



**UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

ROSA AMORIM BOMFIM

**A COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR**

Salvador
2010

ROSA AMORIM BOMFIM

**A COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração pela Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva

Salvador
2010

ROSA AMORIM BOMFIM

**A COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Salvador – UNIFACS pela seguinte banca examinadora:

Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva – Orientadora _____
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Jair Nascimento Santos _____
Doutor em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil
Universidade Salvador – UNIFACS

Érica Ferreira Marques _____
Doutora em Administração, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 18 de dezembro de 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador - UNIFACS)

Bonfim, Rosa Amorim

A competência do profissional de internação domiciliar / Rosa Amorim Bonfim. - 2009.

99 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Salvador – UNIFACS. Mestrado em Administração Estratégica, 2008.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva.

1. Profissionais de saúde. 2. Competência clínica. 3. Serviços de saúde. 4. Serviços de assistência domiciliar. I. Silva, Mônica de Aguiar Mac-Allister da, orient. II. Título.

CDD: 658.91362

Aos meus pais,
Raymundo e Syrley.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me inspirado e iluminado as minhas idéias para a presente proposta de estudo.

Aos meus pais, Raymundo e Syrley, pelo amor, carinho, compreensão e força durante todos os dias da minha vida, mesmo nos momentos de ausência para construção deste trabalho.

Ao meu irmão, Joel, pela paciência sem restrição durante toda a minha caminhada.

Aos meus amigos, pela torcida e inúmeras ausências dos momentos que eu não pude compartilhar.

À minha gratidão e incentivo a professora Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva pela confiança, paciência, contribuições e orientações durante toda a minha trajetória, a qual me auxiliou a superar todas as minhas dificuldades.

Pelo privilégio e oportunidade de realizar minha pesquisa de campo na empresa VITALMED, especialmente a gerente da VitalCare (Sra. Aida Moreira).

Também agradeço as empresas terceirizadas da VITALMED, o HOME FISIO e o SAUDECOOP, as quais autorizaram minha pesquisa para levantamento de dados dos profissionais de fisioterapia e técnicos de enfermagem respectivamente.

À Universidade Salvador (UNIFACS), por realizar meu curso nesta Instituição.

A todos, direta e/ou indiretamente, pelo apoio e atenção recebidos durante o desenvolvimento desse trabalho. Muito obrigada por me ajudarem a realizar este estudo, o qual possibilitou ampliar meus horizontes pessoais, acadêmicos e profissionais.

Competência para servir à humanidade deveria ser, sem dúvida, o grande objetivo e resultado de todos os estudos.

Benjamin Franklin

RESUMO

A competência do profissional de internação domiciliar está ligada ao conjunto de conhecimento, habilidades e atitudes para o cuidado e melhor qualidade de vida dos usuários e familiares. Questiona-se a competência desses profissionais para a prestação de serviços de internação domiciliar. Este estudo tem como objetivo geral verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar. Seguido dos objetivos específicos que são: compreender a competência profissional; compreender os serviços de internação domiciliar e identificar o conhecimento, as habilidades e atitudes dos profissionais de internação domiciliar. Para o cumprimento desses objetivos, utiliza-se uma metodologia estruturada em duas etapas. A primeira etapa consiste em uma abordagem teórica sobre a internação domiciliar, desenvolvida a partir de uma pesquisa bibliográfica. A segunda etapa é um estudo da competência do profissional de saúde que atua no serviço de internação domiciliar, prestado por uma organização privada de saúde, a VITALMED, situada em Salvador-Bahia. Para o desenvolvimento desse estudo, utiliza-se como instrumento de coleta de dados um questionário com questões abertas e fechadas. Divide-se a análise dos dados das questões fechadas e abertas em três grupos – o conhecimento, as habilidades e as atitudes – para se chegar aos aspectos que norteiam as relações existentes entre os profissionais de saúde, seus usuários e familiares. A análise desses dados, com base no referencial teórico, permitiu identificar as competências dos profissionais de internação domiciliar. Os resultados dessa pesquisa apontam para a inovação na formação dos profissionais de internação domiciliar indicando que as competências profissionais são o principal fator para obter a qualidade e eficiência nos serviços. Desta forma, a verificação dessas competências pode contribuir para a excelência dos serviços de internação domiciliar e a qualificação da gestão desses serviços.

Palavras-chaves: Competência profissional. Usuário. Profissionais de saúde. Internação domiciliar.

ABSTRACT

The competence professional of home care is linked with the entirety of knowledge, skills and attitudes to care and better quality of life for users and families. Questioned the competence of these professionals to provision of home care. This study has as general objective to verify the professional competence in the provision of home care. Followed by specific objectives are: to understand the professional competence, to understand the services of home care and to identify the knowledge, skills and attitudes of professional home care. To the greeting these objectives, to make use of a structured methodology in two stages. The first stage consists of a theoretical approach to home care, developed from a literature search. The second stage is a study of the competence of the health professional which acts in home care service, provided by a private health organization, the VITALMED, located in Salvador, Bahia. To the development of this study, to make use as an instrument of data collection a questionnaire with open and closed questions. It divides the data analysis of closed and open questions in three groups – the knowledge, skills and attitudes – to get the points that guide the relationship between health professionals, users and their families. The analysis of these data, based on the theoretical framework, permitted to identify the competence professionals of home care. These survey results point to innovation in the training of professionals in home care indicating that the competence professionals are the principal factor for quality and efficiency in services. Thus, the verification of these competences can contribute to the excellence of the services home care and the qualification management of those services.

Keywords: Professional competence. User. Health professionals. Home Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Conceito de competência profissional	38
Figura 2 -	Relação entre a competência profissional e o desempenho dos profissionais de saúde	42
Figura 3 -	Dimensões da noção de competência	45
Figura 4 -	Organograma setorial da organização VITALMED	57
Figura 5 -	Competências dos profissionais de internação domiciliar da VITALMED por ordem de importância, conforme as questões fechadas	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Tipos de serviços de internação domiciliar	27
Quadro 2 -	As características principais dos contextos organizacionais	31
Quadro 3 -	Resumo dos conceitos sobre “competência”	33
Quadro 4 -	Conceitos das dimensões de competência profissional	37
Quadro 5 -	Síntese do modelo de gestão por competência	39
Quadro 6 -	Resumo dos conceitos sobre “competência profissional”	40
Quadro 7 -	Dimensões das competências dos profissionais de saúde	47
Quadro 8 -	Modelo de análise das competências dos profissionais em serviços de internação domiciliar	48
Quadro 9 -	Estrutura do levantamento de informações quanto ao conhecimento dos profissionais de internação domiciliar	51
Quadro 10 -	Estrutura do levantamento de informações quanto às habilidades dos profissionais de internação domiciliar	52
Quadro 11 -	Estrutura do levantamento de informações quanto às atitudes dos profissionais de internação domiciliar	52
Quadro 12 -	Características do serviço de internação domiciliar da VITALMED	59
Quadro 13 -	Exemplos de emergência médica, urgência médica e casos de baixa complexidade	61
Quadro 14 -	Competências dos profissionais de internação domiciliar da VITALMED por ordem de importância, conforme as questões abertas	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Formação dos profissionais de internação domiciliar da amostra investigada	62
Tabela 2 -	Distribuição da amostra por nível de escolaridade	63
Tabela 3 -	Distribuição da amostra por faixa etária	63
Tabela 4 -	Distribuição da amostra pelo tipo de sexo	64
Tabela 5 -	Distribuição da amostra pelo tempo de experiência profissional	64
Tabela 6 -	Distribuição da amostra pelo tempo de experiência na VITALMED	64
Tabela 7 -	Distribuição da amostra quanto ao vínculo empregatício	65
Tabela 8 -	Formação profissional X nível de escolaridade	65
Tabela 9 -	Formação profissional X vínculo empregatício	66
Tabela 10 -	Formação profissional X tempo de experiência na VITALMED	66
Tabela 11 -	Respostas das questões fechadas sobre o conhecimento	67
Tabela 12 -	Respostas das questões fechadas sobre as habilidades	69
Tabela 13 -	Respostas das questões fechadas sobre as atitudes	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CCO	Central de Controle de Operações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
PID	Programa de Internação Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR	20
2.1	SERVIÇOS DE SAÚDE	20
2.1.1	Internação Hospitalar	23
2.1.2	Internação Domiciliar	26
2.2	COMPETÊNCIA	30
2.2.1	Competência Profissional	35
2.2.2	Competência Profissional em Serviços de Saúde	41
2.2.3	Competência Profissional em Serviços de Internação Domiciliar	43
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	49
3.2	LEVANTAMENTO, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES	50
4	A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR FORNECIDA PELA VITALMED	54
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR NA VITALMED	54
4.1.1	A Organização	54
4.1.2	O Serviço de Internação Domiciliar	58
4.1.3	Os Profissionais de Internação Domiciliar	60
4.2	ANÁLISE DA COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR	62
4.2.1	Caracterização dos Profissionais	62
4.2.2	Análise das Competências Profissionais	67
4.2.3	Síntese das Competências Profissionais	77
5	CONCLUSÃO	82
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A internação domiciliar foi introduzida no setor privado de saúde como uma atividade continuada, com ofertas de profissionais de saúde, recursos tecnológicos, equipamentos, materiais e medicamentos para os cuidados que demandam assistência semelhante à oferecida nas organizações hospitalares para um público diferenciado, como os doentes crônicos, idosos, doentes de saúde mental e incapacitados fisicamente.

A internação domiciliar no setor público de saúde surge como uma ferramenta para solucionar os problemas relativos ao grande número de pedidos de internações hospitalares. Com isso, o Ministério da Saúde (MS) sancionou a lei 10.424/02, que estabelece o atendimento e o Programa de Internação Domiciliar (PID), através do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de atender as necessidades dos usuários em seu domicílio.

Em ambos os setores, público e privado, a internação domiciliar é adotada como meio de minimizar custos hospitalares e diminuir riscos de infecções, além de fornecer serviços com qualidade de modo a propiciar maior conforto e segurança para os usuários com profissionais de saúde, dia e noite. Com isso, o profissional de internação domiciliar tem a função de prestar serviços com qualidade aos seus usuários e familiares e de modo que estes alcancem o maior nível de independência possível e exerçam o poder de administrar a situação vivenciada.

Diante das crescentes exigências de produtividade e de qualidade nos serviços de saúde e em um contexto no qual o mercado de trabalho é instável e flexível, ampliam-se as questões das competências dos profissionais de saúde (DELUIZ, 2001a). Nesse contexto, a qualidade dos serviços de internação domiciliar pressupõe um alinhamento com as competências profissionais.

