século XX é que a enfermagem foi reformada e escolas de treinamento introduzidas (11).



As mudanças ocorriam na França, Itália, Alemanha e Grã-Bretanha. Foi nessa última que a enfermagem iniciou-se como ciência, por meio de sua precursora Florence Nightingale. Nascida em Florença em 12 de maio de 1820, de família inglesa, rica e de vida social intensa, estudou enfermagem em Kaiserswerth, apesar da objeção da família. Em 1853 abriu um estabelecimento para cuidar de mulheres doentes e ensinar técnicas de enfermagem. Em 1854, por solicitação do Ministro da Guerra, Sidney Herbert, reuniu um grupo de voluntárias, enfermeiras e freiras afim de prestar assistência aos soldados no Hospital Militar de Scutari, na Turquia, durante a Guerra da Crimeia. Com as doações recebidas pela população, criou a primeira escola de enfermagem no hospital St Thomas, Londres, em 1860. A enfermagem como profissão, fundamentada em ciência, arte e ideal, teve assim o seu início, expandindo-se pelo mundo (12).



### III - 2- A história da enfermagem no Brasil

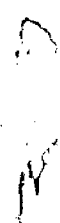
No Brasil, quando se buscam registros da história da enfermagem, torna-se necessário levantar o processo da colonização do País e analisar a trajetória da profissão e seu desenvolvimento relacionados com a conjuntura sócio-político-econômica e as políticas de saúde implementadas no País. Com a colonização houve grande influência da cultura indígena, européia e africana no Brasil, propiciando o surgimento de novos tipos de doenças, bem como de formas para o tratamento das mesmas.

As Santas Casas Portuguesas serviram de modelo para a implantação deste tipo de organização no Brasil. Como suas congêneres européias, tinham função de oferecer abrigo aos pobres e enfermos, mais do que objetivo assistencial. Inicialmente os jesuítas, junto com voluntários e escravos treinados, ministravam os cuidados aos enfermos; mais tarde, freiras de ordens religiosas passaram a fazer parte do quadro de atendentes das Santas Casas, embora sem preparo formal algum (3, 13, 15). Só por volta de 1830 iniciou-se na Escola de Medicina da Bahia o curso de parteira, com a duração de dois anos.

Antes da estruturação da enfermagem como profissão, no Brasil, destacam-se duas baianas, Francisca Sande e Ana Justina Neri (20). Essa última acompanhou os familiares, marido e filho, na guerra do Paraguai, dispensando cuidados aos feridos. Isto lhe valeu o reconhecimento por parte das autoridades da época, nominando-a "Mãe dos Brasileiros" (5).



Reverendo os registros históricos da enfermagem brasileira, verificamos que a primeira Escola de Enfermeiras surgiu ligada ao Hospital de Alienados do Rio de Janeiro, tendo sido transformada na Escola Alfredo Pinto, em 1906. Este Hospital para doentes mentais, até então dirigido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, passou para o controle do Governo, que entregou a seção masculina a "enfermeiros" e guardas. As irmãs, sentindo-se diminuídas em sua autoridade, deixaram o hospital que ficou praticamente abandonado. Para que situações semelhantes não voltassem a ocorrer o Governo decidiu criar uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras, com duração de dois anos, sendo esta nos moldes da existente em Salpêtrière, na França. Isto aconteceu em 27 de setembro de 1890, pelo Decreto nº791 do Governo Provisório da Segunda República, dando assim início ao ensino oficial da enfermagem no Brasil. Apesar disso, o relatório da Superintendente do Hospital da Associação dos Estrangeiros, enviado naquela época, ao Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), informava que no Brasil não havia escola para treinamento de enfermeiros e que os cuidados aos doentes mentais estavam entregues às irmãs francesas. Concomitantemente a Cruz Vermelha mantinha cursos de primeiros socorros e de visitadoras sanitárias com o intuito de melhorar os padrões de cuidados médicos, utilizando outros profissionais do campo da saúde.





Na década de 20, o Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção de Carlos Chagas, estava em grande desenvolvimento. Este, em suas visitas aos Estados Unidos, teve oportunidade de observar os serviços de Higiene e Medicina Preventiva daquele País. Como resultado dessas visitas e de entendimento com a Fundação Rockefeller, foi composta uma comissão técnica do Serviço Internacional de Saúde desta Fundação, com o "objetivo de estudar a situação do Brasil e fazer recomendações". Como resultado deste estudo foi instituída a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas primeiras professoras foram enfermeiras americanas e onde seriam aceitas somente estudantes "que tivessem o diploma da Escola Normal ou equivalente". Essa Escola, em 1926, passou a chamar-se Escola Ana Neri, sendo que em 1937 foi incorporada à Universidade do Brasil, Rio de Janeiro. Essa passou a ser a "Escola Oficial Padrão" à qual todas as demais deveriam igualar-se (14). Daí vem a expressão "alto padrão", empregada até nossos dias para identificar o enfermeiro, ou seja, o profissional de nível universitário. A Escola Ana Neri reproduziu o modelo da Escola de Florence Nightingale, e surgiu num contexto social e institucional que explicava seus objetivos e seu papel social. Nasceu com o objetivo de manter o controle das endemias e epidemias e garantir o saneamento dos portos, voltada então para a Saúde Pública (16, 20). Em 12 de agosto de 1926 foi criada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, atual ABEn, cujo primeiro estatuto é datado de 1929. Lá é colocado como primeiro objetivo elevar o padrão de saúde da população, além do desenvolvimento cultural e profissional da categoria (14, 20).



O aumento da população urbana, o surgimento da classe operária e a franca expansão do parque industrial brasileiro a partir dos anos 50 fizeram com que também houvesse um crescimento do número de hospitais. Contudo, a formação de enfermeiros não acompanhou este crescimento. Nos encontros e congressos estes problemas eram amplamente discutidos e a idéia de se formar pessoal de nível técnico e auxiliar foi se concretizando. Apesar de muitas enfermeiras serem frontalmente contrárias à criação dessas duas categorias de profissionais, a solução para suprir a rede hospitalar seria a de se ter três níveis profissionais na equipe de enfermagem. Pelo Projeto de Lei nº. 3082/57 do Poder Executivo, o auxiliar de enfermagem deveria ter a conclusão do primeiro ciclo do grau médio, atual primeiro grau, e o curso de auxiliar de enfermagem com a duração de 18 meses, sendo que atualmente há cursos de até 12 meses. Quanto ao técnico de enfermagem este deveria ter a conclusão do segundo ciclo do grau médio, atual segundo grau, e o curso técnico de enfermagem com duração de 24 meses, sendo que atualmente é ministrado em até 18 meses. A Lei 4024/61 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional deu grande impulso à criação de escolas de nível técnico nas diversas áreas. O pessoal técnico e auxiliar teria na sua formação carga horária teórica mínima e maior treinamento no campo hospitalar (21).

Outro componente da equipe de enfermagem é o atendente, colocado em campo sem preparo formal, submetido ou não a programas de treinamento. No grupo dos atendentes estão incluídas todas as categorias de pessoal não regulamentadas por lei, como agente de saúde, visitador sanitário, auxiliar operacional de serviços diversos e outras tantas criadas aleatoriamente (17).



Desta maneira verificamos como o problema da escassez de recursos humanos de enfermagem foi sendo solucionado por meio da inclusão das várias categorias, com ou sem preparo formal. Seguramente, na tentativa de resolver o problema da quantidade, não foi contemplada a qualidade de sua formação, gerando as consequências alarmantes atualmente observadas.



### III-3- Situação atual da enfermagem no Brasil

Verificamos então a partir da evolução descrita, bem como da observação da realidade, que a equipe de enfermagem se formou de maneira estratificada, hierarquizada e com a divisão técnica e social do trabalho, embora haja registros do passado que também se referiam à existência das "Lady Nurses Inglesas" e das "Nurses". As primeiras assumiam a administração, o trabalho burocrático, a supervisão dos cuidados e o ensino, enquanto que às últimas cabiam as tarefas de ordem rotineira e repetitiva, como as do auxiliar de enfermagem hoje (7, 29).

Os dados apresentados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), anexo I, mostram que as distribuições das categorias que compõem a equipe de enfermagem passam por diversas situações, dependendo das regiões geográficas, não se comportando de maneira uniforme no País. Observa-se uma alta concentração de profissionais na Região Sudeste, notadamente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, provavelmente devido ao fato de haver uma maior oportunidade de empregos e de desenvolvimento profissional tanto pelo número de hospitais como pelos avanços tecnológicos destes centros. Outra explicação poderia ser também a grande concentração de Escolas de Enfermagem na mesma região.



Da mesma forma, pode-se verificar as diferentes configurações ocorridas através dos tempos entre as categorias de enfermagem. Os anexos II, III e IV mostram a composição da equipe nos anos de 1956, 1983 e 1993 onde observamos o crescente número de auxiliares e técnicos de enfermagem. Por exemplo de 1983 a 1993, os enfermeiros e auxiliares praticamente dobraram e o número de atendentes caiu significativamente. Entre as possíveis causas para isto está, por exemplo, o incentivo à formação de pessoal técnico a partir dos anos 70 e mais recentemente a Lei do Exercício Profissional de 1986, que impede a entrada de novos atendentes no mercado.

Mesmo assim, existe um grande número de atendentes na composição da equipe de enfermagem como observamos nos anexos V, VI e VII ( Estado de São Paulo, Capital e Interior do Estado respectivamente) Espera-se contudo uma diminuição gradativa do número destes operacionais (termo utilizado para indicar pessoal que executa atividades de ordem rotineira sem possuir qualificação profissional), tendo em vista a "Lei do Exercício Profissional", aprovada em 25 de junho de 1986 e regulamentada em 1987, a qual, além de regulamentar a profissão e estabelecer competências, dá o prazo de dez anos para a profissionalização do atendente de enfermagem, delimitando ainda o campo de ação exercido por este durante este período (22). A partir de 1986, portanto, não poderiam se inserir novos atendentes no mercado. No entanto, os que já existiam e detinham a permissão para atuar, o fariam através de registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e seriam controlados por esta entidade, de maneira a cumprirem os prazos estabelecidos em lei. Ou seja, até 1996 deveriam ter pelo menos realizado o curso de auxiliar de enfermagem, sob pena de serem excluídos da equipe.



A profissionalização do atendente, ou seja, que este realize o curso de auxiliar de enfermagem, tem sido alvo de preocupação por parte das autoridades da área da saúde e dos demais responsáveis pela garantia de qualidade nos cuidados aos pacientes. Esta preocupação tem aumentado à medida que junho de 1996 se aproxima. Outra preocupação é a escassez do número de auxiliares de enfermagem no País face à demanda instalada da rede hospitalar. Várias medidas estão sendo tomadas, tanto por parte dos responsáveis pelos hospitais como pelas autoridades. Estas medidas vão desde a criação de escolas nos próprios hospitais, até subsídios para a criação e o funcionamento de cursos. O problema se agrava quando se observa que o pré-requisito, o primeiro grau completo, ainda não foi obtido pela maioria dos atendentes.

Em São Paulo, as Prefeituras e o Governo do Estado por meio de suas Secretarias de Saúde constituíram comissões e instituíram mecanismos como os exames supletivos, classes descentralizadas e outras maneiras que não aquelas regulares para capacitar pessoal, visando permitir aos atendentes o acesso à profissão de auxiliar de enfermagem considerando-se especialmente a escassez de mão de obra qualificada (23). Geralmente, os atendentes são liberados de suas ocupações habituais pelos seus chefes no próprio horário de trabalho, para que possam freqüentar o curso, tentando assim alcançar o objetivo de formar mais pessoal e portanto diminuir a carência de mão de obra qualificada. Esta deficiência já é evidente e, pelo crescimento da rede hospitalar, tende a se agravar.



Por outro lado, os atendentes apresentam as mais diversas reações frente a estes fatos, que vão desde grandes esforços para concluir o curso, na expectativa de um salário melhor, até a indiferença e o desinteresse por estarem prestes a se aposentar. Entre os dois extremos ainda há a esperança de que surja outra alternativa. Existe uma forte demanda instalada na rede de saúde, tanto no que se refere aos profissionais de nível médio quanto aos universitários. Este fato, aliado aos baixos salários percebidos, faz com que a maioria destes profissionais tenha dois ou mais empregos (30). Isto agrava ainda mais a situação, em termos do envolvimento com o trabalho e dos resultados quanto à qualidade do atendimento.

Dados revelam que a composição da força de trabalho da equipe de enfermagem quanto ao gênero continua sendo predominantemente feminina. Os enfermeiros do sexo masculino representando aproximadamente 10% do total (18), quando permanecem na profissão, dedicam-se preferencialmente à docência. Há quem diga que se houvesse mais homens na profissão, esta seria mais reconhecida. Por ser majoritariamente feminina, pressupõe ter conotação de profissão de renda complementar. Nos níveis de técnicos, auxiliares e atendentes a representação masculina alcança os 20% no geral. Apesar da baixa participação do gênero masculino na equipe, há relatos de que homens sempre estiveram presentes nos cuidados aos enfermos, seja na guerra, na vida religiosa, nas enfermarias masculinas, ou onde se fizesse necessária a força física (19). É fato que o grande contingente da força de trabalho em saúde, e especialmente em enfermagem, continua sendo feminino, mesmo observando-se um pequeno e gradativo aumento do profissional de enfermagem do sexo masculino nos últimos anos (18, 19, 24 e 25).



Segundo alguns autores, o fator gênero tem influenciado a escolha da profissão, sendo que entre as mulheres há uma preferência por profissões que representem a continuação das tarefas do lar, como por exemplo professora, enfermeira ou médica. Esta última, em sua grande maioria, escolhe como especialização as áreas de Ginecologia, Obstetrícia ou Pediatria (19, 25). O papel tradicional da mulher na sociedade, com sua habitual submissão ao homem, também faz com que o seu trabalho assalariado seja visto como ganho complementar à renda familiar. Estes fatores têm contribuído fortemente para a desvalorização do trabalho feminino tanto no que diz respeito aos níveis salariais, como à ocupação de cargos mais importantes na estrutura hierárquica das instituições (26, 27). Talvez, uma maior inserção de homens na profissão poderia representar um ganho no sentido de modificar a situação historicamente repetida e contribuir na luta por melhores condições de trabalho, por salários mais dignos e maior valorização profissional.

A conscientização da importância do profissional no contexto social e na atenção à saúde, tanto em âmbito preventivo como curativo, poderia fazer com que os profissionais se empenhassem no sentido de se aperfeiçoarem no âmbito da própria atuação, tornando-se cada vez mais competentes e assegurando o próprio espaço na equipe de saúde. Este espaço de fato lhes pertence, pois se trata de uma profissão que oferece estrutura para o sistema assistencial funcionar.



Normalmente, as expectativas dos diretores de hospitais são que as enfermeiras, além da supervisão do cuidado do doente, assumam também responsabilidades análogas às das religiosas nos hospitais, referentes ao controle da limpeza, roupa e almoxarifado e a manutenção das unidades de internação. Este papel é assumido, não raro com agrado, pelas próprias enfermeiras, que vêem nestas atividades uma oportunidade de ampliar seu raio de ação no hospital e obter prestígio. Todavia, em que pesem as crescentes responsabilidades administrativas, é limitado o seu grau de autoridade para interferir nas decisões políticas da organização (26), sendo que a autoridade e o poder nem sempre são conferidos a pessoas conhecedoras da administração hospitalar, e sim a indivíduos indicados por influências políticas. O reconhecimento da importância e competência destes profissionais se dá muito mais por conquistas isoladas ou de grupos ligados a determinadas instituições do que dos enfermeiros enquanto categoria profissional.

Nos dias atuais a enfermagem encontra-se acompanhando o progresso nas áreas de atendimento à saúde. Na tentativa de mudar os métodos empíricos de atuação, os enfermeiros têm perscrutado nos campos tecnológico e científico em busca de novos conhecimentos próprios, e tentando resolver a questão da qualidade.

O objeto de trabalho da enfermagem é o paciente no seu todo e não a doença. Este tipo de afirmação se torna necessária frente às distorções introduzidas com a crescente especialização. Atualmente os enfermeiros buscam caminhos que os destaquem da equipe ou do lugar comum, tomando caminhos de especializações de maneira formal, através de cursos, ou então informalmente exercendo a prática numa determinada área de conhecimento. Estes profissionais geralmente se aglutinam em núcleos de interesse no assunto, grupos e sociedades médicas, interdisciplinares ou só



de enfermeiros. Esta é uma das maneiras de conseguir "status" dentro e fora da corporação. Paradoxalmente, observa-se que ao assumir o compromisso com a população, a enfermagem tem que buscar caminhos que realmente levem ao cumprimento do objetivo social a que se propôs.

Vicente Amato Neto, então Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em artigo apresentado pela revista *Enfoque* de abril de 1991 (28), demonstrou extrema preocupação com o que está acontecendo com a profissão de enfermagem e com a sua carência progressiva em nosso meio, embora este fenômeno seja observado também no exterior, apesar da quantidade de profissionais brasileiros que para lá se dirigem. Os sinais de que a enfermagem não é uma carreira procurada são cada vez mais evidentes pois as vagas oferecidas pelas faculdades -para a formação de profissionais- e pelos serviços, estão sendo preenchidas cada vez com mais dificuldade, face aos baixos salários e às condições para atuação ainda piores.

Ouve-se com frequência dos profissionais o questionamento quanto a "para quê o sacrifício" se depois o trabalho será executado subordinado a médicos que com frequência não compreendem que as duas profissões são complementares, mas não subordinadas, e que um enfermeiro pode e deve exigir autonomia e até independência profissional quando couber e não se posicionar mais como o dócil cumpridor de ordens. Na verdade, por definição, sem enfermagem não há assistência hospitalar. Se a situação continuar neste ritmo de degradação salarial e condições desanimadoras de trabalho, há o risco real da "extinção da espécie" (28). É hora de redefinir conquistas e realizações, redefinir a imagem profissional frente à categoria, às equipes multiprofissionais e ao público em geral. Essa redefinição se dá pela



capacidade que a categoria tiver de se tornar indispensável. Essa conquista somente será assegurada com a qualidade da assistência prestada. Cabe lembrar que o modelo do enfermeiro no Brasil é originário do americano, pois em países da Europa a realidade é outra.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é Educação. São Paulo : Brasiliense, 1981. p. 10-11.
- 2 - DANIEL, Liliana Fecher A Enfermagem Planejada, 3. ed. São Paulo : E.P.U., 1981. p.2-3.
- 3 - GAMA, Djanira D. Moderna Assistência de Enfermagem. São Paulo : Everest, 1988. p.1-10.
- 4 - ROSEN, George Da Polícia Médica a Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro : Editora Graal, 1980. p.336-337.
- 5 - LIMA, Maria J. O que é Enfermagem. Rio de Janeiro : Brasiliense, 1993. p. 1-6.
- 6 - SILVA, Graciete B. A Enfermagem Profissional : análise crítica São Paulo : Cortez, 1986. p.29-42.
- 7 - SANTOS, Sérgio R. Enfermagem : análise de alguns aspectos da profissão Hospital Administração e Saúde, São Paulo, v.16, n.3, p.130 - 133, maio/junho 1992.
- 8 - PAIXÃO, Waleska Páginas de História da Enfermagem Rio de Janeiro : J.Elio e C. livraria, 1979. p.35-37.