Em outras palavras, a identificação das competências permite um avanço para a prestação de serviços de internação domiciliar para o desenvolvimento do conhecimento, das habilidades e atitudes dos profissionais de saúde em busca da

qualidade e produtividade dos serviços oferecidos. Nesse sentido, o “saber fazer” dos profissionais de internação domiciliar por mais simples e previsíveis que sejam, exige também o “saber” e o “saber ser” capazes de pensar e atuar com qualidade e produtividade.

Todo profissional deverá estar apto a projetar em seu ambiente de trabalho a suas próprias convicções sobre o que é ser um profissional competente, apesar de serem influenciados pelos diversos procedimentos existentes. Desta forma, é importante que os responsáveis pela administração dos serviços de internação domiciliar difundam os benefícios das competências profissionais, pesquisem e levantem os pontos críticos do funcionamento do serviço, propondo mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.

Segundo Lazzarotto (2001), as mudanças tecnológicas solicitam cada vez mais dos profissionais de saúde o conhecimento especializado com a capacidade de pensar, agir, interagir e decidir em um sistema complexo de informação e comunicação. Para esse autor, o perfil das competências profissionais requerido pelas organizações são os conhecimentos, as habilidades e as atitudes para a potencialização desses talentos com a responsabilidade de estabelecer uma representação das características e comportamentos desses profissionais de saúde.

Em função da complexidade e da qualidade dos serviços de internação domiciliar, o modelo de competência profissional propõe articular um planejamento do atendimento e dos cuidados a serem realizados desde o diagnóstico, seguido do tratamento, até a alta (DELUIZ, 2001a). É importante que todos os usuários e familiares estejam informados e orientados sobre todos os materiais, equipamentos e procedimentos a serem realizados pelos profissionais de internação domiciliar e/ou pelo cuidador que poderá vir a ser um membro da família também, com a finalidade de instruir todos os envolvidos na recuperação do usuário.

A importância dos serviços de internação domiciliar surge como uma alternativa da internação hospitalar, com a finalidade de prestar serviços aos usuários que necessitam de cuidados intensivos com a possibilidade de serem realizados no

domicílio. Com isso, esse serviço traz diversas vantagens para o setor público e privado que são: a redução do tempo de internação no hospital, a diminuição dos riscos em relação às infecções hospitalares, assim como os gastos financeiros decorrentes do tempo de permanência no hospital (BASTOS, 2006).

No Brasil, novas exigências na formação técnica em saúde têm a finalidade de propor um novo perfil profissional fundamentado no desenvolvimento das competências profissionais desses serviços (LIMA, 2005).

Nesse sentido, é necessário que se promova uma discussão quanto às competências dos profissionais de saúde, pois, além da formação técnica, a preparação desses profissionais focaliza para um novo olhar sobre o trabalho na internação domiciliar (BACKES, 2004).

Em outras palavras, esses serviços sofrem os impactos da produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços, exigindo assim, novos atributos de competência dos profissionais de saúde. Diante da atual realidade, enquanto atores do cenário do cuidado físico e mental reforçam-se a importância na discussão da competência profissional ligada diretamente à assistência ao usuário em busca do bem-estar e qualidade de vida (ORÍÁ; MORAES; VICTOR, 2004). Nesse contexto é válido questionar: Quais as competências profissionais necessárias para a prestação de serviços de internação domiciliar?

O objetivo geral deste trabalho é verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar. Seguido dos objetivos específicos que são: compreender a competência profissional; compreender os serviços de internação domiciliar e identificar o conhecimento, as habilidades e atitudes dos profissionais de internação domiciliar.

Para o cumprimento desses objetivos, adota-se uma estratégia metodológica estruturada em duas etapas. Na primeira etapa, que consiste em uma abordagem teórica, desenvolvem-se os conceitos de competência, competência profissional,

internação hospitalar e internação domiciliar no âmbito dos serviços de saúde. Para o desenvolvimento desses conceitos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica.

Na segunda etapa da pesquisa, com base no referencial teórico, realiza-se uma análise da competência do profissional de internação domiciliar, desenvolvida com a técnica de estudo de caso aplicada na empresa VITALMED, situada na cidade de Salvador-BA, prestadora de serviços de urgência, emergência e internação domiciliar com ênfase no setor privado para a proteção e promoção à saúde.

A escolha dessa organização justifica-se por ela ser a pioneira na implantação do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) de emergência na Bahia, tornando-se líder absoluta neste segmento na cidade do Salvador-Bahia. Para realização do estudo de caso, utiliza-se: o modelo de análise construído no referencial teórico; técnicas de levantamento; pesquisa documental; questionário de pesquisa; e processamento quantitativo e qualitativo de informações.

Este trabalho está estruturado em cinco seções. Na primeira seção, encontra-se a presente introdução com a contextualização e formulação do problema de pesquisa, os objetivos e a estratégia metodológica.

Na segunda seção é apresentado o referencial teórico sobre o tema abordado. Trata-se especificamente de serviços de saúde de internação hospitalar e internação domiciliar. Ainda nesta seção, faz-se a caracterização de competência, competência profissional, competência profissional em serviços de saúde e competência profissional em serviços de internação domiciliar.

Na terceira seção são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para corroborar o estudo de caso, o instrumento de coleta de dados e suas limitações. A quarta seção compreende a caracterização da organização investigada, os resultados da pesquisa, a análise e síntese dos dados. E por fim, a quinta seção traz a conclusão desse trabalho.

No que se refere à temática desse estudo de caso é certo que a maneira como os participantes compreendem a competência profissional e os serviços de internação domiciliar são envolvidos pela sua vivência cotidiana no exercício de sua profissão. No entanto, existem vários procedimentos que influenciam as competências de cada profissional entre si e sobre os outros.

Os resultados dessa pesquisa apontaram para a inovação na formação dos profissionais de internação domiciliar indicando que as competências profissionais são o principal fator para obter a qualidade e eficiência nos serviços.

Ressalta-se que, as respostas das questões abertas possibilitaram avançar para reflexões sobre outros indicadores, os quais não constavam no referencial teórico e no instrumento de pesquisa desse estudo. Verificou-se, então, que as competências profissionais são decorrentes das experiências profissionais, caracterizando um processo contínuo.

Desta forma, a pesquisa realizada pelos profissionais de saúde prestadores de serviços de internação domiciliar na empresa VITALMED defrontou-se com diversas considerações que permite verificar a identificação através da pesquisa de campo sobre problemas a serem solucionados. Assim, uma das soluções para a competência profissional está na equipe de trabalho, que não deve ser constituída apenas da experiência profissional, os quais podem trazer conforto aos pacientes, mas também mostrar seu lado humano a cada procedimento e, acima de tudo, demonstrar que as ações podem também ser realizadas com carismas, segurança, compromisso e atenção aos usuários.

Em outras palavras, é essencial haver uma conscientização dos profissionais de internação domiciliar sobre o modo de tratar os usuários, os quais devem ser o alvo das atenções, observando-se todos os contextos físicos, psíquicos e sociais. Pois, o familiar bem orientado contribui bastante para a recuperação do usuário, deixando-o tranqüilo quando não existem dúvidas em relação ao diagnóstico.

Nesse contexto, através da compreensão do conceito sobre competência profissional, sugere-se que os protocolos existentes nas empresas de internação domiciliar, compostos de normas, procedimentos e rotinas sejam utilizados para orientar os profissionais de saúde na realização das funções assistenciais, gerenciais e educativas para os serviços de internação domiciliar.

Por se tratar de uma temática inédita, no que diz respeito à identificação das competências dos profissionais de internação domiciliar, espera-se contribuir de forma significativa para uma visão ampla em relação à saúde que o usuário apresenta na atualidade e a saúde que ele deseja possuir.

2 A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

O tema abordado aponta para as concepções sobre as dimensões das competências profissionais em serviços de internação domiciliar e a relação existente entre os profissionais de saúde, seus usuários e familiares.

2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Novaes (2004), os serviços de saúde são estruturas organizacionais e técnicas composta de consultórios, unidades básicas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico com o objeto e orientação para uma utilidade potencial do conhecimento produzido pelos profissionais de saúde.

Os serviços de saúde integram uma complexa cadeia envolvendo um grande número de técnicos e instituições, mobilizando recursos financeiros, tendo ao centro o hospital, e articulam interesses de produtores de materiais, medicamentos, equipamentos, profissionais de saúde e centros de pesquisas científicas e tecnológicas (JUNIOR; KOYAMA, 2007).

A Constituição Federal de 1988, no Art. 196, dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado com acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação. Assim, partindo do pressuposto de que o serviço de saúde está ligado ao setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela maior parte das internações do Brasil por atender a classe social baixa da sociedade.

O Brasil apresenta um sistema de saúde misto, composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento público e pela medicina suplementar que são os convênios, seguros e a medicina privada (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002).

Segundo Viana e Poz (1998), a implantação do SUS, se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica de Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (MS), com destaques em alguns problemas a serem solucionados para a operacionalização do serviço de saúde como:

- a) O financiamento das ações de saúde;
- b) As funções definidas para o âmbito federal, estadual e municipal;
- c) As formas de articulação das organizações públicas e privadas;
- d) Resistência do antigo modelo de assistência à saúde.

O SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo com 56.642 unidades ambulatoriais – 350 milhões de atendimentos ao ano –, sendo o único a garantir assistência integral e gratuita para toda a sociedade, inclusive aos usuários portadores do HIV, sintomáticos ou não, usuários renais crônicos e usuários com câncer (SOUZA, 2002). O mesmo autor ainda afirma que “são 6.493 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 487.058 leitos, onde são realizadas em média pouco mais de um milhão de internações por mês, perfazendo um total de 12,5 milhões de internações por ano.”

Os serviços de saúde públicos e privados do Sistema Único de Saúde dependem dos recursos públicos, no que se refere às internações hospitalares. Por isso, existe uma grande preocupação em identificar os fatores determinantes da hospitalização, de modo a orientar procedimentos que reduzam as internações desnecessárias (BITTENCOURT; LEAL; SANTOS, 2002). Nesse sentido, Silva (2005, p. 392) afirma que:

A análise dos gastos públicos com atenção à saúde revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia.

Os custos em serviços de saúde têm apresentado um crescimento progressivo ano após ano no Brasil. Por isso, os financiadores de saúde costumam definir

prioridades e organizar a assistência para utilizar o mínimo de recursos de tratamentos e diagnósticos, sem diminuir a qualidade nos serviços prestados (JUNIOR; KOYAMA, 2007).

Os mesmos atores ainda afirmam que, “o setor suplementar brasileiro é composto por financiadoras denominadas operadoras de planos de assistência à saúde, entendidas como as empresas e entidades que oferecem aos beneficiários o plano de assistência à saúde”. Assim, os tipos de modalidades dessas operadoras de planos de saúde conforme definição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são as cooperativas médicas, as autogestões, as medicinas de grupo, as filantrópicas e as seguradoras.

Segundo Porter (1999), os consumidores decidem pela compra e pagam pelos produtos e serviços, enquanto nos serviços de saúde segregam-se a decisão de compra, o pagamento e o atendimento dos serviços. Com isso, há vários tipos de clientes: as seguradoras, os usuários e os profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde sancionou em abril de 2002, a lei 10.424, que estabelece, no âmbito do SUS, o atendimento e o Programa de Internação Domiciliar (PID), incluindo procedimentos médicos, de enfermagem, de fisioterapia, psicologia e de assistência social para a necessidade dos usuários em seu domicílio (SILVA e outros, 2005). Conforme Bastos (2006, p. 29):

A nomenclatura “Internação Domiciliar” deu-se em decorrência das exigências da Portaria 2.416/1998/MS, que regulamenta esta modalidade de atendimento no Brasil. Não se podia ou devia iniciar uma atividade fora do que se propunha o MS, agente regulador e financiador da mesma.

Segundo Travassos (1997), a implantação do Programa de Internação Domiciliar (PID) do SUS auxilia positivamente a saúde da sociedade, prevenindo, erradicando doenças e reduzindo o número de leitos nos hospitais públicos. Entretanto, esses serviços podem impactar negativamente, devido à baixa qualidade dos serviços prestados e o uso de procedimentos ineficazes.

O trabalho nos serviços de saúde é marcado pelo relacionamento entre os profissionais de saúde, usuários e familiares (MOTTA; AGUIAR, 2007). Em outras palavras, esses serviços se caracterizam pelo predomínio no processo de saúde/doença, centrado na relação com o usuário como objeto de trabalho dos serviços de saúde (PEREIRA e outros, 2005, p. 1002). Para esses mesmos autores, a proposta de enfrentar esse desafio é:

Contribuir para a construção de estratégias que operem em serviços de saúde, estabelecendo relação acolhedora entre o profissional de saúde/usuário, marcada pelo compromisso e responsabilização pela saúde desses; e também pela preocupação com o desenvolvimento da autonomia, objetivando que os mesmos se apropriem de diversas tecnologias, possibilitando-lhes, cada vez mais, irem resolvendo ou minimizando parte do que lhes têm causado sofrimento.

Neste sentido, as organizações de serviços de saúde exigem profissionais especializados para um trabalho considerado como o produto das competências complexas que necessitam adaptar-se a uma nova realidade, proporcionando um atendimento com qualidade de vida aos seus usuários (COSTA, 2008).

Portanto, este estudo irá tratar particularmente das competências dos profissionais de Internação Domiciliar, no âmbito privado, o qual irá primeiramente explicar o conceito de Internação Hospitalar para uma melhor compreensão do estudo a ser analisado.

2.1.1 Internação Hospitalar

A internação hospitalar é um serviço de saúde requerido por profissionais especializados, quando o usuário se instala em uma Instituição Hospitalar para um determinado processo saúde-doença que requer tratamento especializado, intensivo, invasivo, dentre outros (MACHADO; COLVERO, 2003).

De acordo com o perfil da sociedade, a internação hospitalar tem sofrido algumas alterações decorrentes do aumento no número de leitos, visando assim, a

necessidade de realizar uma extensa abordagem acerca dos cuidados de saúde, a qual dispõe de profissionais de saúde para dar suporte no atendimento a seus usuários (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004). A literatura sobre a internação hospitalar fala em redução das necessidades de leitos. Segundo Neto e Malik (2007, p. 833):

No Brasil, estas mudanças são muito relativas. A redução tem ocorrido mais no setor privado que no público e em algumas especialidades. [...] À primeira vista, isto parece um contra-senso, pois os hospitais vivem de “vender” leitos a serem ocupados. Quando há usuários internados, a tecnologia disponível [...] permite reduzir médias de permanência, por meio de altas mais precoces, permitindo considerar superestimados os números de leitos, anteriormente calculados como necessários.

A internação hospitalar deve promover uma assistência com aprimoramento contínuo que ofereça um atendimento com a conjugação de esforços na busca de resultados (BOMFIM; SILVA, 2003). Por outro lado, os hospitais enfatizam mais a tecnologia do que o contato com o usuário, o que implica uma enorme carga emocional condicionada pela doença e suas limitações.

De acordo com o Ministério da Saúde, o hospital refere-se a uma parte integrante de uma organização médica e social, com função básica de proporcionar assistência médica integral, curativa e preventiva em qualquer regime de atendimento (AMARAL, 2001). Em outras palavras, o hospital é considerado uma organização complexa formada de profissionais de saúde com várias especificidades, com o objetivo de salvar vidas.

A internação rompe com a história de vida do usuário, ocasionando o sofrimento diante da sua própria imagem a partir do momento que se interna, devido às determinações de normas e limites do hospital e de seus profissionais de saúde. Pois, a internação hospitalar é considerada um momento de reavaliação de medicação dos usuários, através de uma conduta em longo prazo (NORONHA; MACHADO; LIMA, 1996).

Os serviços de internação hospitalar têm a finalidade de cuidar do bem-estar físico, mental e social do usuário. Desta forma, cada ser humano deve ser considerado

único com necessidades, valores e crenças específicas, pois manter e preservar a sua dignidade são um dos princípios da moral e do código de ética médica.

“O impacto das novas tecnologias médicas, tanto diagnósticas como terapêuticas, bem como dos novos produtos farmacêuticos, alteraram profundamente as necessidades de utilização de leitos hospitalares, bem como o perfil dos mesmos” (DUARTE, 1999). Com isso, a estrutura física e o uso sofisticado de tecnologias na internação hospitalar, somados à necessidade da utilização do espaço físico como um todo, resultam num ambiente estressante para todos os envolvidos.

A perspectiva do usuário que necessita de internação hospitalar é precedida pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, linguagem técnica, pela despersonalização, e ainda pela preocupação com sua integridade física, em decorrência do processo patológico, motivo de sua internação hospitalar (ORÍÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

Por outro lado, a empatia e a compreensão da estrutura familiar facilitam o entendimento do prognóstico do usuário, assim como sua recuperação. Pois, neste momento a família se depara com muitas dificuldades para enfrentar a situação vivida por um de seus parentes.

A presença de um acompanhante do usuário durante a internação está cada vez mais freqüente, tanto em relação às crianças e adolescentes, como no âmbito da assistência aos idosos. Desta forma, os profissionais de saúde têm posto em questão as demandas necessárias para o pleno funcionamento das internações hospitalares, sendo que algumas dessas demandas estão relacionadas aos conhecimentos e valores sobre as famílias que cuidam desses usuários dentro das instituições hospitalares (MONTICELLI; BOEHS, 2007). Figuera e Viero (2005, p. 54) afirmam que:

A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do usuário. A hospitalização pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação, pois o usuário passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta.

A redução dos leitos hospitalares observada nos últimos anos pode ser atribuída às inovações tecnológicas introduzidas no âmbito da saúde. Pois, o tempo médio de permanência hospitalar para os principais procedimentos médicos declinaram nos últimos anos. Paralelamente, as mudanças de paradigmas no atendimento a determinadas patologias deram subsídios aos novos modelos de atenção à saúde, reduzindo as necessidades de leitos para determinados usuários (DUARTE, 1999).

2.1.2 Internação Domiciliar

Para Levcovitz e Garrido (1996 apud Bastos, 2006), os serviços de assistência domiciliar estão divididos em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar.

A visita domiciliar é um atendimento realizado pelo profissional de saúde com a finalidade de avaliar as necessidades dos usuários, familiares e o ambiente para desenvolver um plano assistencial voltado à reabilitação e/ou recuperação do usuário. O atendimento domiciliar compreende a execução dos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde que exige maior habilidade técnica.

E por fim, a internação domiciliar são atividades exercidas pelos profissionais de saúde através de materiais, medicamentos e equipamentos, semelhante à internação hospitalar. Assim, Bastos (2006, p. 24) afirma que:

Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o usuário deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte de exames diagnósticos ou orientação (alguns serviços contam com esse suporte). A maioria dos serviços conta com uma central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário.

Segundo Brasil (2006), “a internação domiciliar é um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao usuário mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada”. Atualmente, seu

foco está direcionado aos cuidados paliativos que vêm sendo bastante utilizados para ajudar os usuários e sua família, a fim de amenizar o sofrimento causado pelas doenças crônicas.

A internação domiciliar é uma atividade continuada com profissionais de saúde, recursos tecnológicos, equipamentos, materiais e medicamentos para os cuidados paliativos e de apoio, que demandam assistência semelhante à oferecida em internação hospitalar para um público diferenciado. Ver o Quadro 1:

MODALIDADE	DIAGNÓSTICO
<u>Pós-operatórios e clínicos</u>	Cardiopatias; Geriatria; Nefropatias; Pneumopatias; Transplantados; Pediatria; Ortopedia; Imunodeprimidos; Doenças crônico-degenerativas; Neoplasias; Vasculopatias; Moléstias infecto-contagiosas;
<u>Terapias específicas</u>	Oxigenoterapia; Ostomia; Terapia nutricional; Terapia medicamentosa; Fisioterapia; Tratamento da dor crônica; Fototerapia; Cuidados e orientações com cateteres, sondas.

Quadro 1 - Tipos de serviços de internação domiciliar

Fonte: Bastos (2006, p. 23).

Em outras palavras, a internação domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que envolve a presença contínua de profissionais de saúde no domicílio e o uso de equipamentos, materiais e medicamentos. Ela é uma forma de operacionalizar o procedimento, através de visitas domiciliares como estratégia de realização deste serviço (LACERDA e outros, 2006). Enfim, a internação domiciliar é um tipo de prestação de serviço de saúde, quando o usuário não precisa necessariamente se submeter à internação hospitalar.

Para o acesso ao serviço de internação domiciliar, a captação dos usuários é realizada a partir da avaliação do médico responsável seguido de um(a) assistente

social, mediante avaliação das condições e proximidades do domicílio, além da disponibilidade de um cuidador domiciliar podendo ser um membro da família. Bastos (2006, p. 20) afirma que:

Os serviços de saúde prestados através da internação domiciliar devem incluir o apoio logístico necessário ao seu desenvolvimento, através do fornecimento (sob empréstimo) de: cama hospitalar, suporte de soro, cadeiras de rodas e para banho, bombas de infusão, respirador, nebulizador cilindros de O₂ e ar comprimido, materiais descartáveis, medicamentos, dietas enterais e parenterais, transporte do usuário, etc.