- 9 - LIMA, M. J. O que é ... p.8.
- 10 - ROSEN, G. Da Polícia Médica ... p.345-346.
- 11 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 171-189.
- 12 - DICIONÁRIO Biográfico São Paulo : Abril, 1972. v.2. não paginado.
- 13 - CAPELLA, B.. Profissionalização da Enfermagem : uma necessidade social. Florianópolis, ABEn, 1987. Tema central da XV Jornada Catarinense de Enfermagem (mimeo).
- 14 - CARVALHO, Anayde Correa Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976. Documentário. Brasília [s.n.]. 1976. p.1-29.
- 15 - FERNANDES, Alceni, POMPEU, Clarice, SANTOS, Cláudia et al. Enfermagem no Brasil. Campo Grande : [s.n.], 1993. p.1-52. Trabalho apresentado ao Curso de Especialização da Faculdade de Administração São Camilo.



- 16 - MOURA, M.L.P.A. Quem somos para onde vamos. In : CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. 1990, São Paulo. Anais. São Paulo : [s.n.], 1991.
- 17 - BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil:1982/1983. Rio de Janeiro : Conselho Federal de Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. v.1. p.35.
- 18 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p 51- 61.
- 19 - PEREIRA, Alvaro. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. ACTA Paul.Enf., São Paulo, v.4, n.2/4, p.49-54 jul/dez 1991.
- 20 - SPRICIGO, S.J. Principais marcos da história da enfermagem no Brasil e a evolução da legislação em enfermagem. In : A " NOVA " Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília : ABEn, 1987. p.8-13. Cadernos de Legislação/Documentos I.
- 21 - CARVALHO, A.C. Associação... p 178 - 207.
- 22 - A " NOVA " Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília : ABEn, 1987. p.20-38. Cadernos de Legislação/Documentos I.



- 23 - SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Saúde: O Desafio da Mudança, São Paulo, 1990. p.52-53.
- 24 - GIRARDI, Sabado N. O Perfil do "Emprego" em Saúde no Brasil. [s. l.] : [s. n.], [1986]. Trabalho apresentado na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, out. 1986. (mimeo).
- 25 - MACHADO, Maria H. A força de trabalho feminina em saúde no Brasil 1970 1980 : Ensaio. Belo Horizonte: [s.n.], 1986.
- 26 - CASTRO, Ieda B. A Evolução do Setor Saúde e a Crise da Enfermagem Brasileira. Rev. Bras. de Enferm. Brasília, v.41, n.3/4, p.183-189, jul/dez. 1988.
- 27 - LOPES, M. J. M. O Trabalho da Enfermeira: Nem Público, Nem Privado, Feminino, Doméstico e Desvalorizado. Rev. Bras. de Enferm., Brasília, v.41,n. 3/4, p. 211-217, jul./dez.1988.
- 28 - AMATO, Vicente. O futuro da enfermagem. Enfoque, São Paulo, v.19 n.1 p.15, abril 1991.
- 29 - MELO, Cristina M. Divisão Social do trabalho e enfermagem. São Paulo : Cortez, 1986. p.48-49.



- 30 - NAKAO, Janete R. et.al. Análise dos fatores que contribuem para que funcionários do serviço de enfermagem trabalhem em duas instituições hospitalares. Rev. Paul. Enfermagem; v.6 n.2, p. 78-82, abr-jun. 1986.



## IV - A ORGANIZAÇÃO

### IV - 1- Um resumo sobre as primeiras teorias

No início do séc. XX surgiram os pioneiros da chamada Teoria da Administração. Como suas idéias eram bastante semelhantes, foram posteriormente agrupados e ficaram conhecidos como os componentes da Escola Clássica. Taylor, Fayol, Gulik, Urwin, Gantt e Gilbrett são os principais representantes dessa escola, onde as principais idéias são de que alguém será um bom administrador na medida em que souber planejar cuidadosamente seus passos, organizar e coordenar as atividades de seus subordinados e comandar e controlar o seu desempenho.

Fredrik Taylor, engenheiro, conduziu experiências destinadas a aumentar a produtividade no trabalho. Por sua formação preocupou-se muito com a racionalização dos métodos e sistemas de trabalho. "O homem é encarado como um agente capaz de maximizar suas decisões"...."O homem ainda é visto como um ser que procura um máximo de ganho com um mínimo de esforço". Mais tarde descobre o "homem de primeira classe" que serviria para os estudos de tempos e movimentos pois haveria "somente uma maneira certa para se efetuar determinado trabalho" (1). Taylor desenvolve portanto, uma análise-lógico-dedutiva da administração. É dele a classificação das funções do administrador em planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar.



George Elton Mayo, psicólogo industrial australiano, realizou várias experiências no trabalho na Western Electric e suas conclusões, após cinco anos, sugeriam algum tipo de relação entre moral, satisfação e produtividade. As idéias de Mayo fundamentavam-se num modelo de natureza humana. Nesse modelo, o homem é entendido como um ser cujo comportamento não pode ser reduzido a esquemas mecanicistas. Pelo contrário, é movido por necessidades de segurança, aprovação social, afeto, prestígio e auto-realização (2).

As idéias de Elton Mayo inspiraram toda uma corrente administrativa, conhecida pelo nome de "Escola de Relações Humanas". A transição da Administração Científica para a Escola de Relações Humanas corresponde a um deslocamento da atenção da organização formal para a informal e a uma certa "psicologização" das relações de trabalho.

A racionalidade técnico-econômica não era suficiente para obter resultados satisfatórios no trabalho. Os conceitos de autoridade, hierarquia, racionalidade no trabalho foram sendo superados e a atenção foi concentrada sobre o fato de que o resultado do trabalho é produto de atividade grupal. Tomou importância então, a colaboração entre os trabalhadores. Desta maneira outros fatores como a motivação humana, a liderança, a comunicação e a dinâmica de grupo passaram a ser tratados pelos administradores (3).



A evolução dos sistemas administrativos, fruto dos avanços obtidos através dos vários campos das ciências exatas, humanas e biológicas, propiciou a concepção de um modelo sistêmico e orgânico das instituições, onde tanto as partes como o todo devem funcionar de maneira harmônica para a obtenção dos melhores resultados de produtos e serviços. Tendo em vista estes aspectos, a administração evoluiu para a criação de um modelo administrativo que precisa levar em consideração todos os fatores que envolvem o ser humano. Foi o avanço das ciências biológicas que constituiu a base para o surgimento do conceito orgânico de sistema e sua posterior aplicação na área administrativa.

Desta maneira dizemos que um sistema é um conjunto de elementos em uma integração complexa, organizado a partir de uma determinada estrutura que lhe dá sentido (1, 4).


Se os sistemas mecânicos são considerados como sistemas fechados por manterem a forma de integração constante, os sistemas orgânicos e sociais são considerados abertos, pois interagem com o ambiente externo, intercambiando matéria e energia e alterando os processos e consequentemente os resultados como efeito dessa interação. A estrutura de valores de uma sociedade define determinadas necessidades e leva à organização de instituições ou sistemas que buscam viabilizar certos resultados concretos propostos por ela (5).



As instituições são entidades criadas com objetivos de solucionar as necessidades de uma sociedade. Analogamente a escolha de uma profissão também é uma resposta às necessidades sociais. Portanto, ao escolhermos uma profissão estamos assumindo uma responsabilidade social (6).

"A organização como sistema cooperativo é um complexo de componentes físicos, biológicos, pessoais e sociais, entre os quais existe uma relação sistemática específica em razão de duas ou mais pessoas que visam um determinado fim". É importante ainda lembrar o conceito de organização "como ponto analítico formal de referência, a prioridade da atenção para consecução de uma meta específica, distinguindo-a de outros tipos de sistemas sociais" (7).

As organizações são constituídas de recursos físicos e materiais, como por exemplo, equipamentos, informações, bens e serviços, mas devemos lembrar de quem operacionaliza todos estes elementos. Devemos lembrar que as organizações são constituídas de pessoas e estas causam e/ou resolvem os problemas de determinada organização. Muitas vezes, problemas que parecem ser de liderança ou treinamento podem, no fundo ter origens sociais, resultantes da interação entre as pessoas que trabalham juntas (8).





Por outro lado, diz-se que faz parte da tarefa de todo administrador projetar e manter um ambiente conducente à atuação satisfatória de indivíduos que trabalham em grupo, no sentido da consecução de alguns objetivos pré-estabelecidos que, caso os indivíduos trabalhassem por si próprios, não alcançariam. Ao mesmo tempo, o conceito habitual de administração afirma que administrar é coordenar os esforços de pessoas com vistas a traduzir objetivos individuais em realizações sociais (9).

Cabe lembrar que, se quando falamos em administração achamos que se trata de algo recente, com apenas algumas centenas de anos, estamos enganados. O conceito de administração é muito mais antigo. "Interpretações de antigos papiros egípcios, remontando até 1300 A.C. indicam o reconhecimento da importância da organização e da administração nos Estados burocráticos da antiguidade. Registros na Grécia antiga também indicam uma valorização da função de administração. Os registros sobre administração na Roma Antiga são incompletos, mas é sabido que a complexidade do trabalho administrativo produziu desenvolvimento considerável em termos de técnicas de administração. A cidade de Roma transformou-se num império com eficiência organizacional que até então não havia sido observada" (10). Na verdade, o que mudou foi a maneira de se ver a administração e o conceito de sistema agindo e interagindo com o meio. Percebe-se que recursos colocados na organização e a maneira como são administrados serão os determinantes de seus bons ou maus resultados. Todos os aspectos devem ser criteriosamente avaliados e os objetivos propostos bem definidos para que seja possível alcançá-los.



Portanto, o enfoque sistêmico e contingencial é importante quando se trata de analisar os diversos tipos de organização, sua complexidade e o tipo de benefícios e serviços que prestam à sociedade (11, 12). De fato, cada tipo de organização possui um sistema sociotécnico com subsistema de metas, valores, tecnologia, estrutura, sistemas psicosociais e administrativos. Desta maneira, observamos que na medida em que as instituições se tornam mais complexas, procuram envolver um número cada vez maior de áreas de conhecimento humano e portanto de profissionais.



#### IV - 2- Os hospitais enquanto organizações

No caso do hospital enquanto organização pode-se dizer que ele é considerado uma das organizações mais complexas que existe. Costuma ser compreendido entre as aquelas ditas normativas e integradoras no sentido de minimizar o conflito existente entre os diversos grupos e direcionar as motivações destes para atender as necessidades sociais.

Entre outros motivos, além de costumarem aparecer nos livros-texto de administração mais como exceção do que como exemplos, pode-se dizer dos hospitais que são organizações complexas devido ao alto grau de diferenciação das atividades ali realizadas - desde a assistência médica até a limpeza - e ao tipo de profissionais: desde aqueles com alta qualificação até aqueles não alfabetizados.

Os hospitais gerais, embora com variações, mantêm algumas semelhanças entre si. Hoje, longe de serem um "depósito de doentes", tornaram-se centros de diagnóstico e tratamento com avançada tecnologia e diversificados serviços de atendimento à comunidade. As equipes profissionais existentes na organização hospitalar também sofreram grandes modificações, se comparadas com o passado.



O médico, que atendia em casa os pacientes que podiam pagar e utilizava o hospital como área para estudo, passou a fazer do hospital atual o local preferencial para o desenvolvimento das suas atividades clínicas e cirúrgicas, enfim, de atendimento ao paciente. Isto se deveu principalmente à concentração de equipamentos e pessoal especializado ao qual de outra maneira os profissionais e população não teriam acesso pelo alto custo de aquisição e manutenção.

Ao profissional de enfermagem cabe a função, difícil e fundamental de coordenar as funções da "dispensa de cuidados" do hospital, com as funções de "cura" do médico (12). Vista ainda por muitos como uma atividade de cunho caritativo-assitencial-religioso devido ao seu passado histórico, esta é a principal representante do hospital junto à comunidade, por seu vínculo no cuidado ao doente e no atendimento ao usuário dos serviços de saúde.

O paciente por sua vez, além de ver a enfermeira como a "principal representante do hospital", mantém uma relação mais próxima por verificar que depende dela e de sua equipe para receber o cuidado necessário. Outro fato observado por profissionais com atuação na área é que o usuário dos serviços está se tornando lenta e gradativamente mais consciente de seus direitos, tentando diferenciar os muitos papéis das diversas equipes, saindo da tradicional passividade para uma participação mais ativa em seu tratamento e cura.



Todos estes aspectos, aliados à grande diferenciação e especialização das atividades que se desenvolvem no hospital geral o tornaram um tipo de organização cuja coordenação e administração só é possível caso exista motivação individual, como em qualquer outro, além de ajustamentos voluntários e não necessariamente formais das pessoas que nele trabalham (13). Os valores profissionais adquiridos no transcorrer da formação de cada elemento, frequentemente dentro do hospital, são o eixo norteador para que haja um esforço de todas as equipes, para que o hospital, com a especificidade que o diferencia das demais organizações, funcione com eficiência e possa ser eficaz no seus resultados. Embora seja frequentemente visto como um elemento dificultador, a especialização de seus trabalhadores ajuda a reforçar esta característica.

Enfim, a compreensão do hospital como organização tem que levar em conta critérios de gestão empresarial com os aspectos econômicos, humanos e sociais. Deve existir um sistema de valores próprios desse tipo de organização, através dos quais esta atinge seus objetivos, dirige suas atividade, define sua finalidade e atuação e, também deve levar em conta o "conjunto de padrões comportamentais, que representam os meios pelos quais a organização busca atingir seus fins" (14).



Na área hospitalar, salvo raras exceções, encontramos instituições autoritárias, nada de acordo com o modelo democrático e com a filosofia de um trabalho realmente participativo. São organizações estagnadas no tempo, como se estivéssemos no início do século. Quando os enfermeiros e demais profissionais passam por um processo de capacitação em hospitais, não é difícil compreender alguns dos aspectos do seu funcionamento.

Com uma visão mais externa -social- da questão, observa-se que existe outro tipo de instrumento: a Epidemiologia. O levantamento epidemiológico de uma região pressupõe uma realidade própria da clientela e dos funcionários daquela instituição, que eventualmente também podem ser clientes. Por meio dele, é possível inferir a necessidade de qualidade e quantidade dos recursos materiais e humanos que determinarão o grau de eficiência daquela organização.

Feito um diagnóstico da situação, pode-se reconhecer que às vezes é necessário estabelecer um programa emergencial de treinamento, enquanto se espera que mudanças econômicas, sociais e políticas ocorram e que estas possibilitem que as transformações se processem nos recursos humanos de enfermagem.

Seja qual for a situação, os empregados ou instituições, deveriam estar empenhados em criar e manter um ambiente de trabalho, no qual cada funcionário fosse encorajado e motivado a utilizar o seu pleno potencial. Desta maneira este encontraria a mais alta satisfação no seu trabalho, sendo reconhecido, recompensado e promovido na proporção de sua contribuição para



desempenho, lucratividade e crescimento da instituição. No entanto, o que se observa constantemente nos grupos de trabalho da equipe de enfermagem é uma insatisfação com o emprego do momento e uma contínua procura de nova oportunidade de trabalho, recebendo e passando informações sobre outros empregos, melhores salários, condições de trabalho e garantia de satisfação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - MOTTA, Fernando C.P. Organização e Poder. Empresa, Estado, Escola. São Paulo : U.S.P, 1986. p. 424-430. Tese - (Doutorado em Administração Escolar e Economia da Educação) - Fac. de Educação da Universidade de São Paulo.
- 2 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 431-433.
- 3 - CAMACHO, Joel da S. Organização Sistêmica de Recursos Humanos: uma proposta metodológica. São Paulo : PUC, 1981 p. 39-40. Tese - (Doutorado em Filosofia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- 4 - KURCGANT, Paulina (coord.). As teorias de Administração e os Serviços de Enfermagem. In : Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. p. 3-14.
- 5 - CAMACHO, Joel da S. Psicologia Organizacional: uma abordagem sistêmica. São Paulo : EPU, 1984. p. 1-10.
- 6 - GOMES, Paulo C. Enfermeiro e a Legislação. In : CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1990, São Paulo. Anais. São Paulo:[s. n.], 1991. p.39-43.
- 7 - ETZIONI, Amitai. Organizações Complexas. São Paulo: Atlas, 1967. p. 46.



- 8 - PERROW, Charles. Análise Organizacional: Um Enfoque Sociológico. São Paulo : Atlas, 1976. p. 21-47.
- 9 - KOONTZ, Harnold. Administração : fundamentos da Teoria e da Ciência. São Paulo : Pioneira, 1986. p.1-30.
- 10 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p.37.
- 11 - KAST, Fremon, WEIN, C J.R. Organização e Administração: um enfoque sistêmico. São Paulo : Pioneira, 1973. v. 2, p. 589-615.
- 12 - SCHULTZ, Rockwell, JOHNSON A. C. Administração de Hospitais. São Paulo : Pioneira, 1979. p.151-169.
- 13 - GONÇALVES, Ernesto Lima. Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde. São Paulo : Pioneira, 1987. p.47-60.
- 14 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 54.



**"Dê a uma pessoa um peixe e você a  
alimentará por um dia. Ensine uma  
pessoa a pescar e você a alimentará  
pelo resto da vida".**

**Provérbio chinês**



## V - EDUCAÇÃO/TREINAMENTO/DESENVOLVIMENTO

### V - 1- Algumas definições

A palavra educação tem o significado de cultivo ou cultura e provém do latim. O verbo educar é composto da preposição "ex" (de-para) e do verbo "ducere", trazer. No passado, para designar a formação de crianças e adolescentes usava-se o termo "institutio". A partir do século XVI, o termo educação passou a ser usado com o sentido de formação, tornando-se a palavra "educatio" sinónimo de "institutio". Educação, portanto, significa de acordo com a etimologia, o cultivo do ser humano, o desenvolvimento de suas potencialidades (1). A educação é também o ato ou efeito de educar(-se), processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano (2).

Outro aspecto da educação, é que esta, "como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação da realidade" (3).

Tomando-se a educação sob dois aspectos fundamentais, verificamos que: primeiro, ela vem a ser o desenvolvimento pessoal que se processa desde o nascimento até a morte. Em tal sentido a educação nunca cessa. Em segundo lugar, a educação indica a atividade formativa e o conjunto de influências que determinam esse processo de desenvolvimento através da integração do indivíduo com as pessoas, os grupos e agentes sociais da cultura à qual pertence.



Quando falamos de educação é necessário fazer algumas considerações para distinguir as suas diversas fases, embora estas estejam de alguma maneira acontecendo concomitantemente durante a vida. Assim, a educação assistemática ou informal é adquirida através das relações estabelecidas com a família e os diversos grupos sociais. A educação sistemática é aquela exercida de maneira formal em instituições específicas de maior ou menor complexidade.