Nesse contexto, a internação domiciliar se refere ao cuidado intensivo autorizado pelo usuário depois da avaliação do médico, caracterizado por deslocar a estrutura hospitalar para o domicílio do usuário, promovendo um cuidado de baixa a alta complexidade semelhante a um hospital. Em se tratando de sua história, Amaral (2001, p. 111) aponta para:

As mais remotas referências em medicina que descrevem os cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) que atendia o usuário tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio [...]. Na Grécia Antiga, o médico, por nome Asklépios, atendia na residência do usuário e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunha de medicamentos e materiais especiais para a cura, podendo, esses locais, ser considerados a primitiva estrutura que seria mais tarde denominada hospital.

Atualmente, acredita-se que a internação domiciliar possui mecanismos para as mudanças nas práticas de saúde no que se refere aos cuidados paliativos, como por exemplo, os serviços de monitoramento dos casos de doenças crônicas que geralmente são cadastrados pelos planos de saúde porque apresentam histórico de internações hospitalares recorrentes (CUNHA; MORAIS, 2007). Já os serviços de urgência e emergência são mecanismos realizados pelos serviços de internação domiciliar através de profissionais de saúde atuante no domicílio do usuário. Assim, Cunha e Morais (2007, p. 1655) afirmam que:

A transferência da assistência a usuários do âmbito hospitalar para o domiciliar resulta de uma articulação entre os operadores de planos de saúde, os prestadores de assistência domiciliar privada e hospitais e concretiza-se, tão somente, quando os interesses de todos esses sujeitos coletivos podem ser solucionados. Desse modo, a alta hospitalar precoce, seguida da internação domiciliar, torna-se exequível quando se consolida enquanto instrumento que oportuniza lucros para todos os sujeitos envolvidos em sua promoção.

O termo domiciliar refere-se ao domicílio, o qual consiste na moradia de uma pessoa, onde o relacionamento é ditado por laços de parentesco. O domicílio pode ser considerado um local único para que o profissional de saúde preste assistência, levando-se em conta os aspectos econômicos, sociais e as experiências culturais dos familiares. Assim, o domicílio também é um local de trabalho do profissional de saúde, principalmente no que se refere à internação domiciliar (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004).

Os usuários de doenças crônicas são os alvos dos serviços de internação domiciliar, com necessidade de atenção 24 horas e que por qualquer motivo não necessitam mais de cuidados hospitalares, trazendo vantagens para os usuários e seus familiares, como por exemplo:

- a) redução dos riscos de infecções hospitalares;
- b) diminuição do estresse da internação hospitalar;
- c) melhor qualidade de vida;
- d) maior privacidade;
- e) aumento da comodidade na recuperação do usuário.

Neste contexto, a internação domiciliar rompe com o conceito clássico de internação hospitalar por estar voltada ao atendimento domiciliar de seus usuários que necessitam de atenção especializada. As características principais que diferem este tipo de modelo de atenção à saúde são o ambiente e o perfil dos usuários. Cunha e Morais (2007, p. 1656) afirmam que:

A redução do risco das infecções hospitalares se constitui em indiscutível argumento para a alta precoce. Porém, no âmbito da associação entre doença prolongada ou grave com as infecções, a alternativa proposta - a internação domiciliar – introduz questões adicionais, tais como as relacionadas com as condições higiênico-sanitárias dos domicílios e o treinamento dos familiares para a abordagem do problema.

Contudo, não se trata de determinar que a modalidade de internação domiciliar seja ideal, ou melhor, do que a internação hospitalar, uma vez que as especificidades de cada profissional devem ser consideradas, tendo em vista o quadro clínico do usuário, além de que o tipo de internação domiciliar pode ser subsequente e/ou complementar. Assim, trata-se de uma modalidade de atenção à saúde, que necessita de avaliação e análise por parte dos profissionais de saúde (LACERDA; OLINISKI; GIACOMOZZI, 2004).

2.2 COMPETÊNCIA

O conceito de competência surgiu de forma estruturada pela primeira vez por David McClelland (1973 apud Fischer e outros, 2008), na busca de uma abordagem mais efetiva que os testes de inteligência eram realizados nos processos de escolha das pessoas para as organizações, podendo ser utilizado como referência para a construção e compreensão de instrumentos de gestão de pessoas. Desta forma, a definição de competência é uma construção determinada pela história, pela cultura e pelo desenvolvimento da sociedade.

Prahalad e Hamel (1990) diferenciam “competências organizacionais” como sendo aquelas competências necessárias para cada função e as “competências essenciais” seriam aquelas que obedecem aos seguintes critérios: oferecem reais benefícios aos clientes; são difíceis de copiar e dão acesso a diferentes mercados. Para Zarifian (2003), existem três elementos que complementam a definição de competência:

- a) é a tomada de iniciativa e responsabilidade do profissional nas situações que se confrontam;
- b) é uma inteligência prática apoiada nos conhecimentos adquiridos, a fim de ser transformados à medida que essas situações aumentam;
- c) é a faculdade de mobilização e compartilhamento de desafios, a fim de assumir áreas de responsabilidades.

A noção de competência significa buscar na competitividade as novas relações de emprego e inserção no mundo do trabalho. De acordo com Passos (2004), “o padrão competitivo é construído a partir da realidade de cada organização, com suas especificidades, história e características.” Assim, o nível de competências, diz respeito às habilidades e atitudes do indivíduo, frente a um mercado de trabalho historicamente construído e negociado (ZARIFIAN, 2001). Le Boterf (1994 apud Adler, 2002, p. 42) propõe que:

A competência não seria um estado de formação educacional ou profissional, nem tampouco um conjunto de conhecimentos adquiridos ou de capacidades apreendidas, mas seria a mobilização e aplicação de conhecimentos e capacidades numa situação específica, na qual se apresentam recursos e restrições próprias à sua especificidade.

A consolidação da noção de competência inicia pela transição do conceito de qualificação para o de competência, período traçado pela identificação das capacidades necessárias na atuação de certa tarefa e obtenção de um melhor desempenho (DIAS, 2008). Essa transição é apresentada no Quadro 2, no qual são comparadas a qualificação e a competência.

<u>QUALIFICAÇÃO</u>	<u>COMPETÊNCIA</u>
Relativa estabilidade da atividade econômica; Concorrência; Organização do trabalho com base em cargos e tarefas previamente definidos; Foco no processo; Baixa aprendizagem.	Baixa previsibilidade de negócios e atividades; Competitividade; Organização do trabalho com base em metas e responsabilidades; Foco nos processos e nos resultados; Alta aprendizagem.

Quadro 2 - As características principais dos contextos organizacionais

Fonte: Adaptada de Eboli (2008, p. 175).

Para Zarifian (2003), “a qualificação sobressai dos recursos (em conhecimento, habilidade e comportamento) adquiridos por um indivíduo, seja por formação ou por exercício de diversas atividades profissionais com a utilização desses recursos na prática”. Em outras palavras, a competência é uma nova forma de qualificação.

Conforme Dutra, Hipólito e Silva (2000), competência é a capacidade de uma pessoa atingir os objetivos da organização. Por outro lado, competência é o conjunto de qualificações que permite à pessoa um melhor desempenho em seu trabalho ou situação vivenciada (FISCHER e outros, 2008).

Para Bertolini (2004), o enfoque competência está centrado nas pessoas, as quais aprendem ao se defrontar de forma reflexiva com as situações concretas e as reconstrói por sua iniciativa, assumindo a responsabilidade pelo seu trabalho e a comunicação com o outro. A autora ainda afirma que as competências são recursos intangíveis de uma organização e a sua utilização ou administração depende da compreensão que delas se tenha, e por isso, é necessário que sejam modeladas através de recursos explícitos. Para ilustrar a compreensão sobre o conceito de competência, segue o Quadro 3:

AUTORES	CONCEITOS DE COMPETÊNCIA	ÊNFASE
Prahalad e Hamel (1990)	As “competências organizacionais” são competências necessárias para cada função e as “competências essenciais” seriam aquelas que obedecem aos seguintes critérios: oferecem reais benefícios aos clientes; são difíceis de copiar e dão acesso a diferentes mercados.	Competências organizacionais e competências essenciais.
Zarifian (2003)	Competência é a tomada de iniciativa e responsabilidade do profissional nas situações que se confrontam; competência é uma inteligência prática apoiada nos conhecimentos adquiridos, a fim de ser transformados à medida que essas situações aumentam; competência é a faculdade de mobilização e compartilhamento de desafios, a fim de assumir áreas de responsabilidades.	Tomada de decisão e responsabilidade.
Dutra, Hipólito e Silva (2000)	Competência é a capacidade de uma pessoa atingir os objetivos da organização.	Foco nos resultados.
Fischer et al (2008)	Competência é o conjunto de qualificações que permite à pessoa um melhor desempenho em seu trabalho ou situação vivenciada.	Foco nos processos.

AUTORES	CONCEITOS DE COMPETÊNCIA	ÊNFASE
Bertolini (2004)	As competências são recursos intangíveis de uma organização e a sua utilização ou administração depende da compreensão que delas se tenha, e por isso, é necessário que sejam modeladas através de recursos explícitos.	Alta aprendizagem.

Quadro 3 - Resumo dos conceitos sobre “competência”

Nota: Elaborado pela autora.

A necessidade de produzir um modelo de competência surgiu da mudança na organização do trabalho que requer um novo perfil do profissional que possibilite viabilizar estratégias inovadoras (ZARIFIAN, 2001). Deluiz (2001b, p. 15) afirma que:

No modelo das competências o controle da força de trabalho se expressa através de estratégias de ressocialização e aculturação pela conformação da subjetividade do trabalhador. A ênfase na identificação dos interesses de patrões e empregados – que se convertem em uma comunidade social de colaboradores; a autogestão pela internalização da disciplina; o controle exercido sobre os trabalhadores por seus próprios colegas no trabalho em equipe e a sobrevalorização de aspectos atitudinais (*o saber-ser*) confere ao modelo das competências a possibilidade de um controle menos formalizado e mais difuso sobre a força de trabalho, evitando-se as resistências e os conflitos.

Nesse sentido, discutir um modelo de competência e negociá-lo é reconhecer que pode ser apenas um compromisso dos dirigentes e assalariados (ZARIFIAN, 2003). Deste modo, é possível encontrar na literatura norte-americana e europeia definições para competências essenciais, organizacionais e individuais para a construção de um modelo teórico que contribua para o entendimento do desenvolvimento organizacional (FLEURY; FLEURY, 2004).

Segundo Souza (2001), alguns autores afirmam que competência é o conjunto de qualificações das pessoas que apresentam desempenho superior em seu trabalho ou determinada situação. Assim, estas competências podem ser previstas e mapeadas de modo a estabelecer as qualificações necessárias para a organização.

O mapeamento de competências é o início de todo o processo, pois é à base de transição de todo o sistema de gestão do capital humano, visando propiciar maior racionalização dos esforços através do planejamento, controle, desenvolvimento e avaliação, considerando os atributos de tempo, qualidade e objetividade da unidade

mapeada, a fim de contribuir para a qualidade nos serviços prestados (BERTOLINI, 2004).

As competências necessárias em uma organização podem ser mapeadas com base nos processos, possibilitando a geração de um modelo de análise que represente uma parte relevante da competência requerida. Assim, são descobertas as competências necessárias e informações detalhadas que devem ser assimilados para se gerar os conhecimentos associados a cada competência (CARDOSO; MORETO; SILVA, 2001). De acordo com Carbone (2006, p. 172), o mapeamento tem como propósito:

Identificar o *gap* ou lacuna de competências, ou seja, a discrepância entre as competências necessárias para concretizar a estratégia corporativa e as competências internas existentes na organização. [...] Para essa identificação, geralmente é realizada primeiro uma pesquisa documental, que inclui a análise do conteúdo da missão, da visão de futuro, dos objetivos institucionais e de outros documentos relativos à estratégia da organização.

Segundo Fischer (2008), de um lado as organizações aparecem com um conjunto de competências que lhes são próprios e, de outro lado, aparecem às pessoas com seu conjunto de competências, aproveitadas ou não pelas organizações.

“As organizações competem no mercado por complexidade, ou seja, pelo nível de agregação de valor de suas competências organizacionais” (BECKER; DULTRA; RUAS, 2008). Ainda os mesmos autores entendem que a noção de competências organizacionais ajuda a esclarecer, por exemplo, como organizações com a mesma competência apresentam diferentes níveis de desempenho e atuação frente ao mercado. Segundo Agostinho (2003, p. 10):

Uma organização, ou um agregado, pode ser identificado por seus objetivos e competências, uma vez que em torno dos objetivos globais agrega-se certo número de indivíduos que contribuem com seus conhecimentos e habilidades para a competência do todo. [...] A estrutura da organização toma, então, uma forma hierárquica – comum aos sistemas complexos adaptativos em geral –, com os agregados dispostos em níveis sucessivos.

Segundo Hamel e Prahalad (1995), as pessoas devem ser vistas não somente como um portfólio de prestação de serviços, mas também como um portfólio de

competências da organização, ou seja, um conjunto de habilidades, tecnologias e capacidades presentes na empresa.

Lazzarotto (2001) em seu estudo apresenta os diversos tipos de competências, os quais são categorizados em: competências técnicas; competências intelectuais; competências cognitivas; competências relacionais; competências sociais e políticas; competências didáticas e pedagógicas; competências metodológicas; competências de liderança. Portanto, este estudo desenvolverá uma abordagem detalhada da competência profissional, competência profissional em serviços de saúde e competência profissional em serviços de internação domiciliar.

2.2.1 Competência Profissional

O conceito de competência profissional, durante o fim da Idade Média, se referia à faculdade de alguém ou alguma instituição de julgar certos assuntos. Por conseguinte, este conceito veio a designar o reconhecimento do profissional de desenvolver suas capacidades em relação à determinada questão (ISAMBERT-JAMATI, 1997 apud BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001, p. 9). Em outras palavras, Deluiz (2001b, p. 13) afirma que:

O modelo das competências profissionais começa a ser discutido no mundo empresarial a partir dos anos 80, no contexto da crise estrutural do capitalismo que se configura, nos países centrais, no início da década de 70. Esta crise se expressa pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência intercapitalista, com tendência crescente à concentração de capitais devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; e pela desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, resultantes da crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social.

Segundo Brandão e Guimarães (2001), as empresas já vinham se preocupando em buscar profissionais qualificados para desempenhar suas funções com efetividade. Com base nos princípios taylorista, as empresas procuravam qualificar seus colaboradores em relação às habilidades técnicas para o exercício de atividades específicas. Posteriormente, em decorrência de pressões sociais e do aumento das

relações de trabalho, as organizações passaram a considerar, no processo de desenvolvimento profissional de seus colaboradores, não somente as habilidades técnicas, mas também o comportamento social relacionado ao trabalho.

Nesse sentido, a partir da segunda metade do século XX, os princípios da organização taylorista passaram a ser questionados cientificamente com o advento da teoria dos sistemas, o qual a organização passou a ser estudada como um sistema aberto em interação constante com o ambiente onde está inserida, mostrando assim, novas perspectivas para o desenvolvimento organizacional (BERTOLINI, 2004). Competência profissional é um termo utilizado quando uma pessoa qualificada é designada para realizar determinada função. Fleury e Fleury (2001, p. 185) afirmam que o conceito de competência profissional é compreendido como:

Um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como estoque de recursos, que o indivíduo detém. Embora o foco de análise seja o indivíduo, [...] sinaliza a importância de se alinharem às competências às necessidades estabelecidas pelos cargos, ou posições existentes nas organizações.

Desta forma, a definição de competência profissional associa-se ao verbo ação, isto é, a prática de uma ação fundamentada em conhecimento, desenvolvidas conforme a necessidade do profissional para melhorar seu desempenho em suas atividades, considerando o ambiente o qual está inserido (SAUPE, 2006). Assim, a competência profissional é a transferência do conhecimento com responsabilidade e reconhecimento de todos.

Contudo, em relação às habilidades, é necessário que os indivíduos conheçam bastante suas especificidades. De acordo com Perrenoud (1999), competência profissional é um conjunto de recursos cognitivos para solucionar com eficácia várias situações, apoiada em conhecimentos. Por outro lado, o comportamento no trabalho exige do profissional além do conhecimento, suas habilidades, bem como suas atitudes também. Veja o Quadro 4:

CONCEITO	DEFINIÇÃO
Conhecimento	Conjunto de informações obtido por meio de leitura que possibilitam ao profissional o domínio do <i>saber</i> e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.
Habilidades	Conjunto de experiências obtidas por repetições que fornecem ao profissional o domínio do <i>saber fazer</i> e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.
Atitudes	Conjunto de comportamentos adquiridos pela observação que confere ao profissional o domínio ético e afetivo de um <i>saber ser</i> e <i>saber conviver</i> , além da capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.

Quadro 4 - Conceitos das dimensões de competência profissional
 Fonte: Saupe (2006, p. 33).

Nesse contexto, o estudo da competência profissional acaba tornando-se relevante para as organizações identificarem o desenvolvimento de seus profissionais, avaliando-os dentro e fora do ambiente de trabalho. Por outro lado, os profissionais estão cada vez diante do inusitado em seu dia-a-dia nas organizações, sendo impensável prescrever com precisão o conjunto de tarefas que esses profissionais terão que executar (ZARIFIAN, 2001).

Conforme Zarifian (2001), “a competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso.” Em outras palavras, Vieira e Garcia (2004, p. 7) afirmam que:

O conhecimento gerado tem que ser útil, isto é, aplicado à prática cotidiana dos indivíduos; além disso, ele tem que estar retido na organização, compartilhado e armazenado para posteriores aplicações. Ele é considerado patrimônio e como tal deve ser transformado em dinheiro. Ele também deve ser medido, ou seja, a organização tem que saber quanto de conhecimento tem armazenado para definir seu valor patrimonial e de mercado.

A competência profissional é identificada quando sua utilização profissional parte para uma validação, no qual a organização tem a obrigação de identificá-la para evolução de seus resultados. Ver a Figura 1:

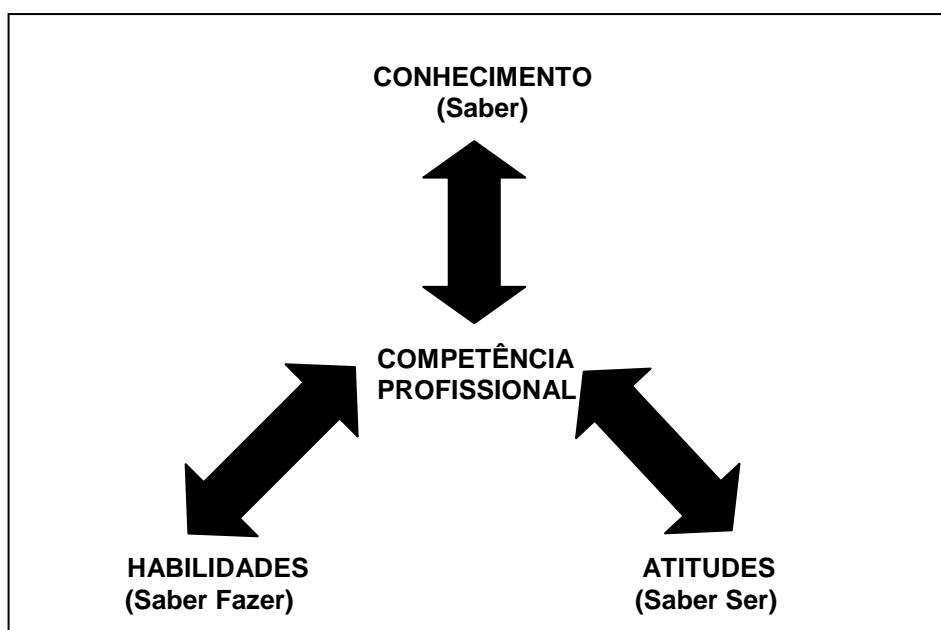


Figura 1 - Conceito de competência profissional
Fonte: Adaptada de Souza (2001, p. 34).

O desenvolvimento de competências profissionais é processual e a formação é a etapa inicial do desenvolvimento profissional permanente com perspectiva de atingir a compreensão no trajeto de construção através de um processo de formação continuada (KLAUMANN, 2002). Por outro lado, as abordagens de estratégias, que são apoiadas nos processos de formação continuada, abordam o conceito de competências profissionais ligado à difusão dos conhecimentos, habilidades e atitudes das pessoas, como forma de aquisição de vantagens competitivas duradouras (ADLER, 2002).

Os padrões de competência profissional utilizados para uma formação técnica explicitam o que o profissional deve saber e ser capaz de fazer para desempenhar suas atividades com eficiência, possibilitando o desenvolvimento dos serviços com qualidade (LIMA, 2005).

No cenário atual, as organizações buscam maior competitividade e diferenciação no mercado através das pessoas e suas competências profissionais, trazendo um modelo que vem sendo adequada à realidade dos novos tempos – a gestão por competência (BERTOLINI, 2004). Nesse contexto, a gestão por competência surge como alternativa aos modelos gerenciais tradicionalmente utilizados pelas organizações, visando orientar seus esforços para planejar, captar, desenvolver e avaliar, nos diferentes níveis da organização – individual, coletivo e organizacional,

as competências profissionais necessárias à consecução de seus objetivos (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001). Ver o Quadro 5:

Nível da Competência	Definição	Formas de Mapeamento das Competências pelas Organizações	Aplicações do Mapeamento de Competências na Gestão Organizacional e Profissional
Competência Organizacional	Atributos da organização que conferem vantagem competitiva a ela.	Análise documental; Utilização de métodos e técnicas de pesquisa; Realização de <i>workshops</i> .	Diagnóstico organizacional; Identificação de lacunas ou <i>gaps</i> de competências.
Competência Profissional	Combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes expressas pelo desempenho profissional.	Análise documental; Utilização de métodos e técnicas de pesquisa.	Diagnóstico individual; Identificação de lacunas ou <i>gaps</i> de competências; Sistematização da capacitação profissional; Orientação profissional.