A evolução das diversas teorias educacionais que se sucederam através dos tempos, nos dão o entendimento das mudanças sociais e seus agentes desde a teoria tradicional até a teoria crítica advinda após os anos 70. Essa última nos apresenta o professor como educador e o aluno como um ser situado no tempo e no espaço, como agente transformador da realidade, ocorrendo uma relação de troca educador-aluno e onde os objetivos educacionais visam a mudança do senso comum para a formação de uma consciência crítica (4). Dai "a importância fundamental do desenvolvimento da capacidade crítica dos educandos enquanto sujeitos de conhecimento, desafiados pelo objeto a ser desvelado" (5). Desta maneira "o enfoque de educação como um processo pelo qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, no intuito de integrá-lo ao modo social vigente, torna-a um processo político situado no espaço e no tempo, influenciando e sendo influenciada por tal situação social" (6).

O adulto é a parcela da sociedade responsável pela produção social de bens e serviços, sendo que a idade adulta é a fase mais rica em termos de realizações, visto que o indivíduo é portador de um conjunto de



conhecimentos resultantes de sua prática social e de sua formação até o momento. Por encontrar-se na fase mais plena de sua existência, é capaz de compreender melhor o significado de sua função social e de suas carências e necessidades mais prementes. Alguns estudos demonstram que a idade não é um fator limitante à educação, havendo fatores como a motivação, status social, back-ground educacional, nível profissional e inteligência que influenciam mais do que a idade em si (7).

"A teoria do capital humano baseia-se em Schultz, e tem como premissa básica que os seres humanos, a nível nacional, a nível de empresa, ou a nível de indivíduo podem ser considerados um capital, um patrimônio, um ativo e, em consequência, serem tratados desta forma" (8).

Estudos realizados afirmam que "a qualidade dos recursos humanos de um país tem sido cada vez mais reconhecida como um fator restritivo ao desenvolvimento econômico, político e social de uma nação. Apesar de não ter sido estabelecido um relacionamento causal preciso, os estudiosos notaram a forte correlação entre os investimentos de um país em saúde e educação e seus índices de desenvolvimento. Os economistas atribuem aumentos não explicados no produto nacional a fatores de desenvolvimento humano" (9). Outros autores também citam a importância do investimento na educação do homem como fator de aumento das potencialidades humanas, criador de riquezas e portanto consumidor de melhor categoria .

Tomando-se a "educação como uma contínua reconstrução de nossa experiência pessoal" e, sendo essa reconstrução "caracterizada pela



observação do dia-a-dia de nossa existência" (10), aliado ao fato de que "as pessoas constituem o recurso dinâmico das organizações" (11), é impossível separar o processo de treinamento da reconstrução da experiência individual. Isso porque a educação envolve todos os aspectos pelos quais a pessoa adquire compreensão do mundo que a cerca bem como a necessária capacidade de melhor lidar com seus problemas (10).

O substantivo treinamento chegou ao português através do francês, "entrainer" que por sua vez, significa "arrastar". No conceito tradicional "o treinamento era entendido como o desenvolvimento de um processo sensomotor, ou mais especificamente, um processo de desenvolvimento das aptidões do indivíduo para a execução de determinada tarefa ou atividade definida. Isto significa que a função do treinamento se limitava a desenvolver no homem a destreza no manuseio das ferramentas e dos materiais, e o conhecimento das máquinas e operações" (12). Esse conceito imediatista reflete aquele momento social face à tecnologia incipiente e dos métodos de trabalho pouco desenvolvidos.

O conceito moderno de treinamento "tem o operário como o centro de sua ação e visa ao aumento da produtividade por meio da capacitação e da integração do mesmo ao ambiente de trabalho, proporcionando-lhe maior satisfação e bem estar social" (13).

Com o avanço dos estudos da psicologia industrial, organizacional e das relações humanas no trabalho, surgiu a ênfase nos recursos humanos enquanto seres sociais que buscam, além do dinheiro no trabalho, a



satisfação, complementação e desenvolvimento pleno. No fundo, é impossível esquecer que educação continuada, treinamento em serviço etc. fazem parte da chamada educação de adultos.



## V- 2 - Aplicações destas definições à área de enfermagem

Existem divergências quanto ao uso dos termos Educação Continuada ou Contínua, Educação em Serviço e Treinamento de Pessoal. As três expressões aparecem denominando a área da enfermagem responsável por selecionar e treinar seus funcionários. O termo "treinar" também se confunde com várias formas de programas que são elaborados na tentativa de suprir as necessidades de desenvolvimento dos indivíduos. Assim, treinar, reciclar, aperfeiçoar e aprimorar são termos que se igualam e se colocam diferentemente na definição de vários autores (14).


Para alguns autores as expressões Educação Contínua e Educação em Serviço são usadas de maneira semelhante, outros incluem a Educação em Serviço na Educação Continuada considerando a Educação em Serviço como um setor com programas de instrução voltados para o desenvolvimento profissional do funcionário, enquanto a Educação Continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha (7).

Talvez a expressão educação continuada seja a que melhor traduz a necessidade da organização assumir todos estes aspectos, que vão desde a carência de uma base educacional adequada no indivíduo até o desenvolvimento de novas habilidades, ou seja, deve ser entendido como um processo e que portanto nunca termina.



"Embora o treinamento ganhe importância nos momentos de carência de mão de obra, a administração de pessoal não pode prescindir dele em nenhum momento, sob pena de tornar-se ela inoperante" (15).

Os programas devem ser estendidos a todos os funcionários e a todos os níveis hierárquicos, pois cada um tem as suas necessidades de desenvolver-se em determinados aspectos. O indivíduo deve ver estes programas que lhe são oferecidos como necessários e integrantes do seu desenvolvimento pessoal e profissional. Onde não houver "treinamento sistemático, criar-se-ão determinados hábitos que viciam o trabalho e diminuem o desempenho e a eficiência do pessoal" (16). O desenvolvimento acontece também para quem ministra as aulas e os programas porque "não é possível ensinar sem aprender" (17), pois a necessidade de passar aos demais integrantes do grupo as técnicas e os procedimentos, ou qualquer outro tipo de ensinamento, obriga forçosamente à pesquisa e à atualização. Por este motivo, deve haver um grupo que formula os programas de acordo com as necessidades sentidas e colhidas na organização, mas todos podem e devem colaborar para a aplicação e o desenvolvimento dos programas.





### V- 3 - Gestão de recursos humanos, desenvolvimento de recursos humanos e a área hospitalar

A administração de recursos humanos tomou impulso no início do século, quando se desenvolveram as diversas Teorias das Relações Humanas e do Comportamento. Contudo, por muito tempo, a área que se encarrega dos funcionários foi vista como um setor onde se processam as admissões, os pagamentos e as demissões.

Certamente, no setor industrial já existe um entendimento maior do que significa uma administração de recursos humanos como área gerencial com os seus diversos subsistemas. No setor hospitalar e de saúde é mais recente a introdução deste novo conceito de Administração de Recursos Humanos. Mesmo onde existe, não há um bom entendimento a respeito da sua atuação. Geralmente é vista como uma área de poder e de perda da autonomia dos diversos setores. No entanto, deveria ser vista como colaboradora na viabilização dos programas de treinamento e desenvolvimento do pessoal de acordo com as necessidades da organização sentidas através das avaliações de desempenho dos funcionários e das solicitações dos gerentes dos diversos setores.

Outro aspecto que está atrelado às funções da Administração de Recursos Humanos deve ser a proposta de estabelecimento de planos de carreira, cargos e salários, tudo com o objetivo de motivar o indivíduo a desempenhar cada vez melhor as suas atividades, manter-lhe o moral elevado e permitir ao indivíduo e à organização atingirem seus objetivos. É cada vez mais



relevante a contribuição de Recursos Humanos, já que é notório que "um corpo de funcionários motivado e atuante significa a garantia de alto padrão de desempenho da organização, tanto quanto um corpo de funcionários apático e desinteressado certamente comprometerá a qualidade de seu produto final, qualquer que seja a atividade a que se dedique a organização" (18).

Qualquer que seja o escalão em que se encontra o funcionário, a aprendizagem, para que aconteça, precisa ser significativa para ele, ou seja, envolvê-lo como pessoa, como um todo: idéias, sentimentos, cultura, sociedade. Deve ainda ter objetivos realistas, um bom relacionamento interpessoal e acompanhada estar de "feedback" (19). No caso da enfermagem, estudos realizados pelo COFEN/ABEn, apresentam que 81,2% dos enfermeiros no Brasil consideram importante o oferecimento de cursos e programas de desenvolvimento, tornando-se este um fator de eficiência e satisfação no trabalho (20).

Como vimos, existem várias maneiras de se denominar o setor encarregado do desenvolvimento dos recursos humanos em enfermagem. Da mesma forma, costuma variar a localização deste setor na estrutura hierárquica.

Quanto ao nome, certamente ele não é o mais importante. A relevância está na filosofia que irá nortear todo este desenvolvimento (21), na sua localização na estrutura e no valor atribuído à enfermagem na organização. Estes são os fatores que darão maior ou menor autonomia ao órgão de recursos humanos ou à enfermagem para efetuar os programas necessários e garantir melhores resultados.



## REFERÊNCIAS. BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ENCICLOPÉDIA Abril. São Paulo : Abril, 1976. v. 4 p. 146-148.
- 2 - FERREIRA, A. B. de H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. p.499.
- 3 - FREIRE, Paulo. Conscientização Teoria e prática da Libertação : uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.p.25.
- 4 - SILVA, M .J, PEREIRA, L, BENKO M. A.. Educação Continuada : Estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo : Editora da Universidade de São Paulo, 1989. p.2.
- 5 - FREIRE, Paulo, GUIMARÃES, Sérgio. Sobre Educação : diálogos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p.71.
- 6 - SILVA, M. J, PEREIRA, L., BENKO, M.A. Educação continuada ... p. 2-4.
- 7 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 4-5.
- 8 - BOOG, Gustavo. O Desenvolvimento de Recursos Humanos : investimento com retorno? São Paulo : McGraw-Hill, 1980. p.1- 5.
- 9 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 6.



- 10 - CARVALHO, Antonio Vieira. Treinamento de Recursos Humanos. São Paulo : Pioneira, 1988. p.4-5.
- 11 - CHIAVENATO, Idalberto. Administração de Recursos Humanos. São Paulo : Atlas, 1983.v.3 p.154-224.
- 12 - PIZZA JUNIOR W. O que todo mundo sabe sobre treinamento. Rev. Adm Publ. Rio de Janeiro, v.25 n.2, p. 93 - 102, abr./jun.1991.
- 12 - FONTES, Lauro Barreto. Manual do Treinamento na Empresa Moderna. São Paulo : Atlas, 1980. p.9-106.
- 13 - SERSON, José. Curso Básico de Administração de Pessoal. São Paulo: Melhoramentos, 1975 p. 293-303.
- 14 - KURCGANT, Paulina. In : SILVA, M.J.P... Educação continuada... p. 9.
- 15 - SERSON, J.. Curso... p.293.
- 16 - MEZOMO, João C. Administração de Pessoal no Hospital. São Paulo : CESC/CEBRAE, [197-]. v.2 p. 104-119.
- 17 - FREIRE, Paulo et.al. Vivendo e aprendendo: experiências do IDAC em educação popular. 5. ed. São Paulo, 1982. p.13.



- 18 - GONÇALVES, Ernesto Lima Administração de recursos Humanos nas Instituições de Saúde. São Paulo: Pioneira, 1987. p. 61.
- 19 - ABREU, Maria Célia. O Professor Universitário em aula: prática e princípios teóricos. 8. ed. São Paulo: M.G. Ed. Associados, 1990. p. 9-11.
- 20 - BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil :1982/1983. Rio de Janeiro : 1985, Conselho Federal de Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem. v.1. p. 200.
- 21 - KURCGANT, Paulina (coord) . Administração em Enfermagem. São Paulo : EPU, 1991. p. 147-164.



**MATERIAL E  
MÉTODO**



**"Caminhante, não há caminho.**

**O caminho se faz ao caminhar".**

**(A.Machado, citado por Paulo Freire)**



## VI - METODOLOGIA

### VI.1- Propostas

Conforme já apresentado, o objetivo deste trabalho era realizar um levantamento de dados referente ao desenvolvimento do enfermeiro em organizações hospitalares em São Paulo, por meio de um levantamento de dados especificamente desenhado. Este levantamento abrangeu as maneiras alternativas pelas quais o desenvolvimento se estava viabilizando, qual a importância a ele atribuída e se havia investimento da organização neste campo. Finalmente, buscou-se a visão do superior imediato das Diretorias/ Gerências/ Chefias de Enfermagem a respeito.

### VI.2- Delimitação do Campo

Para responder a estes objetivos, foi realizado o presente estudo nos Hospitais Gerais de Grande Porte situados no Município de São Paulo.

De acordo com o Ministério da Saúde, (1, 2), pode-se dividir os hospitais por porte, de acordo com as seguintes categorias:

Pequeno porte - com capacidade normal ou de operação de até 50 leitos;

Médio porte - com capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos;

Grande porte - com capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos;

Porte extra - é considerado o hospital com capacidade acima de 500 leitos.

Esta classificação refere-se exclusivamente ao número de leitos, independente da complexidade das instalações ou da assistência prestada ao usuário do serviço.



Ao escolher o porte do hospital, como critério para realização deste trabalho, optou-se por escolher hospitais ditos de "grande porte" por acreditar que, teoricamente nestes, deveria haver uma estrutura organizacional que correspondesse a uma política de recursos humanos condizente com as dimensões da instituição. Portanto, haveria uma maior probabilidade de existir uma estrutura de atenção ao desenvolvimento de seus recursos humanos de maneira geral e em especial em enfermagem.

O número e demais informações específicas sobre os hospitais de grande porte foram obtidos nas informações registradas no Centro de Informações de Saúde, (CIS), da Secretaria de Estado da Saúde, que dispõe de um cadastro de Hospitais de Assistência Médica Geral e Especializada ( anexo VIII ). Deste cadastro foram extraídas as informações de interesse, como nome do hospital, endereço, telefone, porte, tipo e finalidade. Este esforço foi direcionado para os hospitais que apareciam no cadastro como tendo entre 151 e 500 leitos e sendo considerados "gerais".

Foi consultado um profissional de estatística com o objetivo de estabelecer a amostra a ser trabalhada para posterior inferência. Por sugestão deste, optou-se por trabalhar o universo, tendo em vista as dificuldades de retorno que normalmente os questionários de maneira geral apresentam e também a quantidade de variáveis do questionário, bem como o número total de hospitais que correspondem ao perfil desejado. Desta maneira, a quantidade de respondentes definiria a própria amostra a ser analisada.



**TABELA I Composição do universo dos hospitais gerais  
de grande porte no Município de São Paulo.**

<b>Categoria</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Hospitais Públicos	13	21
Hospitais Privados	49	79
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Fonte: Cadastro CIS, Nov/91

**TABELA II Composição do universo dos hospitais gerais públicos  
de grande porte no Município de São Paulo.**

<b>Categoria</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Estaduais	08	62
Municipais	05	38
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Observações:**

Na informação do CIS havia 5 hospitais constando como federais, mas estes foram aqui considerados estaduais. Embora a listagem apresentada se referisse a 1991, sabemos que desde 1987 os hospitais federais foram estadualizados em São Paulo, após a implantação do SUDS. Isto significa considerar como estaduais ou estadualizados os hospitais Brigadeiro, Darcy Vargas, Heliópolis, Ipiranga e Leonor Mendes de Barros.



**TABELA III Composição do universo dos hospitais gerais privados de grande porte no Município de São Paulo segundo a finalidade.**

<b>Categoria</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Filantropicos	16	33
Beneficientes	3	6
Lucrativos	30	61
Total	49	100

Fonte: Cadastro CIS, nov./91.

### **VI.3-Desenho da Pesquisa**

Idealmente a pesquisa foi imaginada como sendo realizada em duas fases, envolvendo dois questionários diferentes conforme consta do projeto. O primeiro seria dirigido ao superior hierárquico da Direção de enfermagem enquanto o segundo seria aplicado ao corpo de enfermeiros dos hospitais. Este segundo foi pensado para ser realizado após o retorno do primeiro, pois a partir dos dados fornecidos pelos respondentes haveria possibilidade de obter critérios para estratificar as informações e definir o tamanho da nova amostra para buscar dados informativos a respeito dos enfermeiros de cada hospital.



Foram elaborados, portanto, dois questionários a serem aplicados após a realização de teste preliminar com o objetivo de aferir a adequação dos mesmos. No entanto, somente o questionário I foi submetido ao pré-teste, porque a partir da análise deste questionário se teria subsídios para a aplicação do questionário II. Contudo, devido às dificuldades encontradas para o retorno do primeiro questionário, optou-se por não aplicar o segundo. Surgindo a possibilidade de se prosseguir com esta linha de investigação, este questionário poderá eventualmente ser utilizado, pelo menos como indicativo.

No pré-teste foram utilizados 06 questionários, número equivalente a 10% do universo pretendido, sendo que cinco dos hospitais não pertenciam à população alvo. Optou-se por trabalhar com hospitais não pertencentes à amostra para não duplicar a solicitação às mesmas pessoas. A idéia era verificar se as perguntas estavam claras e se levavam às respostas que interessavam ao trabalho. Após o recolhimento do questionário I e efetuadas as correções consideradas necessárias foi realizada a distribuição do mesmo aos hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo.



### **VI.3.1-Elaboração do Questionário**

O questionário foi elaborado a partir dos elementos que se consideraram importantes. Assim, as variáveis sobre as quais se indagava foram:

- Finalidade
- Número de leitos
- Número de funcionários total do hospital e da enfermagem
- Composição da equipe de enfermagem
- Estrutura e localização do setor de atenção ao desenvolvimento de recursos humanos de enfermagem
- Existência de verbas para fins de desenvolvimento
- Importância atribuída à área e
- Cursos realizados e última data destes.

A atribuição de relevância a estes elementos se justificou pois alguns fatores, na prática, têm demonstrado que, dependendo da finalidade do hospital, da composição, da estrutura de uma política de recursos humanos mais ou menos progressista, viabilizam-se ou não programas de desenvolvimento de pessoal.



### VI.3.2-Envio do Questionário

Estabeleceu-se, então, contato telefônico para obter informações precisas sobre o nome da pessoa ocupante do cargo a quem se desejava enviar o questionário e portanto viabilizar a pesquisa. No caso, tratava-se de descobrir qual era o cargo ao qual a enfermagem era diretamente subordinada e quem o ocupava. A seguir foi realizada a postagem de um pacote, que continha:

Carta de apresentação (Anexo IX);

Carta explicativa (Anexo X);

Questionário I(AnexoXI);

Envelope com endereçamento prévio para resposta.