Quadro 5 - Síntese do modelo de gestão por competência
Fonte: Adaptada de Carbone (2006, p. 172).

Por sua vez, o modelo de gestão por competência, cumpre a finalidade de criar um ambiente de formação continuada para se tornar realidade. O que significa que para gerir competência profissional é preciso gerir conhecimento, habilidades e atitudes. Por outro lado, Fisher (1998, apud Bertolini, 2004) afirma que este modelo de competência desenvolve as seguintes atividades:

- a) captação de pessoas - visando na adequação das competências necessárias para as estratégias de negócios formuladas;
- b) desenvolvimento de competência – desenvolver as competências dos indivíduos, mediante as diversas formas de aptidões com a intenção de adequar às necessidades organizacionais;
- c) remuneração por competência – práticas utilizadas pelas organizações para resguardar o conhecimento tácito de seus profissionais com a finalidade de mantê-los no trabalho.
- d) gerir competências – objetiva possibilitar a definição de padrões de desempenho, divulgar perfis de competências necessárias para obtenção de

resultados e apontar indicadores que permitam nortear os investimentos de capacitação de pessoas.

Desta forma, a adoção do modelo de competência profissional pelo setor de recursos humanos nas organizações está relacionada à utilização, controle, formação e avaliação da competência na força de trabalho marcada pelas exigências da sociedade (DELUIZ, 2001b). Em outras palavras, o modelo de gestão por competência é um processo de gerenciamento que visa captar, desenvolver e manter conhecimentos, habilidades e atitudes positivas no trabalho através de uma avaliação de competência para identificar os pontos fortes e fracos existentes nos profissionais.

É interessante observar que esse contexto organizacional faz surgir à preocupação com a gestão de pessoas por competências e não mais a gestão de pessoas por cargos, como tradicionalmente era praticada pelas organizações (EBOLI, 2008).

Nesse sentido, avaliar um profissional consiste em interrogá-lo sobre sua profissão, considerando, ao mesmo tempo, em que direção ele pode progredir para a organização (ZARIFIAN, 2003). Nesse sentido, a descrição de uma competência profissional representa um desempenho ou comportamento esperado, indicando o que o profissional deve ser capaz de fazer (CARBONE, 2006). Veja o Quadro 6 para uma melhor compreensão sobre a temática:

AUTORES	CONCEITOS DE COMPETÊNCIA PROFISSIONAL	ÊNFASE
Fleury e Fleury (2001)	Um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas.	Dimensões de competência profissional.
Saupe (2006)	A definição de competência profissional associa-se ao verbo ação, isto é, a prática de uma ação fundamentada em conhecimento, desenvolvidas conforme a necessidade do profissional para melhorar seu desempenho em suas atividades, considerando o ambiente o qual está inserido	Desenvolvimento de competência profissional.
Perrenoud (1999)	A competência profissional é um conjunto de recursos cognitivos para solucionar	Habilidades técnicas.

<u>AUTORES</u>	<u>CONCEITOS DE COMPETÊNCIA PROFISSIONAL</u>	<u>ÊNFASE</u>
	com eficácia várias situações, apoiada em conhecimentos.	
Zarifian (2001)	A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso.	Processo de formação continuada.

Quadro 6 - Resumo dos conceitos sobre “competência profissional”.

Nota: Elaborado pela autora.

Com isso, a partir desses conceitos, Davis (2001) afirma que o número de profissionais competentes vem crescendo cada vez mais, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças na sociedade.

2.2.2 Competência Profissional em Serviços de Saúde

O objeto de trabalho dos profissionais de saúde é o usuário. Assim, é necessário que eles conheçam suas competências, de modo a colocar em prática com responsabilidade seus limites e alcances para poder interagir sem se envolver em situações, as quais irão se submeter. Deste modo, os valores éticos vêm se tornando uma necessidade decorrente dos avanços tecnológicos para os cuidados na saúde.

Através do desempenho dos profissionais, a competência pode ser observada quando se trata de um conjunto de capacidades no campo da prática profissional, ou seja, durante o trabalho cotidiano e quando se evidenciam de forma integrada, características pessoais e conhecimentos adquiridos.

Em outras palavras, a competência profissional em serviços de saúde pode ser inferida pelo desempenho. Neste sentido, o conceito de competência profissional é empregado no singular, pois retrata a síntese de conjuntos de desempenhos (capacidades em ação) agrupados em áreas de competência que conformam o campo da prática profissional, segundo contexto e padrões de excelência (LIMA, 2005). Ver a Figura 2:



Figura 2 - Relação entre a competência profissional e o desempenho dos profissionais de saúde

Nota: Elaborado pela autora.

Os profissionais de saúde têm sua formação nos ensinamentos acadêmicos e pelas suas características pessoais quanto sua personalidade. Pois, se o profissional apresentar uma personalidade consistente, será capaz de lidar com seu cotidiano em favor do usuário. Saube (2006, p. 32) aponta para:

A base de sustentação das competências dos profissionais de saúde são as políticas de saúde e a realidade social. [...] O círculo de desenvolvimento do profissional competente expande-se no sentido pessoal; no sentido profissional; no sentido educativo; e, no sentido político.

O processo de comunicação nos serviços de saúde precisa ser eficiente para viabilizar um atendimento adequado de acordo com as necessidades do usuário. Logo, este processo se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados pelos profissionais de saúde, mas, também por atitudes de personalidade, responsabilidade, ética, relacionamento, aceitação, empatia, respeito e confiança (ORÍÁ; MORAES; VICTOR, 2004). As competências dos profissionais de saúde desenvolvem-se com o conhecimento da realidade do usuário, de modo a ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem a aceitação e a compreensão da doença (BACKES, 2004).

Em outras palavras, os profissionais de saúde devem ser ouvintes para viabilizar suas relações com seus usuários e familiares, como forma de conhecer um ao outro

para atingir os objetivos conjuntos que possam propiciar a reciprocidade do bem-estar (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Segundo Paz Júnior (2002), a relação dos profissionais de saúde com os seus usuários devem ser constantes e confiáveis, de modo que ele esteja ciente de todos os procedimentos a que irá se submeter. Assim, quanto mais informações o profissional fornece aos seus usuários, mais rápida será sua recuperação, deixando-os mais calmos e tranquilos.

O mesmo autor ainda afirma que a medicina é essencial para o empreendimento moral fundamentado num pacto de confiança, no qual, obriga os profissionais de saúde a usar suas competências em prol dos usuários.

Portanto, o conhecimento, as habilidades e atitudes são cada vez mais exigidas pelas organizações. Assim, o processo de capacitação de pessoal implica na reestruturação da formação inicial e continuada do profissional de saúde, acarretando aspectos positivos e negativos como resultado desse processo.

2.2.3 Competência Profissional em Serviços de Internação Domiciliar

O conceito de competência profissional aplica-se diretamente a cada profissional individualmente no âmbito organizacional de saúde. Logo, é necessário que se observem as competências dos profissionais para a prestação de serviços de internação domiciliar dentro dos parâmetros exigidos por lei específica.

No Brasil, as exigências para a prestação de serviços de internação domiciliar estão expostas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC nº 11), que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.

As organizações buscam profissionais que consigam trabalhar em equipe, que saibam solucionar os problemas a partir de várias visões e que se comprometa

socialmente, adquirindo uma postura mais politizada no seu cotidiano (BERTOLINI, 2004). Os profissionais de internação domiciliar exercem suas atividades em equipe, de acordo com suas especificidades para a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde com seus usuários.

Viana (2005) afirma que a prevenção ou proteção à saúde está relacionada com as causas do ambiente de forma a produzir e viver em sociedade; a promoção da saúde consiste em meios de proporcionar ao usuário condições para melhorar sua qualidade de vida; enquanto o tratamento e a recuperação da saúde dizem respeito às práticas individuais e curativas em relação a cada indivíduo.

O trabalho do profissional de internação domiciliar não pressupõe abolir a especificidade de sua atividade, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento, habilidades e atitudes em determinada área de atuação (PEDUZZI, 2001). Por outro lado, Ferreira e Moretti (2005, p. 308) afirmam que:

A especialização médica tornou-se necessária em decorrência dos inúmeros avanços no conhecimento das doenças e da aquisição de novas técnicas, o que repercute tanto no diagnóstico como na terapêutica. Entretanto, o tempo demonstrou que não se pode deixar de lado a formação básica, e que a capacitação profissional deve ser encarada de forma séria e continuada.

Em outras palavras, a competência do profissional de internação domiciliar está associada à formação, a comunicação e a personalidade adquirida ao longo da vida. Deste modo, esses indicadores que o profissional deve possuir fazem parte de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que buscam dar resultados às necessidades dos serviços prestados.

O profissional de internação domiciliar interage diretamente com os usuários, familiares e os colegas da empresa onde trabalha cada um com exigências diferentes pertinentes a sua realidade. Os usuários e familiares cobram informação, pontualidade e responsabilidade sobre os resultados de seu tratamento que

correspondem as suas expectativas, enquanto a empresa espera cumplicidade com os aspectos sociais e econômicos (VIEIRA; MORETTI, 2005).

Assim, a internação domiciliar é formada por profissionais com a responsabilidade de avaliar as necessidades de seus usuários e familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a preservação da integridade do usuário como ser humano. Contudo, este serviço de saúde surge com a possibilidade deste relacionamento ser abordado de maneira responsável e consciente, permitindo ao outro a se sentir bem quando tratado por qualquer profissional (BOMFIM; SILVA, 2003).

Os profissionais de internação domiciliar com suas respectivas áreas de conhecimentos agem em conjunto, através de ações preparadas e executadas de forma organizada e integrada, baseada na ética comum a todos em benefício do usuário com base no rodízio a ser estabelecido por período determinado (AMARAL, 2001). Neste sentido, as organizações de internação domiciliar vêm tomando medidas referentes à formação desses profissionais, pela cobrança da sociedade por uma maior responsabilidade em se tratando de vidas. Veja a Figura 3:



Figura 3 - Dimensões da noção de competência
Fonte: Adaptada de Souza (2001, p. 35).

Na internação domiciliar, as especialidades dos profissionais de saúde são compostas de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliar/técnico de enfermagem e cuidadores (AMARAL, 2001). Contudo, é de fundamental importância rever os princípios e valores que demandam as

competências dos profissionais de internação domiciliar para a convivência entre seus usuários, propostos da seguinte forma:

- a) exercer suas funções com justiça, competência, responsabilidade e honestidade;
- b) avaliar os usuários para uma possível admissão no serviço de internação domiciliar;
- c) orientar adequadamente aos usuários e seus familiares acerca dos riscos, custos e alternativas de tratamentos;
- d) prestar assistência integrada aos usuários;
- e) contribuir para que o usuário tenha uma qualidade de vida compatível aos padrões normais;
- f) respeitar a integridade física do paciente, bem como seus direitos de decisão quanto ao tratamento que irá se submeter, salvo em questão de risco de vida;
- g) fornecer todas as informações necessárias aos usuários e seus familiares sobre o serviço de internação domiciliar;
- h) fornecer o prontuário, relatório e/ou laudo médico quando for solicitado;
- i) manter sigilo profissional, bem como sua identidade profissional;
- j) manter uma comunicação constante e harmônica entre a equipe multiprofissional, seus usuários e familiares.

Assim, na internação domiciliar as relações entre profissionais de saúde, usuários e familiares são otimizadas pelo vínculo cotidiano que se estabelece e são vistas como positivas na implementação do cuidado e melhoria do usuário, reafirmando a importância das competências profissionais no âmbito da saúde (SILVA e outros, 2005).

A obrigação dos profissionais de calar sobre os segredos que foram revelados no exercício da profissão é um dos elementos que conduzem à confiança do usuário (PAZ JÚNIOR, 2002).

As competências dos profissionais de internação domiciliar devem estabelecer capacidades de adaptação em diversas situações; estabelecer limites em relação

aos clientes; ser ouvinte; saber trabalhar em equipe; ter boa comunicação; e ser pontual em seu trabalho.

Nesse sentido, a configuração do perfil da competência dos profissionais de internação domiciliar está relacionada com os requisitos técnicos e de personalidade, bem como suas responsabilidades. A partir deste conjunto, os profissionais de saúde compreenderão as funções descritas em um plano puramente cognitivo (ver o Quadro 7).

COMPETÊNCIAS	PAUTAS DE CONDUTAS (DIMENSÕES)
Orientação para o atendimento	Implementar protocolos de atendimentos; Ser criativo, sensível, observador e ouvinte; Avalia com precisão os custos e benefícios do atendimento; Estimula os colegas a pensar nas conseqüências de seu trabalho.
Desenvolvimento do trabalho em equipe	Busca oportunidades de trabalho conjunto que favoreçam a coesão e o espírito de equipe; Compartilha com seus colegas os desafios a enfrentar; Monitoramento dos procedimentos; Ser pontual; Estimula o trabalho em equipe e a análise conjunta dos problemas.

Quadro 7 - Dimensões das competências dos profissionais de saúde
Fonte: Adaptada de Santos (2001, p. 27).

Em outras palavras, Morano (2003) afirma que o profissional de internação domiciliar utiliza um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que constituem o patrimônio cultural da humanidade, a eles pertence à perícia, a maior ou menor habilidade (arte) na execução das técnicas e conhecimentos adquiridos.

Assim, o atendimento dos serviços de internação domiciliar que tem como base os profissionais de saúde, deve se constituir de conhecimentos, habilidades e atitudes. Mostrar sua personalidade a cada procedimento e, acima de tudo, demonstrar ações que podem ser realizadas com empatia no seu cotidiano, trazem mais segurança a seus usuários e familiares.

O modelo de análise apresentado no quadro 8 identifica as competências profissionais para a prestação de serviços de internação domiciliar, tendo como

dimensões o conhecimento, as habilidades e as atitudes dos profissionais de saúde com seus respectivos indicadores.

COMPETÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR	
DIMENSÕES	INDICADORES
CONHECIMENTO (Saber)	Formação Aptidão Informação Qualificação Reconhecimento
HABILIDADES (Saber fazer)	Tomada de Decisões Mudanças Organização Comunicação Autonomia Espírito de Equipe Relacionamento
ATITUDES (Saber ser)	Personalidade Responsabilidade Ética Pontualidade Aceitação Empatia Respeito Confiança

Quadro 8 - Modelo de análise das competências dos profissionais em serviços de internação domiciliar

Nota: Elaborado pela autora.

Contudo, a discussão sobre o modelo de análise deste estudo requer da autora a compreensão do modelo de gestão por competência centrado na proteção e promoção à saúde para o saber, saber fazer e saber ser, sustentado na relação do profissional de saúde, usuários e familiares.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta seção descreve os procedimentos metodológicos utilizados para a competência do profissional de internação domiciliar na empresa VITALMED, situada na cidade de Salvador – BA.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Como explicitado na Introdução, essa dissertação tem como objetivo geral verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar. Seguido dos objetivos específicos que são: compreender a competência profissional; compreender os serviços de internação domiciliar e identificar o conhecimento, as habilidades e atitudes dos profissionais de internação domiciliar.

Também se explicitou na Introdução que a estratégia metodológica adotada compõe-se de duas etapas. Na primeira etapa, de abordagem teórica, foram desenvolvidos, com base em pesquisa bibliográfica, os conceitos de internação hospitalar, internação domiciliar, competência e competência profissional no âmbito dos serviços de saúde.

Na segunda etapa da pesquisa, com base nesse referencial teórico, realiza-se uma análise da competência do profissional de internação domiciliar, desenvolvida com a técnica de estudo de caso aplicado na empresa VITALMED, situada na cidade de Salvador-BA, prestadora de serviços de urgência, emergência e internação domiciliar com ênfase no setor privado para a proteção e promoção à saúde. O levantamento de informações é feito, por: pesquisa documental e aplicação de questionário.

O levantamento e a análise de informações são realizados com base no referencial teórico e, mais exatamente, no conceito de competência profissional desdobrado nas seguintes dimensões:

- a) o conhecimento do profissional de internação domiciliar;
- b) as habilidades do profissional de internação domiciliar;
- c) as atitudes do profissional de internação domiciliar.

3.2 LEVANTAMENTO, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

Os questionários foram aplicados nos profissionais de Internação Domiciliar cadastrados na empresa VITALMED, composta por três médicos, sete médicos visitantes, sete enfermeiros de assistência, 3 enfermeiros de base, dois assistentes sociais, um nutricionista, um farmacêutico e um fonoaudiólogo.

Além desses profissionais, foram também contemplados os profissionais vinculados às empresas terceirizadas pela VITALMED para prestação de serviços de internação domiciliar, quais sejam: os fisioterapeutas que são cooperados da HOME FISIO e os técnicos de enfermagem cooperados da SAUDECOOP.

Em conjunto, os questionários foram distribuídos para 70 profissionais de saúde, sendo vinte participantes da VITALMED e vinte e cinco do HOME FISIO e da SAUDECOOP respectivamente. Desse total, apenas 37 participantes responderam o questionário de pesquisa.

Para a realização desta pesquisa foi encaminhado para a empresa VITALMED um termo de consentimento solicitando autorização para o presente estudo, cujo parecer aprovado foi enviado para as empresas terceirizadas – HOME FISIO e SAUDECOOP –, com a finalidade de aprovarem a pesquisa de campo.

Ressalta-se que os profissionais envolvidos nesta pesquisa foram devidamente informados quanto sua participação e suas identidades foram preservadas para garantir sua privacidade em relação aos dados fornecidos.

Ressalta-se também que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP), uma vez que envolveu seres humanos em organização de saúde (ver anexo).

O instrumento de coleta de dados aprovado e aplicado para o levantamento de informações foi um questionário a ser respondido pelos profissionais de internação domiciliar da VITALMED e as empresas terceirizadas, HOME FISIO E SAUDECOOP.

Na primeira parte do questionário encontram-se as perguntas fechadas estruturada em três blocos, com o objetivo de identificar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes. Ver Quadro 9, 10 e 11.

BLOCO 1: CONHECIMENTO	
<u>INDICADORES</u>	<u>QUESTÕES</u>
Formação	Sua formação prepara você ao trabalho que executa?
Aptidão	Suas aptidões auxiliam em seu trabalho?
Informação	Você mantém informado quanto às novidades referentes à saúde?
Qualificação	Sua qualificação corresponde ao tipo de serviço que executa?
Reconhecimento	O seu trabalho é reconhecido pela empresa em que você trabalha?

Quadro 9 - Estrutura do levantamento de informações quanto ao conhecimento dos profissionais de internação domiciliar
Nota: Elaborado pela autora.

BLOCO 2: HABILIDADES	
INDICADORES	QUESTÕES
Tomada de Decisões	Você tem autoridade para tomar decisões em situações inesperadas?
Mudanças	Você costuma concordar com as mudanças impostas pela equipe?
Organização	Você considera sua equipe organizada?
Comunicação	Você costuma ter boa comunicação em seus atendimentos?
Autonomia	Você tem autonomia para realizar todos os procedimentos que executa?
Espírito de Equipe	Você tem espírito de equipe?
Relacionamento	Você mantém um bom relacionamento com os familiares?

Quadro 10 - Estrutura do levantamento de informações quanto às habilidades dos profissionais de internação domiciliar

Nota: Elaborado pela autora.

BLOCO 3: ATITUDES	
INDICADORES	QUESTÕES
Personalidade	Sua personalidade contribui em suas atividades?
Responsabilidade	Você é responsável nas execuções dos procedimentos?
Ética	Você se considera um profissional ético?
Pontualidade	Você costuma ser pontual em suas visitas domiciliares?
Aceitação	Você aceita fácil o que lhe pedem para fazer?
Empatia	Você costuma se colocar no lugar do outro?
Respeito	Você respeita a privacidade das pessoas?
Confiança	As pessoas confiam em seu trabalho?

Quadro 11 - Estrutura do levantamento de informações quanto às atitudes dos profissionais de internação domiciliar

Nota: Elaborado pela autora.

A segunda parte do questionário é composta de quatro perguntas abertas que tem como objetivo compreender a competência profissional e os serviços de internação domiciliar prestados pela VITALMED, quais sejam:

- a) Quais conhecimento que você considera mais importante para os serviços de internação domiciliar?
- b) Quais habilidades que você considera mais importante para os serviços de internação domiciliar?
- c) Quais atitudes que você considera mais importante para os serviços de internação domiciliar?

- d) Descreva suas competências profissionais, sabendo que suas competências são o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam seu desenvolvimento profissional avaliados dentro e fora da organização.

Depois de elaborado o instrumento de coleta de dados, partiu-se para a entrega dos questionários aos gestores das empresas VITALMED, SAUDECOOP e HOME FISIO. O contato com os profissionais de internação domiciliar foi feito através dos gestores dessas empresas, conforme disponibilidade de tempo, em horário de expediente e nas dependências da empresa.