A data da postagem foi 15 de janeiro de 1993 e a data preliminarmente estabelecida para o retorno do questionário foi o dia 10 de fevereiro de 1993.

### VI.3.3-Devolução do Questionário e Coleta de Dados

Até a data inicialmente estabelecida houve o retorno de 20% do total dos questionários enviados. Como logo após este período surgiram telefonemas de alguns dos destinatários, indagando sobre a validade de resposta após a data citada, evidenciou-se a necessidade de prolongamento do prazo estabelecido inicialmente, imaginando-se que com este mecanismo se aumentaria muito o índice de respostas. Afinal, janeiro/fevereiro é período de alta frequência de férias e, portanto, de acúmulo de trabalho para os presentes no desempenho de suas funções. Foi elaborada, portanto, nova correspondência, estabelecido novo prazo e, concomitantemente, foi estabelecido contato telefônico com a Instituição e com o



provável respondente, entre aqueles cujas respostas não haviam sido recebidas (AnexoXII).

A este segundo contato as respostas foram as mais variadas, desde que o questionário já tinha sido respondido como que ele tinha sido enviado para outro setor dentro da própria organização para coleta de alguns dados. Houve também quem respondesse que não o havia recebido mas que, se fosse enviado novamente, teria prazer em responder. O novo envio foi realizado via FAX, também instrumento utilizado para a resposta. A data de encerramento da pesquisa foi, finalmente, fixada para o último dia útil de maio / 93.

Foram distribuídos 62 questionários, sendo que 38 foram devolvidos, representando 61% da população. Apenas um dos hospitais declarou a priori que não iria responder ao questionário.

#### VI.3.4- Codificação do Questionário e Tabulação dos Dados

Após o encerramento do recebimento dos questionário foi solicitada a ajuda de um profissional de estatística da EAESP/FGV, do IMQ. Junto com este, foi atribuído um código a cada campo do questionário, com o objetivo de facilitar a elaboração de tabelas, cruzamento de dados e análise dos resultados. Inicialmente foi atribuído ao campo 01 um número seqüencial de 01 a 38, aos quais correspondia cada questionário respondido e seu respectivo hospital.

As questões receberam a codificação de 02 a 62, sendo atribuído às respostas sim / não os valores 1 e 0, respectivamente. Para as questões não respondidas foi definida a letra " x ".



Terminado o trabalho de codificação, os dados foram lançados em planilha onde, na horizontal, foram lançadas as respostas às questões e, na vertical, o número do hospital correspondente (Anexo XIII ).

#### VI.4-Dificuldades Encontradas e Adaptações Realizadas

Uma das dificuldades foi estabelecer a população a ser estudada, porque as informações do CIS contidas na planilha de novembro de 1991 e emitidas em abril de 1992 disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde não eram exatamente condizentes com os fatos no primeiro semestre de 1993 quando foi realizada a pesquisa. Portanto, as informações foram sendo adaptadas à medida que os contatos e os respondentes o foram permitindo.

1- dois hospitais, que traziam a informação de número de leitos operacionais iguais a zero, estavam funcionando normalmente;

2 - hospitais ditos sob gestão federal, que já não o eram desde 1987 quando passaram para a gestão estadual;

3 - dados duvidosos no relatório do CIS também não eram facilmente esclarecidos junto às chefias de enfermagem ou com o administrador . As dúvidas referiam-se mais a dados tais como leitos planejados, já que nem sempre as pessoas haviam participado do planejamento ou detinham a informação;

4 - alguns dos hospitais apresentados na planilha informavam número de leitos operacionalizados maior do que os planejados, o que teoricamente não deveria ocorrer;



5 - um hospital, classificado como público, de gestão estadual e com caráter universitário, foi tratado como estadual para finalidade analítica ( para não ser criada nova categoria ).

6 - dois hospitais que na informação do CIS constavam como não lucrativos, responderam que tinham finalidade lucrativa. Portanto, foram classificados como tal, aceitando-se a posição do respondente;

7 - o administrador de determinado hospital, ao receber o questionário, fez cópia e enviou-o para dois setores. Estes responderam simultaneamente, porém as informações não coincidiam. Foi sanado o problema por fontes alternativas;

8 - os termos filantrópico e beneficente, assim como lucrativo e não lucrativo, empregados simultaneamente por alguns respondentes, demonstram desconhecimento dos termos e das finalidades da instituição enquanto entidade mantenedora;

9 - na planilha do CIS, junto à informação de que determinado hospital é considerado "não lucrativo", não há a informação quanto a se é beneficente ou filantrópico. Contudo, pelas informações obtidas, assumiu-se ser ele beneficente;

10 - outro dos hospitais, que constava como privado-lucrativo na informação do CIS, foi considerado pelo respondente como privado-beneficente. Mais uma vez, aceitou-se a afirmação do respondente.



## VII - RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A Partir daqui serão apresentados basicamente as respostas ao questionário, subdivididos em categorias de maneira a facilitar as análises.

### VII.1 - Estudo do Cenário Hospitalar

**TABELA IV - Distribuição do total de hospitais de grande porte no Município de São Paulo, por entidade mantenedora, segundo serem ou não respondentes desta pesquisa.**

Tipo de hosp.	Privado		Público		Total	
Variáveis	Nº	%	Nº	%	Nº	%
quest. resp	27	55	11	85	38	61
quest. n resp	22	45	2	15	24	39
total	49	100	13	100	62	100

Os dados acima demonstram que houve proporcionalmente mais respondentes entre os hospitais públicos que privados.



**TABELA V - Distribuição percentual dos hospitais gerais de grande porte privados no Município de São Paulo respondentes, segundo a finalidade.**

Hospitais privados	Nº	%
Filantropico	10	37
Beneficiente	03	11
Lucrativo	14	52
Total	27	100

**TABELA VI -Distribuição percentual dos hospitais públicos de grande porte no Município de São Paulo, segundo o órgão gestor.**

Hospitais Públicos	Nº	%
Estaduais	07	64
Municipais	04	36
Total	11	100



**TABELA VII - Total de leitos planejados nos hospitais de grande porte no Município de São Paulo, divididos entre privados e públicos e valores médio, mínimo e máximo.**

Categoria	Leitos Planejados		Média	Mínimo	Máximo
	Nº	%			
Privado	7003	70,16	259,37	151	500
Públicos	2979	29,84	270,89	159	465
Total	9982	100,00	262,68		

**TABELA VIII-Total de leitos operacionalizados nos hospitais de grande porte no Município de São Paulo respondentes deste trabalho, com suas médias, mínimo e máximo, segundo serem públicos ou privados.**

Leitos operacionaliz.	Nº.	%	Média	Mín	Máx
Privados	5284	68,83	195,70	87	500
Públicos	2393	31,17	217,55	60	396
Total	7677	100,00	202,02	60	500



**TABELA IX- Total de leitos planejados/operacionalizados nos hospitais de grande porte no Município de São Paulo, divididos entre público e privados.**

Leitos	Total		Privados		Público	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Planej.	9982	100	7003	70,16	2979	29,84
Operac.	7677	100	5284	68,83	2393	31,17
Dif.	2305	100	1719	74,57	586	25,43

Os dados das tabelas VII a IX tentam mostrar a quantidade de leitos cobertos por esta pesquisa. Faz parte da análise de cenário conhecer o universo com o qual se trabalha. Há algumas conclusões a que se pode chegar desde um primeiro momento:

1 - observando os dados verificamos que 23,09 % dos leitos planejados não foram operacionalizados ou não estavam funcionando quando da realização do trabalho. Para qualquer planejamento, isto significa diferença considerável.

2 - um dos hospitais aqui trabalhado como público estadual, apresentava somente 31,58% dos leitos operacionalizados em relação aos planejados. Este tipo de ocupação somente apareceu no setor público, mas trata de uma diferença da ordem de 70 %.

3 - dois hospitais apresentaram número de leitos operacionalizados superior aos planejados (128,30% e 137,36%), sendo que ambos pertenciam à administração municipal. Como este trabalho discute qualidade da assistência, em



última análise, cabe questionar esta proporção acima de 100 % em termos de área física e de quadro de pessoal. Qual a qualidade de fato oferecida?

4 - cinco hospitais privados apresentaram 100% dos leitos planejados operacionalizados (2 lucrativos e 3 filantrópicos). É interessante lembrar que, em teoria, a taxa de ocupação recomendada é em torno de 80% dos leitos operacionalizados (3).

Quanto ao número de leitos planejados:

1- para enviar os questionários, tomou-se por base os números de leitos fornecidos pelo CIS;

2- após o recebimento do questionário utilizou-se o dado fornecido pelo respondente;

3- para dar o tratamento dos dados fixou-se o numero máximo de leitos em 500, buscando coerência com a classificação inicial do trabalho, embora um dos respondentes apresentasse a resposta de 503.



## VII.2-Pessoal de Enfermagem

As questões seguintes buscam dados reais referentes a alguns indicadores tradicionais na literatura em administração hospitalar, como por exemplo a relação do total de pessoal do hospital com o total de pessoal de enfermagem e relação entre o número de leitos. Alguns autores recomendam que a equipe de enfermagem represente 60% do pessoal total do hospital (4). A intenção era poder obter estas informações no campo de trabalho. Contudo, dos 38 respondentes, somente 19 responderam a esta questão. Não foi possível apurar se os que não responderam não entenderam as perguntas, não possuíam os dados, não queriam divulgá-los ou não os consideravam importantes. Na verdade, principalmente no setor público, dados exatos sobre lotação de recursos humanos são difíceis de obter. Em termos gerais, devido à nova lei do exercício profissional, há quem se ressinta de continuar contando, de forma importante, com atendentes de enfermagem. Finalmente, exceto enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, há categorias potencialmente fazendo parte destes 60 %, como escriturários. Por outro lado, em alguns serviços, há pessoal de enfermagem vinculado à área de apoio, como Imagenologia e/ou Laboratório. Assim, o dado pode ser difícil de ser traduzido.

Os 19 que responderam esta pergunta correspondem a 50 % do total dos respondentes e 31 % do universo. Por isto, pode-se de qualquer forma considerar que os números abaixo apresentados significam algo.



**TABELA X - Número total de funcionários (1), número de funcionários da área de enfermagem (2) e proporção (2/1) nos hospitais privados gerais de grande porte no Município de São Paulo que responderam ao questionário.**

<b>HOSPITAIS PRIVADOS</b>			
	<b>Total funcionários (1)</b>	<b>Total pessoal enf.(2)</b>	<b>2/1</b>
1)	1500	522	34,80
2)	1078	528	48,98
3)	1000	416	41,60
4)	2440	774	31,72
5)	1000	332	33,20
6)	670	226	33,33
7)	810	381	47,03
8)	400	166	41,50
9)	200	119	59,50
10)	1157	388	33,53
11)	2370	1070	45,14
12)	700	269	38,42
13)	688	270	39,94
14)	430	175	40,70
<b>Total</b>	<b>14.443</b>	<b>5636</b>	
<b>Média</b>			<b>39,02</b>



**TABELA XI - Número total de funcionários (1), número de funcionários enfermagem (2) e proporção (2/1) nos hospitais públicos gerais de grande porte no Município de São Paulo que responderam ao questionário.**

<b>HOSPITAIS PÚBLICOS</b>			
	<b>Total funcionários (1)</b>	<b>Total pessoal enf.(2)</b>	<b>2/1</b>
1)	1831	620	33,86
2)	2131	554	25,99
3)	1300	335	25,77
4)	1700	637	37,47
5)	1690	520	30,76
<b>Total</b>	<b>8652</b>	<b>2666</b>	
<b>Média</b>			<b>30,81</b>

Em primeiro lugar, a proporção de hospitais públicos que responderam a esta pergunta (45%) foi menor que aquela dos privados (52%), talvez corroborando o comentário anterior sobre disponibilidade de dados. A seguir, é fácil observar que apenas um dos hospitais ( no caso, privado de número 9 ) se aproxima do valor recomendado pela teoria (60%). Os demais estão aquém, sempre abaixo dos 50 %, sem levar em conta ainda a distribuição por categoria dentro da enfermagem. O setor público saiu-se pior no percentual mínimo ( 32 % no privado contra 26 % no público ), máximo (60 % no privado contra 38 % no público ) e médio ( 39 % no privado contra 31 % no público ), contando-se dados quantitativos.



**TABELA XII - Distribuição da população total de enfermeiros nos hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Hospitais	Total(38)	Privado(27)	Público(11)
Nº de enfermeiros	2166	1318	848
Média	57	49	77
Mínimo	1	1	9
Máximo	163	158	163

**TABELA XIII - Distribuição da população total de técnicos de enfermagem em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Hospitais	Total(38)	Privado(27)	Público(11)
Nº de téc. de enf.	272	232	40
Média	7	9	4
Mínimo	0	0	0
Máximo	62	62	40



**TABELA XIV - Distribuição da população total de auxiliares de enfermagem em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Hospitais	Total(38)	Privado(27)	Público(11)
Nº de aux. de enf.	6948	4047	2901
Média	183	156	264
Mínimo	10	10	85
Máximo	486	440	486

**TABELA XV - Distribuição da população total de atendentes de enfermagem em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Hospitais	Total(38)	Privado(27)	Publico(11)
Nº de aten. de enf.	5130	3312	1818
Média	135	123	165
Mínimo	32	32	43
Máximo	583	583	334



Observamos nas tabelas XII; XIII; XIV e XV que, de uma maneira geral, os dados quantitativos referentes às categorias profissionais se comportam da seguinte maneira:

1 - a média de enfermeiros nos hospitais públicos é maior que nos privados.

2 - quanto à categoria dos técnicos, não é possível avaliar, visto que esta função não existe de rotina nos hospitais públicos. O único que está apresentando esta categoria é hospital universitário, constituindo exceção à regra, com um perfil de assistência diferenciado. Por outro lado, nos hospitais privados, este profissional é utilizado, sendo que em alguns dos hospitais onde seu emprego é habitual sua remuneração está na faixa salarial de auxiliar de enfermagem, representando mão de obra mais qualificada pelo mesmo custo.

3- quanto aos auxiliares de enfermagem, estes também são em maior número nos hospitais públicos que nos privados. Um dos hospitais privados não respondeu quantos auxiliares de enfermagem tinha no quadro. Portanto, ao se fazer a média, ele foi excluído.

4 - os atendentes de enfermagem, de maneira geral, aparecem em média, em maior número nos hospitais públicos do que nos hospitais privados, sendo que quando se trata dos níveis máximos estes são maiores nos privados de que nos públicos. Isto se deve provavelmente ao fato de que os hospitais públicos não estão efetuando novas contratações em observação à "Lei do Exercício Profissional". Este dado já se repete neste trabalho, sendo provavelmente um dos condicionantes da atual situação profissional da enfermagem.

5 - Começa a ficar mais claro que nos hospitais cuja proporção de pessoal de enfermagem em relação ao pessoal total se aproxima dos 60 % da teoria, isto se dá às custas do atendente



6 - O único hospital que atingiu os 59% tinha em seu quadro na época um enfermeiro, poucos auxiliares e um grande número de atendentes, o que obriga a que se encare com reservas o percentual recomendado e aquele observado sem uma análise em maior profundidade.

Em função deste último comentário cabe o levantamento de dados referentes a composição percentual das diversas categorias que compõem a equipe de enfermagem.

TABELA XVI Composição percentual do pessoal da equipe de enfermagem em hospitais gerais de grande porte, do Município de São Paulo que responderam o questionário.

Categoria	Total de hospitais		privados		públicos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiros	2166	15	1318	15	848	15
Téc.de enf.	272	2	232	3	40	1
Aux.de enf.	6948	48	4047	45	2901	52
At.de enf.	5130	35	3312	37	1818	32
Total	14516	100	8909	100	5607	100



Ao se tratar a questão de parâmetros referentes a leitos por pessoal de enfermagem foram considerados 26 hospitais privados e 11 hospitais públicos. Embora inicialmente o número de hospitais privados fosse 27, como um dos hospitais não respondeu à questão, ele foi eliminado desta amostra específica.

Em 1993 verifica-se que a categoria mais presente na equipe de enfermagem é a de auxiliares, o que certamente representa um avanço referente aos anos de 1956 e 1983, conforme será possível observar nos anexos II, III e IV. Mesmo a proporção de enfermeiros está mais adequada, sendo que em ambas as situações isto ocorreu em detrimento dos atendentes de enfermagem, que vem progressivamente sendo reduzidos em número.

Na literatura especializada encontramos a fórmula para a obtenção do total pessoal de enfermagem necessário na estrutura hospitalar e ainda a distribuição percentual para cada categoria, havendo algumas disparidades entre os diferentes autores(5). Cabe colocar que estudos mais recentes levam em consideração outros fatores que não apenas os referentes ao número de pacientes, carga horária etc, incluindo variáveis relacionadas com os dados populacionais, como também a questão do gênero que compõe a equipe de enfermagem e portanto a taxa de natalidade e ainda as concessões trabalhistas feitas em organizações públicas quanto a faltas abonadas, justificadas e injustificadas que o funcionário tem como direito sem grandes prejuízos e, principalmente, o grau de dependência do paciente a ser assistido (6).

Existe também um Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) que coloca vários parâmetros que avaliam os hospitais conferindo-lhes ou não o selo de qualidade, tendo em vista a melhoria da assistência. Os índices variam de



acordo com cada hospital. Nesse caso também o fator quantitativo é um dos índices de qualidade dos serviços. É necessário verificar cada uma das instituições, sua filosofia e o modelo assistencial adotado, estudando suas peculiaridades e adotando critérios próprios de acordo com as características de cada organização.

De fato, em 1993 olhar normativamente ou prescritivamente para o quadro de pessoal em hospitais parece pouco prudente ou pouco realista. Assim, pode-se dizer que embora qualquer parâmetro teórico possa ser usado a priori ele será inadequado. Ele serve como primeira aproximação devendo ser revisto continuamente, frente ao tipo e gravidade dos casos atendidos, às políticas de pessoal da organização, à situação de oferta de mão de obra do país etc..

No caso, os hospitais que foram objeto deste trabalho apresentaram as composições observadas nos anexos XIV, XV e XVI onde podemos verificar que a distribuição das categorias de enfermagem se aproxima com a ressalva em relação aos técnicos de enfermagem pelas razões já expostas anteriormente



### VII.3- Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal em Hospitais - Estrutura e Recursos

Conforme foi apontado anteriormente, as atividades no sentido de aprimorar continuamente o desenvolvimento e o desempenho de pessoal no hospital são fundamentais para operar serviços de qualidade. Por isto, este questionário se preocupou com a identificação de órgãos, na estrutura dos hospitais, com esta função.

TABELA XVII-Existência de Órgão de T & D em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.

Existência de órgão encarregado T&D	privado	público	total
Sim	17	10	27
Não	9	1	10
Não respondeu	1	--	--
Total	27	11	38

Embora esta pergunta parecesse bastante simples, verificou-se algumas distorções nas respostas obtidas. Por exemplo, os mesmos respondentes que afirmaram aqui não haver órgão de T&D ou que não responderam, na questão a seguir informaram possuir pelo menos um setor encarregado de educação continuada ou existir outra modalidade. Ao mesmo tempo, um dos hospitais públicos informou que não tinha órgão de T&D, mas que havia uma área que cuidava de cursos, palestras e treinamento inicial dos funcionários, ligada à Comissão Científica, onde trabalhavam duas enfermeiras.



Portanto, pelas respostas infere-se que o órgão de T&D é entendido pelos respondentes como um órgão de alta direção e parte de uma política de pessoal. Outra constatação é a de que pelas respostas acima notou-se que não houve um entendimento homogêneo a respeito do que fosse um órgão de T&D. Decidiu-se, portanto, tratar as respostas às perguntas seguintes isoladamente, ou seja, a partir de cada tipo de setor respondente ao questionário.

**TABELA XVIII - Existência do setor de Educação Continuada em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Existência	Total (38)		Privados (27)		Públicos (11)	
ED.Cont.	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	22	58	15	56	7	64
Não	6	16	3	11	3	27
Não resp.	10	26	9	33	1	9

**TABELA XIX- Existência do setor de Treinamento em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Existência	Total (38)		Privados (27)		Públicos (11)	
Treinem.	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	11	29	9	33	2	18
Não	17	45	9	33	8	73
Não resp.	10	26	9	33	1	9



TABELA XX - Existência de Treinamento e Desenvolvimento de Recursos

Humanos de enfermagem em hospitais gerais de grande porte, no  
Município de São Paulo que responderam o questionário.

	Total (38)		Privados (27)		Públicos (11)	
T&D de RH enf.	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	5	2	8	--	--
Não	26	69	16	59	10	91
Não resp.	10	26	9	33	1	9

As tabelas XVIII, XIX e XX apresentam uma visão um pouco mais global da estrutura organizacional voltada ao desenvolvimento de recursos humanos nos hospitais. Antes de analisarmos diretamente as respostas é cabível lembrar que, mais uma vez- a prescrição ou a normatividade tenderão a ter papel relativo. Ou seja, a existência de órgãos voltados a qualquer das atividades listadas não garante que elas se dêem; a inexistência deles tampouco impede que ocorram.

Isto posto, dos 38 hospitais considerados um respondeu ter "outro" tipo de educação em serviço. Este, um hospital público, informou ainda ter órgão de T&D na estrutura, realizar educação continuada e treinamento. Ao referir-se ao "outro" sistema, informou manter programas de educação em serviço abrangendo todas as unidades de saúde do Distrito ao qual pertencia. Por outro lado, todos os outros que responderam dispor de órgão de T&D na estrutura, ao darem respostas multiplas, afirmaram que existe um ou outro setor encarregado, sendo que a Educação Continuada mantém destaque em relação a todos os tipos de modalidade de desenvolvimento de pessoal. Se é por tradição da área de Enfermagem, se é pelo sucesso do empreendimento, não cabe aqui discutir.



A respeito da localização na estrutura organizacional desta área e da sua subordinação, como órgão de assessoria de alta direção, somente um dos hospitais públicos respondeu que havia. Quanto à existência formal de um setor de treinamento de recursos humanos junto à Direção de RH, 9 hospitais responderam afirmativamente ( 7 privados e 2 públicos). Quanto à existência formal de um setor de treinamento de enfermagem, mais uma vez, 9 confirmaram ( 6 privados e 3 públicos). Em relação à Educação Continuada na estrutura da diretoria de enfermagem, 22 hospitais afirmaram tê-la ( 15 privados e 7 públicos conforme tabela XVIII ). Finalmente, quanto à existência de "outra" modalidade na estrutura, somente 2 informaram dispor desta. Um deles, público, referiu-se a uma Comissão Científica; outro, privado, apresentou um tipo de atividade de organização e administração de cursos e treinamentos de responsabilidade das próprias chefias dos setores, ou seja, de maneira a atender as necessidades dos próprios setores especificamente. As maneiras alternativas citadas foram: 8 vezes, o treinamento informal pelo superior imediato (6 privados e 2 públicos); 1 vez foi mencionado que um hospital privado utiliza instrutor e 4 hospitais privados informaram sua realização por colegas.



A partir daqui, o questionário buscou dados sobre a existência de verba destinada ao desenvolvimento de pessoal e sua aplicação, bem como a disposição da organização em oferecer programas de desenvolvimento de pessoal a nível interno ou externo à instituição.

**TABELA XXI- Distribuição dos hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo, que responderam o questionário, em relação à disponibilidade de verba destinada ao desenvolvimento de R.H**

	Total		Privado		Público	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Existência de verba para desenvolvimento de RH						
Sim	16	42	13	48	3	27
Não	19	50	11	41	8	73
Não resp.	3	8	3	11	--	--
Total	38	100	27	100	11	100

Verificamos que 42 % do total dos hospitais dispõe de verba para desenvolvimento de pessoal. Porém, se comparados os hospitais privados e públicos verificamos que existe verba em 48% dos hospitais privados enquanto que nos públicos apenas 27 % do seu total conta com verba para este fim.



**TABELA XXII - Distribuição dos hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo, que responderam o questionário, quanto à existência de órgão de treinamento e desenvolvimento e de verba para desenvolvimento de pessoal de enfermagem.**

Categorias	Total	Privados	Públicos
Tem órgão e tem verba	14	11	3
Tem órgão e não tem verba	14	7	7
Não tem órgão e tem verba	3	3	0
Não tem órgão e não tem verba	7	6	1
Total	38	27	11

Talvez estas respostas não correspondam exatamente à verdade, pois foi necessário adaptar duas respostas um dos hospitais não respondeu, tendo sido classificado como não dispondo de verba para esta finalidade; um hospital privado que não respondeu se tinha órgão embora tivesse respondido que tinha verba, foi classificado na categoria "não tem órgão e tem verba".

Frente à disponibilidade de verba, feita a pergunta sobre quais as categorias beneficiadas, os dados encontrados estão na tabela XXIII.



**TABELA XXIII -Distribuição das categorias beneficiadas pela verba destinada ao desenvolvimento de recursos humanos de enfermagem nos hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Categorias beneficiadas	Total	Privados	Públicos
Enfermeiro	14	11	3
Técnico de enf.	6	6	--
Auxiliar de enf.	11	9	2
Atendente de enf.	8	6	2
Outros	4	4	--
Total	43	36	7

Embora esta tabela seja auto explicativa, cabe apresentar algumas observações. Por exemplo, um hospital público e um privado responderam que, embora não tendo verba, beneficiam os funcionários de enfermagem liberando-os para cursos, sem o auxílio para despesas mas também sem desconto nos vencimentos. Por outro lado, embora os hospitais privados e públicos de uma maneira geral invistam mais no enfermeiro, verificou-se que um hospital privado informou que somente investe no atendente. Finalmente, ao referir-se a outras categorias funcionais, foram citadas secretárias e escriturários ligados às atividades de enfermagem.



#### VII.4- Treinamento e Desenvolvimento de Enfermagem em Hospitais: Atividades e seus Reflexos na Organização

Ao perguntar se o hospital oferece cursos, estágios ou encontros profissionais para a enfermagem, obtivemos os dados abaixo.

**TABELA XXIV - Distribuição dos hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário quanto ao oferecimento de cursos, estágios ou encontros para a enfermagem.**

Oferecimento de atividades	Total		Privado		Público	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Sim	28	74	17	63	11	100
Não	9	24	9	33	--	---
Não respondeu	1	2	1	43	--	---

Salta aos olhos a observação que todos os 11 hospitais públicos ofereceram atividades enquanto que nos hospitais privados somente 17 as ofereceram aos funcionários de enfermagem.



Além do dado em si também buscando consistência com a pergunta anterior foi perguntado quando foi oferecido o último programa. Dos 28 hospitais que responderam afirmativamente na questão acima ( 17 privados e 11 públicos ), e tomando como mês zero o mês em que foi encerrada a pesquisa, ( maio de 1993), observamos a tabela abaixo.

**TABELA XXV - Média, mínimo e máximo prazos de oferecimento de cursos em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário, em meses, tomando como marco referencial o último dia útil de maio.**

Data do ultimo programa oferecido (maio/93)	Total(28)	Privados (17)	Público (11)
Média	7	6	9
Mínimo	1	1	1
Máximo	16	12	16

Pelos dados acima, podemos verificar que os hospitais que oferecem cursos aos seus funcionários o fizeram em média no período de 7 meses antes da aplicação do questionário, sendo que nos hospitais privados o período médio em que foram oferecidos cursos foi menor do que nos hospitais públicos.

Tinha sido oferecido curso um mês antes da resposta do questionário tanto nos hospitais privados quanto nos públicos. Isso provavelmente se deve ao fato de em maio serem comemorados o dia do enfermeiro e a semana da enfermagem, data em que usualmente as comemorações incluem programas de atualização



científica e de cursos. Este tipo de atividade vem se tornando habitual nas categorias de enfermagem já por tradição, garantindo um espaço de aprimoramento e reflexão.

Nos hospitais privados no máximo tinha sido oferecido curso 12 meses, antes da resposta ao questionário, enquanto que nos hospitais públicos o tempo máximo encontrado foi de até 16 meses.

Ao perguntar se o hospital oferece cursos ou estágios fora do hospital, obtivemos as respostas abaixo.

**TABELA XXVI** Distribuição dos cursos/estágios externos ao hospital oferecidos a funcionários de hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.

Oferecimento de cursos externos	Total		Privado		Público	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	33	86	22	82	11	100
Não	4	11	4	15	--	--
Não respondeu	1	3	1	3	--	--
Total	38	100	27	100	11	100

Observamos que a totalidade dos hospitais públicos ofereceu cursos/estágios externos aos seus funcionários e que 82% dos privados também o fez.



Ao indagar qual o critério de decisão para a escolha do curso ou estágio, obtivemos as respostas a seguir, lembrando que foram utilizados os números correspondentes aos hospitais que oferecem cursos/estágios o seja, 33 no total ( 22 privados e 11 públicos). Outro fato é que poderia haver mais que uma razão para oferecimento de cursos e por isso poderiam utilizar mais que uma alternativa.

Tabela XXVII Distribuição do critério de decisão para escolha de cursos/estágios em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.

	Total(33)	Privados(22)	Públicos(11)
Critério de decisão	No	No	No
Introdução de novas tecnologias	25	18	7
Qualidade do curso	17	12	5
Preço compatível	4	4	--
Horário compatível	5	3	2
Política de RH do hosp.	13	7	6

Observamos que a introdução de novas tecnologias, seguida da qualidade do curso, representa a maior preocupação dos hospitais privados, seguidos por uma política de recursos humanos, enquanto que para os hospitais públicos, embora a introdução de novas tecnologias também apareça em primeiro lugar, ela é seguida da política de recursos humanos e da qualidade do curso. Pode-se talvez imaginar que a preocupação com qualidade do curso seja maior no setor privado. Quanto a outros critérios adotados no setor privado o aprimoramento científico, o interesse do profissional aliado ao interesse do hospital foram citados e no setor



público desde que haja rodízio na frequência dos funcionários aos cursos/ estágios e que estes assumam o ônus do curso/estágio e das demais despesas.

Quando perguntou-se de quem seria a solicitação, as respostas foram concentradas conforme se observa abaixo.

**TABELA XXVIII Formas de solicitação por atividade de treinamento/educação nos hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Hospitais privados	do interessado ao seu superior	11
	da própria chefia/gerência	2
	do interessado na área	1
Hospitais públicos	da enfermeira do setor	2
	o órgão responsável por educação	1
	do funcionário	1

Hospitais públicos	da enfermeira do setor	2
	o órgão responsável por educação	1
	do funcionário	1

Ao perguntar qual o critério de decisão para a escolha do profissional que irá realizar o curso/estágio, as respostas foram aquelas tabuladas abaixo.



TABELA XXIX Distribuição do critério de decisão de seleção do profissional para realização de cursos/estágios em hospitais gerais, de grande porte no Município de São Paulo que responderam o questionário.

	Total(28)	Privado(17)	Público(11)
Critério de decisão	No	No	No
Interesse do func.	23	14	9
Aprimora/ da atuação do funcionário	27	18	9
Perspec.de mudança de área do funcion	13	8	5
Política de RH	12	8	4
Outros	1	1	-

Verificamos que nos hospitais privados o aprimoramento na atuação do funcionário é o primeiro critério de decisão, seguido do interesse do funcionário, enquanto que na rede pública ambos os critérios se igualam. Um dos hospitais privados, aquele cuja resposta está em "outros", apresentou além dos demais, como critério de decisão, a avaliação do desempenho do funcionário.

Ao perguntarmos se é feita a avaliação objetiva do funcionário após a realização de cursos/ estágios, obtivemos as respostas abaixo.



**TABELA XXX Distribuição da avaliação de funcionários após a realização de cursos em hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

Avaliação objetiva do funcionário.	Total		Privado		Público	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	26	69	17	63	9	82
Não	7	18	6	22	1	9
Não resp.	5	13	4	15	1	9
Total	38	100,0	27	100,0	11	100,0

Verificamos assim que a avaliação é citada como realizada na maioria das vezes tanto nos hospitais privados quanto públicos, sendo que nestes últimos em maior porcentagem.

Tomando os hospitais que responderam afirmativamente quanto à realização de avaliação objetiva a respeito de cursos realizados pelos funcionários da organização, perguntamos qual a forma de avaliação.



**TABELA XXXI - Distribuição das formas de avaliação de cursos realizados pelos funcionários de enfermagem de hospitais gerais de grande porte, no Município de São Paulo que responderam o questionário.**

	Total(26)	Privada(17)	Pública(9)
Formas de avaliação	Nº	Nº	Nº
Avaliação de desempenho	19	12	7
Observação do funcionário	19	12	7
Observação do superior	14	10	4
Observações dos pacientes	7	4	3
Outros	3	2	1



Das observações emitidas sobre como é feita a avaliação do profissional que realiza curso/estágio, foram coletadas as seguintes opiniões, na parte do questionário deixada em aberto, ou ainda ao referir-se a outros modos de avaliação:

- 1 - aplicação do conteúdo assimilado no desenvolvimento dos trabalhos onde esta locado;
- 2 - relatórios para apresentação em reuniões periódicas;
- 3 - através de aulas ministrada aos grupos, repassando os conhecimentos adquiridos;
- 4 - mudanças implantadas ao retornar de cursos realizados;
- 5 - relatório e passagem de conhecimento teórico aos colegas;
- 6 - através da execução de técnicas e se for o caso demonstração do que foi aprendido no curso aos demais integrantes da equipe;
- 7 - observação dos resultados no campo de trabalho.

Ao se perguntar se há benefícios em oferecer aos funcionários a oportunidade de realizar cursos/estágios obtivemos o seguinte:



**TABELA XXXII** Proporção dos hospitais gerais de grande porte no Município de São Paulo, que responderam o questionário, quanto a resultados benéficos após oferecimento de cursos/estágios aos seus funcionários.

	Total		Privado		Público	
Há benef. em oferecer cursos/estágios a func.	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	37	97	26	96	11	100
Não	--	----	--	----	--	----
Não resp.	1	3	1	4	--	----
Total	38	100	27	100	11	100

Pelos dados colhidos verificamos que praticamente há um consenso a respeito de resultados em oferecer cursos /estágios aos funcionários dos hospitais, sejam estas organizações privadas ou públicas. Naturalmente, qualquer resposta negativa seria vista como aberrante. Problema a ser analisado seria qualquer "não" obtido nesta pergunta.



## VII.5- Alguns Comentários Sobre as Respostas Obtidas

Foi deixada uma parte do questionário em aberto de maneira que fosse possível a manifestação das diversas opiniões sobre o assunto que eventualmente as perguntas realizadas não tivessem atingido, ou então para complementar as respostas dadas. Tanto os hospitais privados quanto os públicos colocaram como fatores importantes o aprimoramento e a atualização dos funcionários em todos os níveis, bem como os aspectos motivacionais, profissionais e humanos, que permitem que os funcionários percebam o interesse da organização pelo indivíduo e sua importância dentro da estrutura de trabalho. Este interesse intensifica o vínculo com a instituição e leva teoricamente a uma motivação renovada no indivíduo permitindo a aquisição de novos conhecimentos, melhoria no desempenho, novas oportunidades para acesso a novos cargos e uma força de trabalho mais adequada à organização. Pelo menos isto é o que as teorias habituais de Administração de Recursos Humanos ensinam.

Assim, a introdução contínua de novas tecnologias, a competitividade do mercado na busca da melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes, deve servir de estímulo e despertar uma mudança de atitude influenciando outros colegas de trabalho. Estes aspectos podem ser objeto de programas de T&D, tanto mais voltados a treinamento técnico específico quanto a desenvolvimento pessoal mais amplo.

Outros fatores também foram citados, tais como a diminuição da taxa de infecção hospitalar e conseqüente diminuição do tempo de permanência do paciente internado, a incorporação de novos métodos trazendo economia de tempo e de material na execução das técnicas; outro fator citado foi a diminuição da



rotatividade do pessoal. No fundo, estas respostas não fogem das atuais teorias da Administração da Qualidade.

Finalmente, um dos hospitais públicos colocou que além dos benefícios para o indivíduo e para a instituição, os programas de desenvolvimento de pessoal, cumprem as exigências legais e tornam o servidor mais esclarecido na execução de suas funções, o que atribui um certo grau de utilitarismo aos órgãos e atividades de RH, que não podem ser ignorados.

Já foi anteriormente discutida a estreita vinculação entre o órgão de RH e as atividades de Treinamento e Desenvolvimento. Também já não é nova a discussão a respeito de quem avalia T&D e o órgão de RH. A resposta a esta pergunta certamente traz consigo a interpretação sobre a quem serve o órgão e as atividades de RH.



## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**



## VIII - CONCLUSÕES

### VIII.1- Aspectos Gerais

Feita a apresentação dos resultados, há algumas conclusões a que foi possível chegar mesmo sem pensar especificamente no tema desta dissertação. Assim, é importante dar-se conta de que se está falando 61% dos hospitais gerais de grande porte do Município de São Paulo. Isto não permite falar no restante do Estado nem do País, pois a realidade da Capital tem aspectos peculiares, mas é um retrato dos hospitais desse tipo no Município no primeiro semestre de 1993.

Outro aspecto a ressaltar se prende à oferta de leitos. Com frequência se ouve falar da escassez no número de leitos disponíveis para a população. Verificou-se que, apesar de dois hospitais estudados manterem mais leitos que sua capacidade de planejamento, há uma defasagem de 23% no total entre leitos previstos e aqueles operacionalizados. Entre os fatores que se pode apontar para explicar este fenômeno, certamente a carência quali e quantitativa de funcionários (entre os quais se destacam os da enfermagem) tem lugar de relevo, o que já começa a ter influência sobre os achados deste trabalho.



Observa-se também que nos hospitais estudados, numa região que deveria ter números privilegiados em relação ao restante do Brasil, a proporção de pessoal de enfermagem em relação ao total de funcionários está muito abaixo dos 60% recomendados na literatura. Cabe aqui a ressalva de que esta foi a pergunta menos respondida do questionário (50% do total dos respondentes, portanto pouco mais de 30% do total dos hospitais), mas mesmo assim nos hospitais privados a proporção média esteve próxima dos 39% e nos públicos dos 31%. A diferença entre os dois tipos de hospital pode, entre outros fatores, ser atribuída a uma máquina burocrática pesada, que aumenta o número de funcionários administrativos em detrimento dos técnicos. No entanto, há ainda a possibilidade de que a tendência maior à contratações de técnicos no setor público que no privado, responda a pressões de corporações organizadas.

Outra hipótese ainda é a de que há mais dificuldade de contratações de pessoal de enfermagem no setor público, devido aos salários absolutamente não competitivos. Interessante notar que no único hospital em que este valor se aproximou do recomendado, isto se deveu às custas do atendente, funcionário não qualificado e, portanto, mais barato. Em geral, há mais funcionários de enfermagem por categoria no setor público, exceto no caso dos técnicos. Ou seja, há menos enfermeiros, menos auxiliares e menos atendentes no setor privado. Mais uma vez, o fator financeiro pode ter peso importante, pois o técnico é um profissional bastante qualificado e que como não tem curso de nível universitário, geralmente recebe remuneração igual à do auxiliar de enfermagem por um serviço de melhor qualidade, frequentemente para exercer a mesma função.



Ainda sobre a composição da equipe, os anexos II, III e IV mostram a evolução das diversas categorias de enfermagem no Brasil nos anos de 1956, 1983 e 1993 e a composição percentual das mesmas. É importante lembrar que a categoria de técnico de enfermagem teve início em 1968, quando se formaram as primeiras turmas. A partir de 1971, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases de Ensino de 1º e 2º grau, houve grande expansão dos cursos profissionalizantes de auxiliares e de técnicos de enfermagem. Por outro lado, se compararmos 1983 com 1993, notamos que houve uma sensível diminuição da proporção de atendentes, de 64% para 28%, enquanto mais do que dobrou a porcentagem dos auxiliares de enfermagem. Os técnicos de enfermagem, por sua vez, aumentaram de 7% para 12%.

Estes dados demonstram a substituição no decorrer dos anos, da força de trabalho de enfermagem, de pessoal menos qualificado por profissionais de nível médio e universitário com preparo específico.



Os anexos V, VI e VII apresentam a composição percentual da força de trabalho de enfermagem do Estado de São Paulo e seu desmembramento Capital/Interior de acordo com as categorias funcionais onde observamos uma grande porcentagem de atendentes de enfermagem e uma porcentagem de técnicos quase que o dobro do Município de São Paulo enquanto que o pessoal de nível universitário, enfermeiros e obstetrizas representam 16% no Município de São Paulo contra 10% no "interior do Estado". As obstetrizas no total de 230 no Estado de São Paulo e 57 no interior foram agrupadas com os enfermeiros por representarem cerca de 1,8% do total e por não se formarem mais obstetrizas desde 1973, quando deixou de existir o Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Nesse espaço, a graduação passou a denominar-se Graduação em Enfermagem e a Obstetrícia se tornou uma Habilitação, como já o eram a Enfermagem em Saúde Pública e a Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os anexos XIV, XV e XVI mostram as composições percentuais da equipe de enfermagem nos hospitais gerais de grande porte do Município de São Paulo que responderam à pesquisa. Estes, se comparados com as recomendações da literatura, se aproximam muito com o que escreve ALCALÁ (8).



Mais uma vez, cabe lembrar que estão representados neste trabalho dados de 1993 relativos ao número de profissionais de enfermagem em hospitais públicos e privados, gerais de grande porte do Município de São Paulo. Foi, então, possível perceber que pelos parâmetros obtidos nos hospitais deveria, pelo menos teoricamente, haver um bom atendimento de enfermagem. No entanto os parâmetros sugeridos pela literatura servem apenas como base. É necessário estudar o tipo de organização, o perfil do usuário dos serviços, e o grau de dependência deste e o modelo assistencial que desejamos adotar para estabelecer os parâmetros ideais, embora estes devam ser revistos periodicamente.

Outro parâmetro que não fica muito claro é o que busca definir o número de pessoal de enfermagem por leito devido ao constante aumento e diversificação de serviços introduzidos na estrutura hospitalar.

#### VIII.2- Aspectos de Treinamento e Desenvolvimento na Estrutura Organizacional

Pelas tabelas XVII, XVIII, XIX e XX verificamos que existe uma preocupação por parte da organização em manter um órgão que se interesse pelo treinamento e desenvolvimento de pessoal de enfermagem. O que encontramos na maioria dos hospitais, tanto privados como públicos, é um setor de educação continuada ligado à enfermagem. Isto provavelmente se deve ao fato de a enfermagem manter sua autonomia em termo de programas, períodos e outros aspectos como citado na literatura (9).



Observamos também que os hospitais privados destinam verba para o desenvolvimento dos funcionários da equipe de enfermagem muito mais do que os hospitais públicos. Provavelmente nesses últimos os entraves burocráticos devem dificultar a obtenção de verbas para este fim ou então não são feitos os devidos encaminhamentos. Talvez haja necessidade de se fazer orçamentos com muita antecedência no setor público, o que depende de planejamento.

Outra razão à qual pode ser atribuída a existência de verbas, seja percentualmente maior em hospitais privados do que nos públicos, é a pressão da clientela atendida. Ou seja, as Diretorias de Enfermagem, por terem acesso e relacionamento mais direto com os níveis de decisão, conseguem conscientizar e consequentemente obter este tipo de benefício para os funcionários sob sua responsabilidade.

A Organização Panamericana de Saúde (OPS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em publicação de 1978, citam que, com base em experiências de grandes empresas em países industrializados, é aceitável que haja um investimento em educação continuada de 1,5 a 2,5% do total dos salários da empresa (10). Este poderia ser um argumento válido para a obtenção de verba em hospitais onde esta ainda não existisse.

Oberva-se que tanto os hospitais privados quanto os públicos favorecem os enfermeiros no que se refere a utilização de verbas para o desenvolvimento e pagamento de cursos para este profissional de uma maneira mais ampla. Para o técnico e o auxiliar de enfermagem a destinação é mais específica, ou seja, canalizam-se os esforços para o aprimoramento de procedimentos e técnicas.



Quanto ao atendente, seguramente o investimento e a verba são utilizados para facilitar a formação deste e transformá-lo em auxiliar de enfermagem para cumprir exigências legais e suprir a necessidade existente nos serviços.

A oferta de cursos parece não obedecer a uma programação pré-estabelecida e definida por meio de uma política de desenvolvimento de pessoal. Pelo contrário parece responder a datas significativas para a categoria, o que não deixa de ter seu valor. O fato de encontrarmos hospitais que não oferecem cursos há mais de doze meses (chegando até a dezesseis) é extremamente preocupante, tendo em vista a necessidade existente quando analisamos a qualidade dos serviços prestados à população e quanto os órgãos formadores deixam a desejar.

Outro fato é que as técnicas não recicladas, com o decorrer do tempo, caem no esquecimento e se adquirem vícios no trabalho (11), que comprometem sobremaneira a qualidade do trabalho executado. Por outro lado, os avanços da ciência não podem ser ignorados, visto a rapidez com que ocorrem.

### VIII.3- Oferecimento de Oportunidades de Treinamento.

O oferecimento de cursos/estágios, tanto internos quanto externos, é realizado pela totalidade dos hospitais públicos. Quando se trata dos hospitais privados, representa 63% em termos de oferecimento de cursos/estágios ou outro tipo de atividade (Tabela XXIV), e quando os cursos/estágios são externos à instituição representam 82% (Tabela XXVI).



A introdução de novas tecnologias constitui a preocupação principal para ambos os setores, privado e público, seguida pela qualidade do curso e da política de recursos humanos da organização, provavelmente, pela competitividade criada entre as instituições de saúde em termos de oferecer aos usuários, profissionais e pacientes um serviço de última geração.

A solicitação para participação em cursos, tanto no privado quanto no público é feita pela enfermeira ou chefia do setor, aliada ao interesse do funcionário. Neste aspecto é necessário lembrar que a introdução de novas tecnologias representou o primeiro critério de decisão. Desta maneira, justifica-se a preocupação e solicitação de cursos para que os funcionários estejam habilitados e atualizados. O aprimoramento da atuação do funcionário nos hospitais privados é o primeiro critério de decisão para escolha do funcionário seguido pelo interesse do mesmo, enquanto nos hospitais públicos os dois critérios se igualam.

A maioria dos hospitais realiza a avaliação dos funcionários após a realização do curso, sendo que a avaliação de desempenho e a observação das atitudes dos mesmos são os sistemas mais utilizados seguidos pelas observações do superior e dos pacientes. A avaliação do aproveitamento do curso/estágio é realizada através de relatório, reuniões, realização de novas técnicas e mudanças implantadas nos setores de trabalho, de forma que todas estas novas atitudes adquiridas serão certamente traduzidas em melhores resultados no campo de trabalho. Consequentemente, haverá uma melhor qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços.



Teoricamente, todos concordam que há benefícios em oferecer cursos/estágios aos funcionários, pelos resultados obtidos na tabela XXXII, o que não necessariamente significa que se ofereça mais programas e que se estruture melhor este aspecto da vida organizacional. Sempre é necessário continuar perguntando, até obter uma resposta convincente, por que algo que aparece com tanta frequência como importante, tanto na teoria quanto nas respostas ao questionário, é tão desconsiderado na prática. De livros texto de Enfermagem até manuais de Administração da Qualidade, programas de treinamento, retreinamento e educação continuada, são considerados como fundamentais para o desenvolvimento da organização. Na prática, tem custos diretos e indiretos, pois deve-se sempre lembrar que um funcionário fazendo um curso não está trabalhando e deve ser substituído. Qual o equilíbrio desejável? Qual o equilíbrio possível?



## IX - RECOMENDAÇÕES

Terminado este trabalho, à luz da atuação da autora como enfermeira e como presidente de órgão representativo da categoria, parece importante recomendar que se continue investigando o desenvolvimento dos Recursos Humanos de Enfermagem de maneira a ter um retrato fiel da situação.

Também é importante lembrar a necessidade de que as políticas de desenvolvimento sejam vistas de uma forma mais ampla, ou seja, a nível nacional, com empenho por parte das autoridades e com a participação de todos os segmentos da sociedade de maneira a atingir os objetivos do País de caminhar para uma sociedade mais sadia, organizações eficientes e profissionais satisfeitos.

Por isto, é desejável que os responsáveis pelas organizações de atenção à saúde, aqueles que detêm o poder de decisão, encarem de frente a questão do estudo da clientela a ser atendida, a definição do modelo assistencial a ser adotado e a quantificação de pessoal para a consecução dos planos propostos e, especialmente uma definição de uma política de desenvolvimento de recursos humanos que se preocupe com a realização plena do indivíduo pois através deste haverá o desenvolvimento organizacional, efeito sinérgico do desenvolvimento do indivíduo e da organização.

Assim, através de políticas de recursos humanos condizentes com a situação espera-se que consigam enfocar o aspecto interdisciplinar criando um clima organizacional sadio com planos de carreira, salários condizentes e participação do indivíduo enquanto profissional e cidadão cumprindo o objetivo social ao qual indivíduo e organização se propuseram quando escolheram este ramo de atuação.



Finalmente, cabe esperar que as gerências dos serviços de enfermagem reflitam sobre a importância do assunto mantendo dados informativos atualizados, desenvolvendo pesquisas neste campo, elaborando projetos que visem o investimento para qualificar os recursos humanos de enfermagem lembrando que por ser uma atividade de "ponta" é o serviço que mais aparece sendo também o maior responsável pela assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde.

Com isto, pode-se esperar que a crise do setor de saúde possa ser superada a partir da reformulação de políticas que realmente reflitam a importância que deve ser dada aos resultados da organização a partir da valorização de seus recursos humanos e que a observação das mudanças ocorridas na história da enfermagem seja sempre um estímulo para que nos empenhemos em obter a quantidade, a composição e a qualificação dos recursos humanos de enfermagem.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BRASIL. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão de Organização de Serviços de Saúde. Instrumento de avaliação para hospitais de médio porte. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 75 p.
- 2 - \_\_\_\_\_. Normas e Padrões de Construção e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília, 1980. 88 p.
- 3 - FELDMAN,M. Adjudrix. Administração do Serviço de Enfermagem. São Paulo: CESC/CEBBRAE, [197-]. p. 42-45.
- 4 - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 44-45.
- 5 - CAMPIDELLI,M.C.,TAKITO,C, SANCINETTI, T.. et. al. Cálculo de Pessoal de Enfermagem: Competência da Enfermeira. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 21, n.1,p. 3-15, abr. 1987.
- 6 - COELHO JUNIOR, C., MAEDA, Sayuri. Parâmetros para o dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo S.E.S./G.S./G.A.H., 1992



- 7 - BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil: 1982/1983. Rio de Janeiro : Conselho Federal de Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem, 1985.v.1. p.36-37.
- 8 - CAMPIDELLI, M.C., TAKITO, C, SANCINETTI, T.. et. al. Cálculo de Pessoal de Enfermagem: Competência da Enfermeira. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 21, n.1, p. 3-15, abr. 1987.
- 9 - KURCGANT, Paulina (coord) . Administração em Enfermagem. São Paulo : EPU, 1991. p. 150-152.
- 10 - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Aspectos Legales y Financiamiento. In : EDUCAÇÃO Continua : Guia para .... Washinton : OPS, 1978. p.57-61.
- 11 - MEZOMO, João C. Administração de Pessoal no Hospital. São Paulo : CESC/CEBRAE, [197-]. v.2 p.119.



## **BIBLIOGRAFIA**



## BIBLIOGRAFIA

ABREU, Maria Célia. O Professor Universitário em aula: prática e princípios teóricos. 8. ed. São Paulo: M.G. Ed. Associados, 1990.

AMATO, Vicente. O futuro da enfermagem. In: Enfoque, São Paulo, v.19 n.1 p.15, abril 1991.

BERGAMINI, Cecília W. Desenvolvimento de Recursos Humanos: Uma estratégia de Desenvolvimento Organizacional. São Paulo: Atlas, 1980.

----. Avaliação do Desenvolvimento Humano na Empresa. São Paulo: Atlas, 1983.

BOOG, Gustavo. O Desenvolvimento de Recursos Humanos : investimento com retorno? São Paulo : McGraw-Hill, 1980.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é Educação, São Paulo : Brasiliense, 1981.

BRASIL. Secretaria Nacional de Ações Básicas de saúde. Divisão de Organização de Serviços de Saúde. Instrumento de avaliação para hospitais de médio porte. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Normas e Padrões de Construção e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília, 1980.



BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil ; 1982/1983. Rio de Janeiro : 1985 Conselho Federal de Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem. v.1.

CAMACHO, Joel da S. Organização Sistêmica de Recursos Humanos: uma proposta metodológica. Tese. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1981.

CAMACHO, Joel da S. Psicologia Organizacional: uma abordagem sistêmica. São Paulo : EPU, 1984.

CAMPIDELLI, M. C., TAKITO, C., SANCINETTI, T. et. al. Cálculo de Pessoal de Enfermagem: Competência da Enfermeira. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo v. 21 n.1, 3-15, abr. 1987.

CAPELLA, B. et al . Profissionalização da Enfermagem : uma necessidade social. Florianópolis, ABEn, 1987. Tema central da XV Jornada Catarinense de Enfermagem (mimeo).

CARVALHO, Anayde Correa Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976. Documentário. Brasília [S.N.]. 1976.

CARVALHO, Antonio Vieira. Treinamento de Recursos Humanos. São Paulo : Pioneira, 1988.



CASTRO, Ieda B. A Evolução do Setor Saúde e a Crise da Enfermagem Brasileira.  
In: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.41, n.3/4, p.183-189 jul/dez.  
1988.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de Recursos Humanos. São Paulo :  
Atlas, 1983.v.3.

COELHO JUNIOR, Cecil C., MAEDA, Sayuri T. Parâmetros para o  
dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais.  
S.E.S./G.S./G.A.H., 1992

DANIEL, Liliana Fecher A Enfermagem Planejada, 3. ed. São Paulo :E.P.U.,1981.

DICIONÁRIO Biográfico São Paulo : Abril, 1972. v.2. não paginado.

DONNANGELO, Maria C. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria duas Cidades,  
1979.

ENCICLOPÉDIA Abril. São Paulo : Abril, 1976. v. 4.

ETZIONI, Amitai. Organizações Complexas. São Paulo: Atlas, 1967.

FELDMAN, M. Adjudrix. Administração do Serviço de Enfermagem. São Paulo:  
CESC/CEBBRAE [197-].



FERNANDES, Alcenir; POMPEU, Clarice; SANTOS, Cláudia et al. Enfermagem no Brasil, Campo Grande, 1993. p.1-52. Trabalho apresentado ao Curso de Especialização da Faculdade de Administração São Camilo.

FERREIRA, A. B. de H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

FONTES, Lauro Barreto. Manual do Treinamento na Empresa Moderna. São Paulo : Atlas, 1980.

FREIRE, Paulo; GUTMARÃES, Sergio. Sobre Educação : diálogos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, Paulo et.al. Vivendo e aprendendo: experiências do IDAC em educação popular. 5. ed. São Paulo, 1982.

FREIRE, Paulo. Conscientização Teoria e prática da Libertação : uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo : Cortez & Moraes, 1980.p.25.

GAMA, Djanira D. Moderna Assistência de Enfermagem. São Paulo : Everest, 1988.

GIRARDI, Sabado N. O Perfil do "Emprego" em Saúde no Brasil. [s. l.] : [s. n.], [1986. (mimeo) Trabalho apresentado na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, out. 1986.



GOMES, Paulo C. Enfermeiro e a Legislação. In : Ciclo de Debates Sobre Assistência de Enfermagem. Anais, São Paulo, mar.1990.

GONÇALVES, Ernesto Lima Administração de recursos Humanos nas Instituições de Saúde. São Paulo: Pioneira, 1987.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde. São Paulo : Pioneira, 1987.

KAST, Fremon, WEINC J.R. Organização e Administração: um enfoque sistêmico. São Paulo : Pioneira, 1973. v. 2.

KOONTZ, Harnold. Administração : fundamentos da Teoria e da Ciência. São Paulo : Pioneira, 1986.

KURCGANT, Paulina (coord) et. al. Administração em Enfermagem. São Paulo : EPU, 1991.

LIMA, Maria J. O que é Enfermagem. Rio de Janeiro : Brasiliense, 1993.

LOPES, M. J. M. O Trabalho da Enfermeira: Nem Público, Nem Privado, Feminino, Doméstico e Desvalorizado. In: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.41,n. 3/4, p. 211-217, jul./dez.1988.



MACHADO, Maria H. A força de trabalho feminina em saúde no Brasil 1970-1980: Ensaio. Belo Horizonte, [s.n.] 1986.

MELO, Cristina M. Divisão Social do trabalho e enfermagem. São Paulo : Cortez, 1986.

MEZOMO, João C. Administração de Pessoal no Hospital. São Paulo : CESC/CEBRAE, [197\_]. v.2.

MOTTA, Fernando C.P. Organização e Poder. Empresa, Estado, Escola. São Paulo: U.S.P, 1986. p.xx 430. Tese - (Doutorado em Administração Escolar e Economia da Educação) - Fac. de Educação da Universidade de São Paulo.

MOURA, M.L.P.A. Quem somos para onde vamos. In : CICLO de Debates Sobre Assistência de Enfermagem., 1990 São Paulo. Anais. São Paulo : [s.n.], 1991.

NAKAO,Janete R. et.al. Análise dos fatores que contribuem para que funcionários do serviço de enfermagem trabalhem em duas instituições hospitalares. Revista Paulista de Enfermagem; v.6 n.2, p. 78-82, abr-jun. 1986.

A " NOVA " Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília ABEn 1987. p.20-38.Cadernos de Legislação/Documentos I.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Aspectos Legales y Financiamiento. In: EDUCAÇÃO Contínua : para.... Washinton: OPS, 1978.



PAIXÃO, Waleska Páginas de História da Enfermagem Rio de Janeiro : J.Elio e C. livraria, 1979.

PEREIRA, Alvaro. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. In: ACTA Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.4, n.2/4, p.49-54 jul/dez 1991.

PERROW, Charles. Análise Organizacional: Um Enfoque Sociológico. São Paulo : Atlas, 1976.

PIZZA, Junior W. O que todo mundo sabe sobre treinamento. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.25 n.2, p. 93 - 102, abr./jun.1991.

ROSEN, George Da Polícia Médica a Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro : Editora Graal, 1980.

SANTOS, Sérgio R. Enfermagem : análise de alguns aspectos da profissão Hospital Administração e Saúde, São Paulo, v.16, n.3, p.130 - 133, maio/junho 1992.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Saúde: O Desafio da Mudança, São Paulo, 1990.

SCHULTZ, Rockwell, JOHNSON A. C. Administração de Hospitais. São Paulo : Pioneira, 1979.



SERSON, José. Curso Básico de Administração de Pessoal. São Paulo: Melhoramentos, 1975.

SILVA, Graciete B. A Enfermagem Profissional : análise crítica São Paulo : Cortez, 1986.

SILVA, M .J., PEREIRA, L, BENKO M. A.. Educação Continuada : Estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo : Editora da Universidade de São Paulo, 1989.

SPRICIGO, S.J. Principais marcos da história da enfermagem no Brasil e a evolução da legislação em enfermagem. In : A " NOVA " Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília : ABEn, 1987. p.8-13. Cadernos de Legislação/Documentos I.

WERTHER, William B., DAVIS, Keith. Administração de Pessoal e Recursos Humanos. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.



**ANEXOS**



# ANEXO I

## POPULAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

cadastrados até 31.07.1993

### CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

Coren	Profissionais				Total parc.	Operacionais	
	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Parteiras		Atendentes	Total Geral
AL	575	93	848	0	1516	2016	3532
AM	543	137	983	13	1676	385	2061
BA	2876	372	5780	0	9028	2852	11880
CE	2255	248	2885	9	5397	4194	9591
DF	1474	1897	4829	0	8200	1400	9600
ES	499	708	1203	0	2410	1252	3662
GO	1023	2339	2224	0	5586	1181	6767
MA	614	2630	1435	0	4679	299	4978
MG	3875	3408	10500	3	17786	3672	21458
MS	244	141	822	0	1207	1107	2314
MT	449	129	870	0	1448	193	1641
PA	1491	630	4374	5	6500	426	6926
PB	1764	459	2721	5	4949	1051	6000
PE	1757	545	3684	11	5997	922	6919
PI	464	419	1210	0	2093	423	2516
PR	2453	748	5573	0	8774	13080	21854
RJ	11572	17800	43752	0	73124	6783	79907
RN	1142	253	2121	0	3516	224	3740
NO	292	93	974	1	1360	80	1440
RS	4475	1941	16073	0	22489	3716	26205
SE	440	216	958	0	1614	445	2059
SC	1565	1419	2815	0	5799	5656	11455
SP	16348	7623	50323	0	74294	54634	128928
TO	50	167	137	0	354	0	354
Total	58240	44415	167094	47	269796	106191	375787

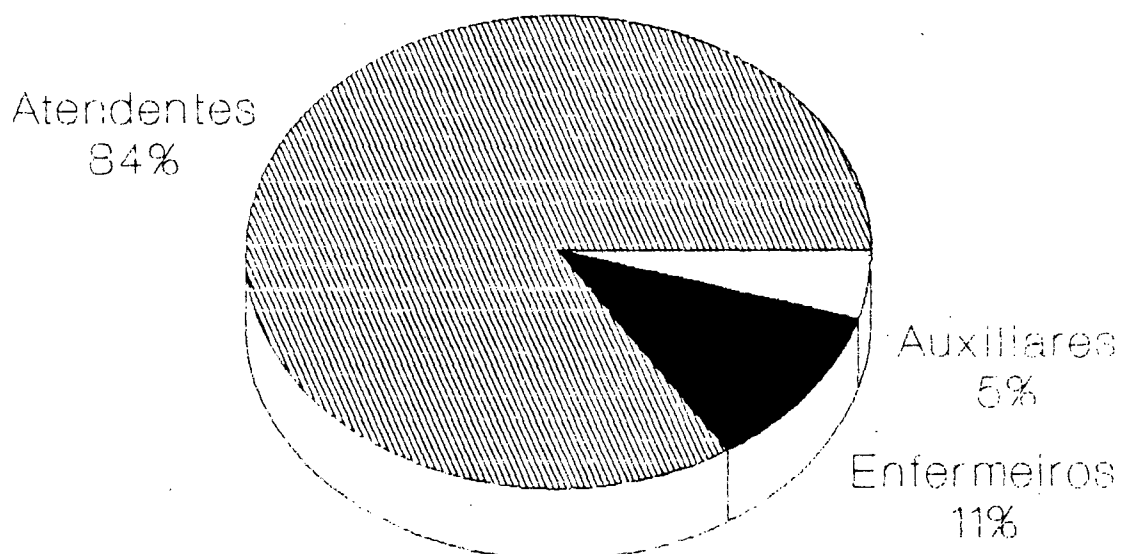
Fonte: COFEN/COREN



## ANEXO II

### PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA

Brasil -1956



**FONTE:CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN )**

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn )**

**Rio de Janeiro, 1985.p.36-37**

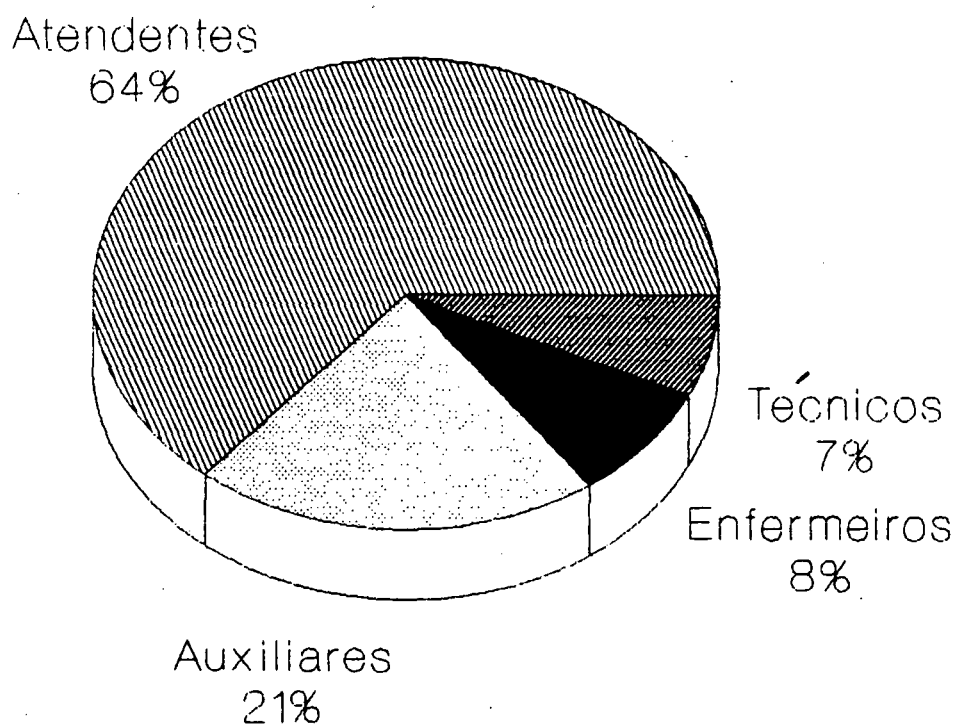
**"Levantamento" realizado pela ABEn**



### ANEXO III

#### PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA

Brasil - 1983



**FONTE: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN )**

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn )**

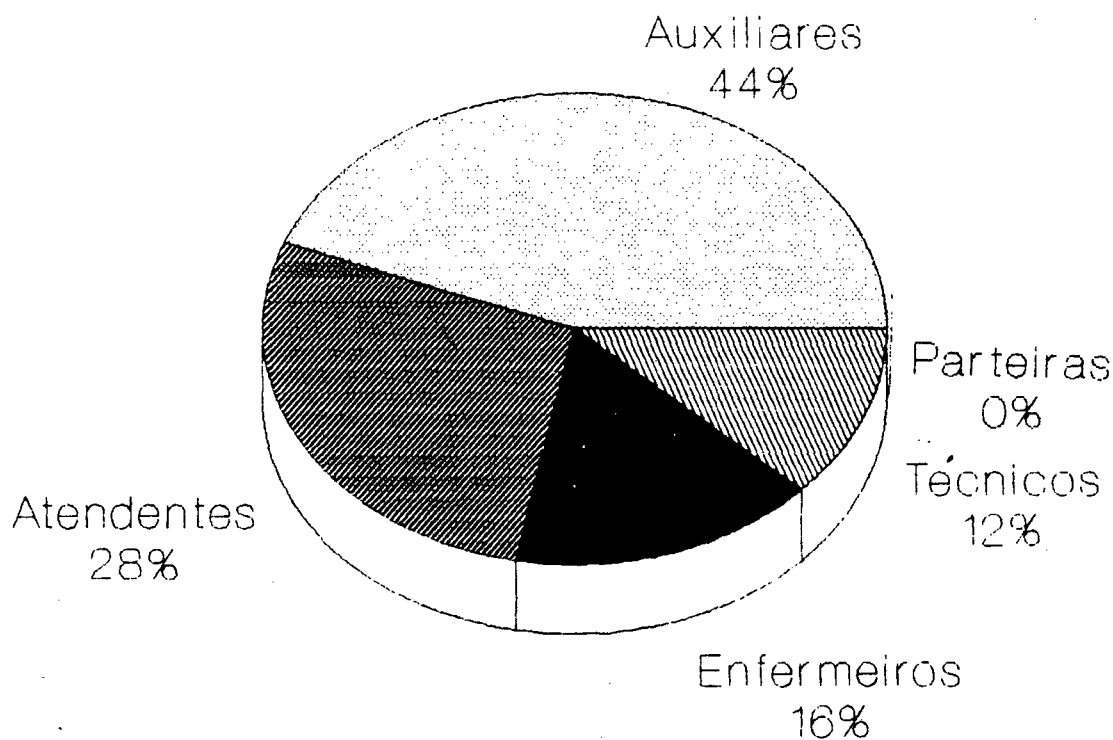
**Rio de Janeiro, 1985. p.36-37.**



#### ANEXO IV

### POPULAÇÃO DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA

Brasil - Julho - 1993



**FONTE: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**

**Conselhos regionais de enfermagem**

**Nota: 1 - A categoria de Parteira corresponde a 0,013%, totalizando 47 no Brasil (AM: 13; CE: 9; MG: 3; PA: 5; PB: 5; PE: 11; NO: 1).**

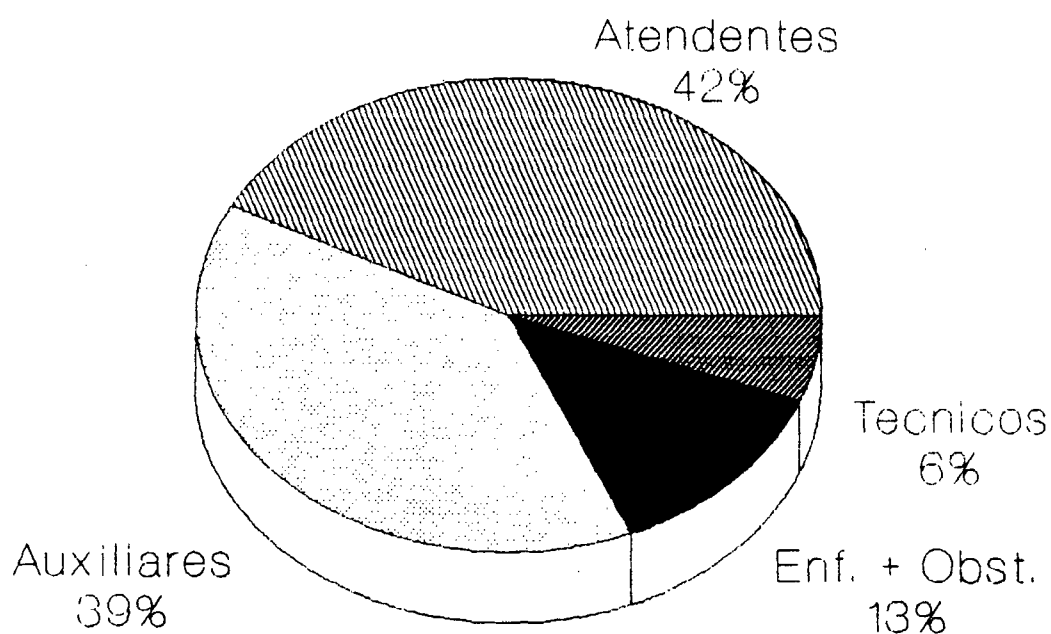
**2 - As mesmas não foram agrupadas com as Enfermeiras por esta categoria não ter preparo específico e serem pessoas "práticas".**



## **ANEXO V**

### **POPULAÇÃO DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA**

**Estado de São Paulo - Novembro 1993**



**FONTE: COREN/SP**

**Nota: 1 - As Obsterizes foram agrupados aos Enfermeiros por estes terem formação universitária.**

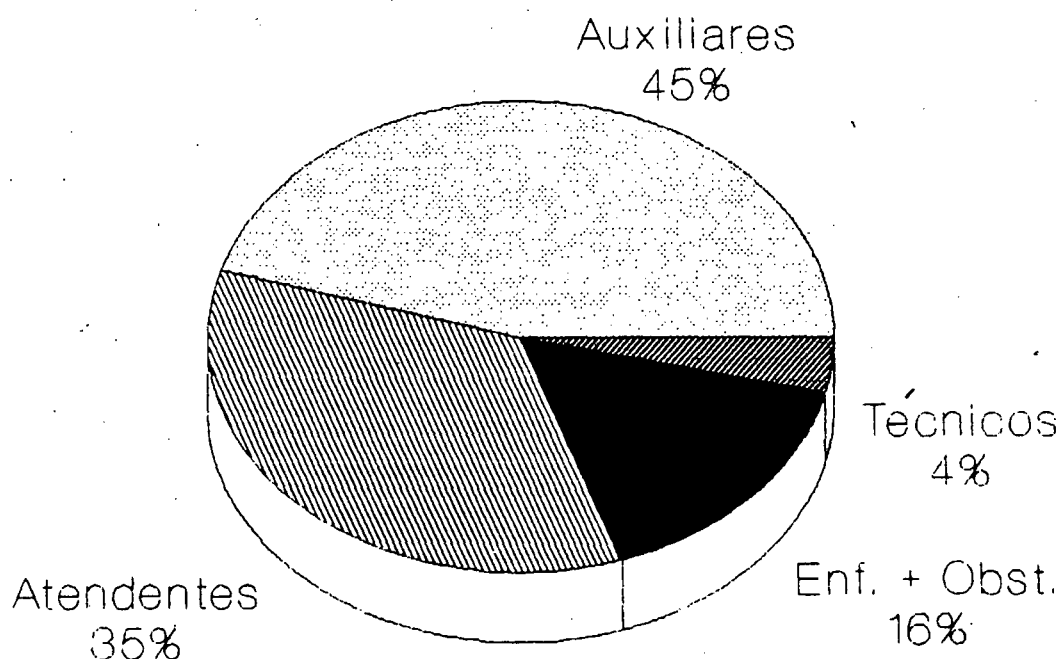
**2 - A partir de 1973 o Curso de Obstetrícia passou a ser uma das Habilitações. Portanto, realizada após a graduação em Enfermagem.**



## ANEXO VI

### PESSOAL DE ENFERMEGEM POR CATEGORIA

Município de São Paulo - Novembro 1993



FONTE: COREN/SP

**Nota:1 - As Obstetrizes foram agrupadas aos Enfermeiros por estes terem formação universitária.**

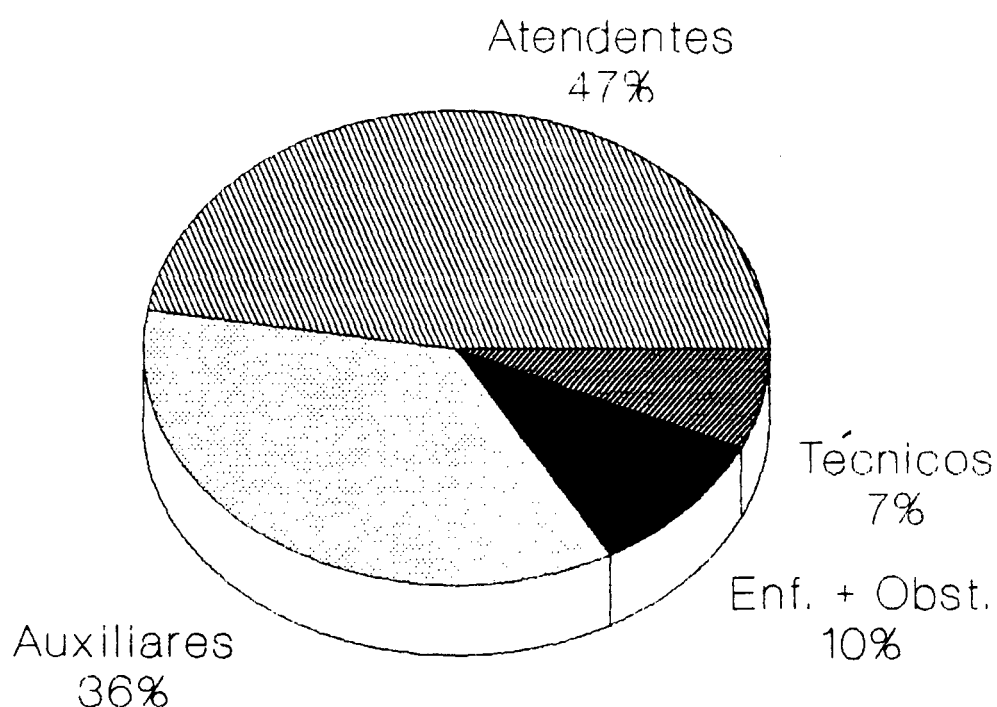
**2 - A partir de 1973 o Curso de Obstetrícia passou a ser uma das Habilitações. Portanto, realizada após a Graduação em Enfermagem.**



## ANEXO VII

### PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA

Estado de São Paulo exceto Município de São Paulo Novembro - 1993



FONTE: COREN/SP

Nota: 1 - As Obstetizes foram agrupadas aos Enfermeiros por estes terem formação universitária.

2 - A partir de 1973 o Curso de Obstetrícia passou a ser uma das Habilitações. Portanto, realizada após a Graduação em Enfermagem.



Data

\*\*\* SISTEMA - CADASTRO DE UNIDADES \*\*\*  
RELATORIO DE CADASTRO - SIMPLIFICADO

I SES/CIS  
I Pag: 1

ERSA: 01 - CENTRO

CRS: 1

Codigo	Nome Fantasia	Endereco	No. Compl	Barro	DDD	Telef.	CEP	Tipo de Unidade - Ministerio		Tipo de Prestador
Tipo de Unidade - S.E.S.		Entidade Mantenedora			Leitos	Med/Den	Status	Cons.Med	Equipo	Data de Atualizacao

ANEXO VIII



## ANEXO IX



FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO  
Reconhecida pelo Decreto nº 52.830 de 14/11/83  
D.O.U. - 17/12/1983



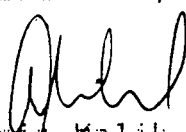
São Paulo, 11 de janeiro de 1.99 .

Na qualidade de professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, venho apresentar-lhe MARIA D'INNOCENZO, aluna do Curso de Mestrado em Administração desta Escola. Sua área de concentração é Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, na qual sou sua orientadora.

Dentro desta área a mestranda, em função de seu passado profissional como enfermeira, optou por estudar algumas questões referentes ao desenvolvimento do profissional enfermeiro em hospitais gerais de grande porte do Município de São Paulo, entre os quais encontra-se o dirigido por V.Sa. Certamente os resultados desta pesquisa, que servirá para a elaboração da dissertação de mestrado da aluna, serão de grande valia para o aprimoramento desta área tão crítica em nossa cidade.

Desta forma, agradeço desde já qualquer auxílio que V.Sa possa lhe fornecer, seja respondendo ao questionário que ela lhe encaminha seja facilitando-lhe o acesso a outros profissionais e/ou informações. Coloco-me a sua disposição para o que lhe parecer necessário.

Atenciosamente,

  
Ana Maria Malik

AMM/srm



## ANEXO X

Prezado Diretor,

Cada vez mais cresce a importância dada aos recursos humanos nas organizações em geral e em especial na área hospitalar, em todos os segmentos e níveis hierárquicos.

O Enfermeiro exerce funções relevantes neste tipo de organização. Em todos os setores é chamado a colaborar desde o planejamento até a execução e implantação, viabilizando a manutenção das atividades. Portanto, é indiscutível a relevância deste profissional no contexto hospitalar.

No entanto, praticamente inexistem informações sobre como ocorre o estabelecimento de políticas de desenvolvimento profissional e organizacional nesta área.

Estes aspectos motivaram-me a escolher este tema para dissertação do Curso de Mestrado que estou concluindo na Escola de Administração de Empresa de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas. Para tanto, para mim é de extrema importância poder contar com o preenchimento deste questionário. A avaliação das respostas constituir-se-á num instrumento de grande importância para esta dissertação, com a qual acredito poder estar contribuindo com informações que poderão facilitar a elaboração de diretrizes na área de Desenvolvimento.

Havendo solicitação da empresa, será dado tratamento confidencial aos dados recebidos. Sob hipótese alguma será divulgado o nome da empresa ou qualquer informação que a possa permitir sua identificação.

Com o objetivo de esclarecer possíveis dúvidas que possa surgir por ocasião da interpretação do questionário, solicito informar o nome e o telefone com ramal do respondente ao final do questionário.

Para que possa cumprir o cronograma previsto, solicito que o questionário preenchido seja enviado até o dia 10/02/93 para:

MARIA D'INNOCENZO

END: Av. Eng. Luis Carlos Berrini, 1375 - Apto 41 -

CEP 04571-010 - Brooklin - Capital ou FAX: (011) 571-4433.

Tão logo tenha concluído a análise dos dados enviarei um resumo dos mesmos.

Quaisquer dúvidas poderão ser resolvidas diretamente comigo, nos seguintes telefones:

Comercial: 256.33.99 - R. 330 Residencial: 531.58.03

Certo de sua colaboração, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

MARIA D'INNOCENZO



## ANEXO XI

Pesquisa sobre Desenvolvimento Profissional do Enfermeiro em organizações Hospitalares.

Importante:

ESTE QUESTIONARIO DEVERA SER RESPONDIDO PELO PROFISSIONAL AO QUAL A DIRETORIA OU CHEFIA DE ENFERMAGEM ESTIVER SUBORDINADA.

Preencha à mão com letra de imprensa. Se algum espaço for insuficiente, utilize o verso.

Se for o caso é possível assinalar dois itens da mesma questão.

1- Identificação - Caso seja necessário poderá recorrer a outro departamento para obtenção dos dados constantes nesta primeira questão.

. Finalidade: Privado ☐ Filantrópico ☐ Beneficente ☐  
Lucrativo ☐ Público ☐ Federal ☐ Estadual ☐  
Municipal ☐

. Total de nº. de leitos planejadados

. Operacionalizados

. Nº. total de funcionários: (se hospital de corpo clínico fechado, incluir médicos):

. Nº. total de Enfermeiros:

. Distribuição por turno:

. manhã

. tarde

. noite

. Nº. de técnicos de enfermagem:

. Nº. de auxiliares de enfermagem:

. Nº. de atendentes de enfermagem:



2)- Existe na Estrutura um órgão encarregado de Treinamento e Desenvolvimento?

- . Sim ☐ 1 ☐ Passe para a questão 2.1
- . Não ☐ 2 ☐ Passe direto para a questão 2.2b

2.1)- Caso afirmativo, qual:

- Educação continuada
- Treinamento
- T&D de R.H de Enfermagem
- Outro

1
2
3
4

Especifique: -----  
-----

Passe para a questão 2.2a

2.2a)- Qual a posição deste órgão (setor, seção) na Estrutura organizacional? Represente graficamente de forma simples.

- Órgão de assessoria de Alta Direção
- T & D de R.H. na Direção de R.H.
- Treinamento de enfermagem
- Educação continuada
- Outros especifique

1
2
3
4
5

Organograma simplificado



2.2b)- Caso negativo, existe mecanismo alternativo para este tipo de atividade?

- Treinamento informal pelo superior imediato ☐ 1
- Instrutor ☐ 2
- Treinamento informal pelo colega ☐ 3
- Outros ☐ 4

Especifique: -----

3)- Existe verba destinada para cursos, estágios ou outros encontros de interesse para recursos humanos em enfermagem?

- . Sim ☐ 1 Passe para a questão 3.1
- . Não ☐ 2 Passe direto para a questão 4

3.1)- Caso afirmativo, cite as categorias funcionais favorecidas/beneficiadas.

- Enfermeiros ☐ 1
- Técnico de Enfermagem ☐ 2
- Auxiliar de Enfermagem ☐ 3
- Atendente de Enfermagem ☐ 4
- Outros ☐ 5

Especifique: -----

4)- O hospital oferece cursos, estágios ou encontros profissionais para a enfermagem?

- . Sim ☐ 1 Passe para a questão 4.1
- . Não ☐ 2 Passe direto para a questão 5



4.1)- Caso afirmativo, quando foi oferecido o último programa?

mês ano

Especifique: -----  
-----

5)- O hospital oferece aos seus funcionários de Enfermagem a oportunidade de realização de cursos ou estágios fora do hospital.

- . Sim ☐ 1 Responda às questões 5.1, 5.2 e 5.3
- . Não ☐ 2 Passe direto para a questão 6

5.1)- Caso afirmativo, qual o critério de decisão utilizado para escolha do curso ou estágio?

- Introdução de novas tecnologias no hospital ☐ 1
- Qualidade do curso ☐ 2
- Preço compatível ☐ 3
- Horário compatível ☐ 4
- Política de R.H. do Hospital ☐ 5
- Solicitação Quem? \_\_\_\_\_ ☐ 6
- Outros ☐ 7

Especifique: -----  
-----



5.2)- Qual o critério de decisão para escolha do profissional que irá realizar o curso/estágio?

- |   |   |
|---|---|
| - Interesse manifesto pelo funcionário                            | 1 |
| Aprimoramento da atuação do funcionário em suas funções habituais | 2 |
| - Perspectiva de mudança na área atual de atuação do funcionário  | 3 |
| - Política de Recursos Humanos do Hospital                        | 4 |
| - Outros  | 5 |

Especifique: -----

5.3)- E feita avaliação objetiva dos resultados do curso sobre o desempenho do funcionário

- |       |   |                         |
|-------|---|-------------------------|
| . Sim | 1 | Responda a questão 5.3a |
| . Não | 2 | Responda a questão 5.3b |

5.3a)- Caso afirmativo. Como?

- |   |   |
|---|---|
| - Através da avaliação de desempenho                            | 1 |
| - Através da observação das atitudes do funcionário             | 2 |
| - Pelas observações emitidas verbalmente pelo superior imediato | 3 |
| - Pelas observações emitidas pelos pacientes                    | 4 |
| - Outros  | 5 |

Especifique: -----



5.3b)- Caso negativo. Como o hospital avalia a oportunidade de manter o oferecimento de cursos.

Explique: -----

-----

6)- Em sua opinião, há benefícios em oferecer aos funcionários a oportunidade de realizar cursos ou estágios?

. Sim            [1]    Responda a questão 6.1

. Não            [2]    Responda a questão 6.2

[ ]

6.1)- Caso afirmativo, quais? -----

-----

-----

6.2)- Caso negativo, por que? -----

-----

-----

- Utilize este campo caso você ache necessário prestar mais algumas informações ou considerações sobre o assunto.

Nome do respondente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ ramal: \_\_\_\_\_



## ANEXO XII

São Paulo, 10 de março de 1993.

Prezado(a) senhor(a),

Em fins de Janeiro enviei-lhe um questionário referente a minha dissertação de Mestrado. Na carta que o acompanhava, constava o prazo de 10/02/93 para resposta.

Reconheço que talvez o prazo tenha sido insuficiente. Por isto, solicito-lhe que responda o questionário, mesmo até o final deste mês. Aviso-lhe que tentarei entrar em contato consigo, para saber se houve dificuldade para responder o mesmo.

Caso V. Sa. já tenha respondido e enviado o questionário, agradeço desde já e solicito-lhe que desconsidere esta carta.

Maria D'Innocenzo



ANEXO XIII

Questões

C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C...	C56	C57	C58	C59	C60	C61	C62
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		

H  
o  
s  
p  
i  
t  
a  
i  
s

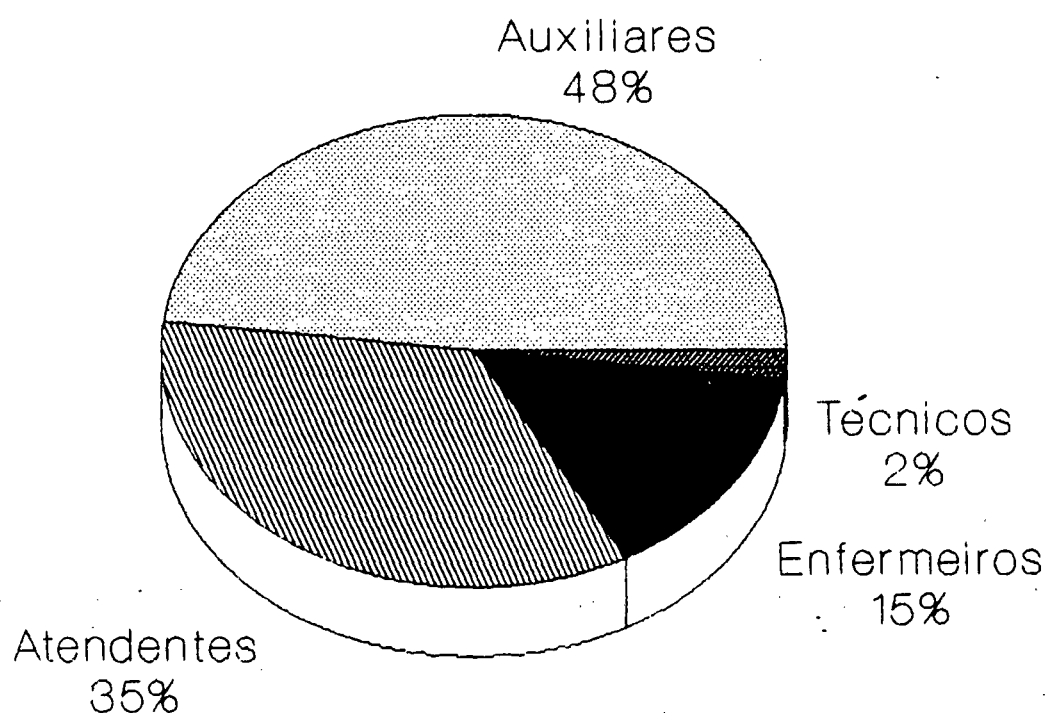


## ANEXO XIV

### PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA

Hospitais Gerais de Grande Porte no Município de São Paulo

38 Hospitais [ 27 Privados e 11 Públicos ]

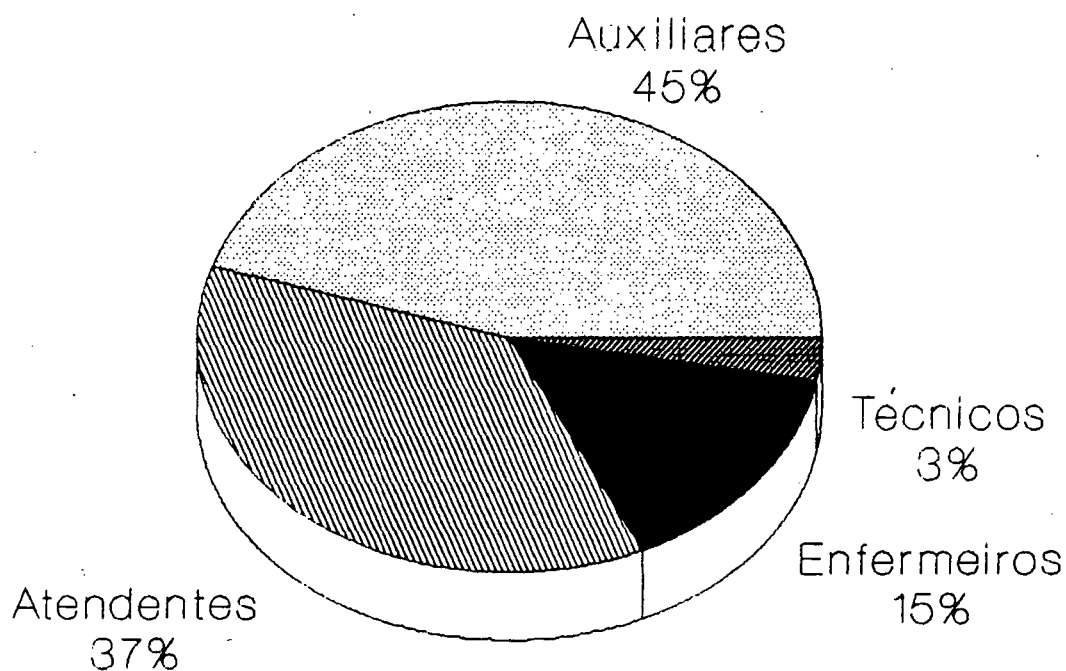


Pesquisa Realizada em Maio 1993



**ANEXO XV**

**PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA**  
**em 27 Hospitais Privados no Município de São Paulo**

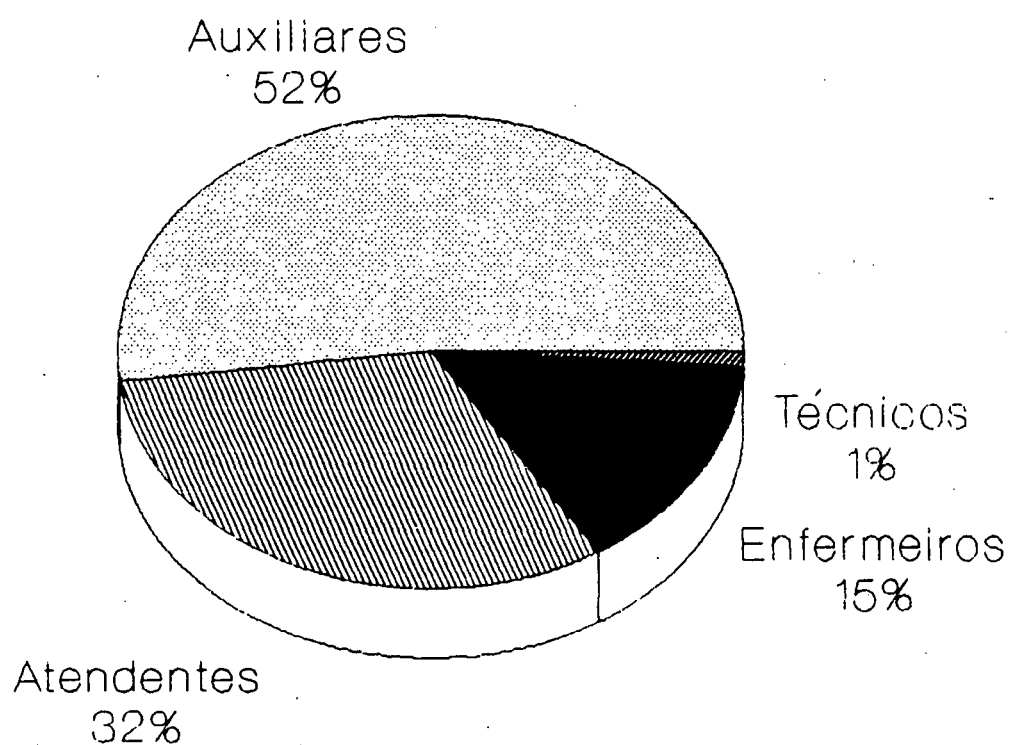


**Pesquisa Realizada em Maio 1993**



## ANEXO XVI

### PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA em 11 Hospitais Públicos no Município de São Paulo



Pesquisa Realizada em Maio 1993