Com a devolução dos 37 questionários respondidos, realizou-se o processamento de informações, sendo que as informações levantadas por meio das questões fechadas foram processadas quantitativamente e as levantadas por meio das questões abertas são processadas qualitativamente.

Na parte quantitativa, o conceito qualificado foi de 1 a 5 identificado pelas respostas “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”, estabelecendo aos profissionais de internação domiciliar a livre escolha das opções descritas como única alternativa de resposta. Enquanto, na parte qualitativa foram identificadas as respostas mais freqüentes.

As informações – levantadas nas questões fechadas e abertas e processadas respectivamente de modo quantitativo e qualitativo – foram sistematizadas, comparadas e analisadas com base no referido modelo de análise, considerando as dimensões da competência (conhecimento, habilidade e atitude) e seus respectivos indicadores.

4 A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR FORNECIDA PELA VITALMED

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR NA VITALMED

4.1.1 A Organização

A VITALMED é uma empresa baiana que oferece serviços especializados de proteção e promoção à saúde, atuando em diversos segmentos, através de atendimentos de urgências e emergências médicas por meio de UTI's móveis monitoradas via satélite e equipadas com aparelhos de suporte avançado de vida (VITALMED, 2009b).

A VITALMED possui um sistema de atendimento pré-hospitalar baseado no modelo surgido na Irlanda e implantado na América do Sul na década de 80. Este sistema é compreendido como um atendimento móvel realizado através do encaminhamento de UTI's móveis, com uma equipe multiprofissional especializada para atender quadros clínicos agudos e emergências que implicariam em risco de vida imediato, respeitando as áreas restritas e atendendo no local em que o usuário encontra-se (VITALMED, 2009a).

O projeto de implantação de uma empresa de “Serviços de Emergência Médica” foi trazido para a Bahia por investidores uruguaios e apresentada a empresários baianos. Baseados em uma análise mercadológica, eles identificaram uma baixa qualidade nos serviços públicos de saúde, bem como uma forte tendência na época de privatizações de empresas públicas, aliadas a deficiência no atendimento à comunidade quanto às necessidades básicas de segurança, educação e saúde (VITALMED, 2009a).

O projeto da VITALMED foi avaliado como uma grande oportunidade de negócio, desenvolvido a partir de um serviço inovador, com preço acessível e voltado para a população em geral.

Dessa forma a VITALMED foi pioneira na implantação do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) de emergência na Bahia, apresentando as seguintes vantagens do APH (VITALMED, 2009a):

- a) aumento das chances de sobrevivência do usuário;
- b) redução da possibilidade de sequelas advindas de um atendimento inadequado ou pela falta de agilidade no socorro médico a partir dos primeiros minutos dos sintomas de uma emergência;
- c) contribuição para a redução do tempo e dos gastos com a internação hospitalar.

Na prestação de serviço de atendimento móvel e emergência médica, vale registrar que a experiência da VITALMED é de 94% dos casos com adultos e 95% dos casos com crianças resolvidos no local do atendimento, possibilitando uma diminuição de até 60% na mortalidade e do tempo de internação (VITALMED, 2009b).

Em 8 de julho de 1993, foi inaugurado o primeiro serviço de atendimento móvel a emergência médica, tendo sua sede localizada no Pituba Parque Center. Entre os anos 1995 e 1996, o Gerente de Tecnologia e Informação sugere a primeira mudança para as melhorias no sistema de atendimento, que já apresentavam falhas na sua concepção (VITALMED, 2009a).

Nos três anos posteriores, a empresa voltou-se para a definição de processos, a padronização de atividades, a revisão de estrutura física e ampliação do quadro funcional. Nesse contexto, criou-se o VITALFONE, que é o processo de educação através de um médico de plantão 24 horas para orientar seus usuários a qualquer tipo de procedimento (VITALMED, 2009a).

Atualmente, a VITALMED fornece atendimento médico 24 horas, 365 dias por ano, a pessoas físicas (de classe A, B, C e D) e pessoas jurídicas (planos de saúde, hospitais, seguradoras e demais empresas), contabilizando aproximadamente 20.000 usuários de internação domiciliar e atendimento pré-hospitalar dos municípios de Salvador e Lauro de Freitas (VITALMED, 2009b).

Para prestação desse serviço de atendimento móvel e emergência médica, a VITALMED (2009b) conta com:

- a) nove postos de atendimento localizados em pontos estratégicos de Salvador, o que facilita o deslocamento das unidades móveis em direção ao local do atendimento;
- b) sistema de logística controlado via satélite pela a Central de Controle de Operações (CCO);
- c) frota composta por aproximadamente quarenta unidades, dentre elas UTI's móveis, veículos de menor porte e uma unidade específica de logística para transporte de materiais entre as bases e abastecimento das demais unidades de atendimento.

Em 2000, a VITALMED desenvolveu novos produtos: o VITALENFERMAGEM (serviço que disponibiliza aos usuários, profissionais especializados na área de enfermagem no domicílio); o TRANSPORTE (serviço de remoção de uma unidade hospitalar para outra ou para o domicílio do usuário); e ÁREA PROTEGIDA (serviço de proteção de instalações ou dependência físicas em situações de emergência e urgência) (VITALMED, 2009a).

Em 2001, surgiu a Central de Controle de Operações (CCO) funcionando 24 horas com a finalidade de melhorar ainda mais o tempo de atendimento aos usuários. Nessa época, criou-se o setor de Recursos Humanos, incorporando o setor de Desenvolvimento Humano (VITALMED, 2009a). Ver figura 4:

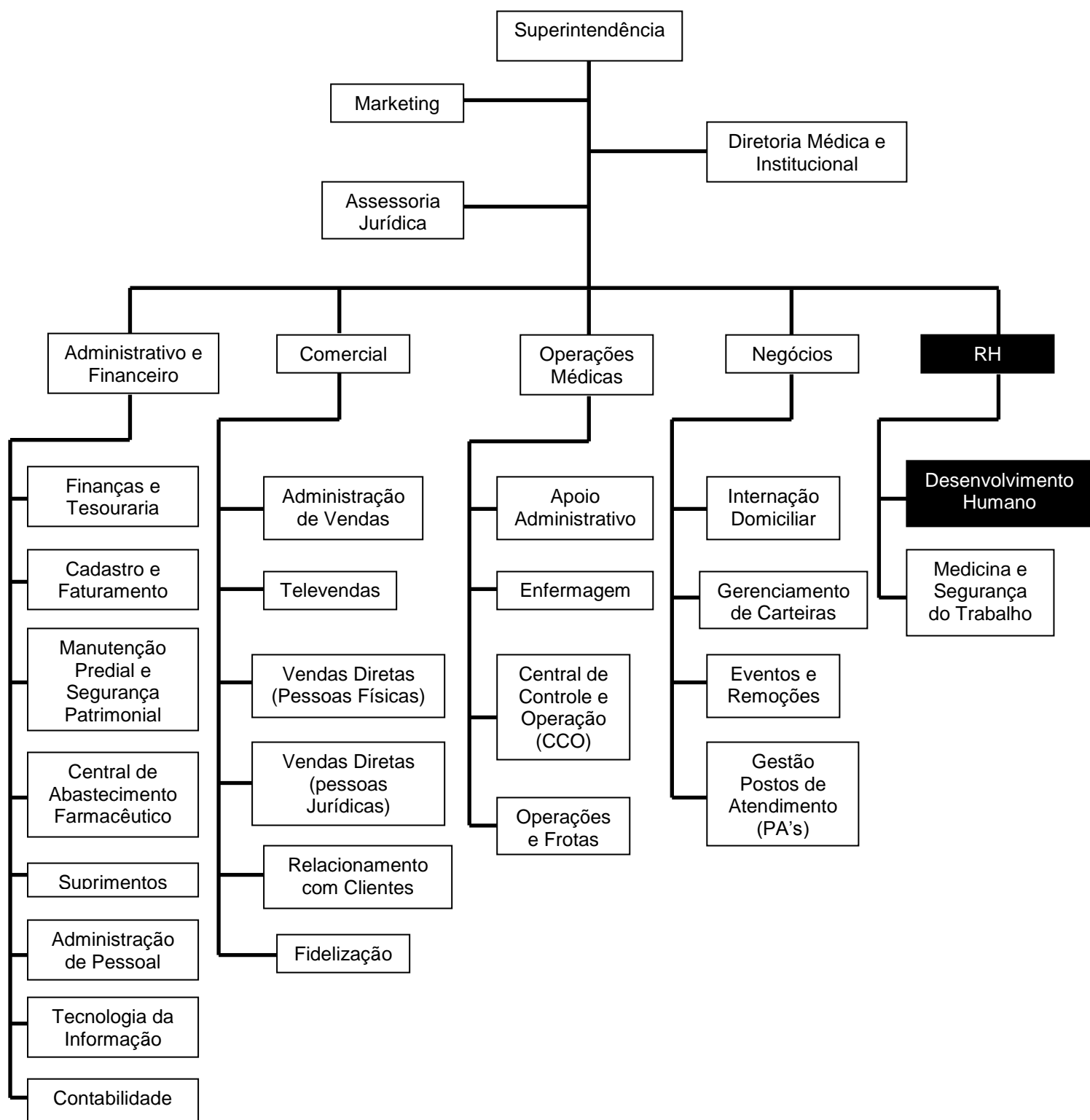


Figura 4 - Organograma setorial da empresa VITALMED
 Fonte: Campos (2009)

Um ano depois, a FARMÁCIA VITALMED foi inaugurada com a finalidade de disponibilizar medicamentos aos usuários com preços diferenciados e a domicílio, sendo incorporadas as Drograrias São Paulo cinco anos mais tarde. Ainda neste ano de 2002, é criado o VITALCARE que consiste no serviço de internação domiciliar da Vitalmed (VITALMED, 2009a).

4.1.2 O Serviço de Internação Domiciliar

A internação domiciliar, denominada pela empresa como VITALCARE, é o serviço de Atenção Domiciliar da VITALMED, disponibilizado exclusivamente para os planos de saúde. Trata-se de uma modalidade de serviço que transfere os pacientes do hospital para o domicílio, tendo como objetivo dar continuidade ao tratamento e cuidados especializados, através de uma equipe multidisciplinar, além de medicamentos e serviços de apoio como laboratório e radiologia realizados no domicílio do usuário (ALMEIDA, 2009).

Segundo Almeida (2009), o VITALCARE busca adequar o usuário e seus familiares ao autogerenciamento dos cuidados, evitando reinternações desnecessárias. Para tanto, os familiares e cuidadores são preparados desde o início do Programa de Internação Domiciliar da empresa. Ver Quadro 12:

<u>MODALIDADES</u>	<u>INFRA-ESTRUTURA E SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS</u>	<u>CRITÉRIOS</u>	<u>VANTAGENS</u>
Enfermagem Integral - 24 horas de auxiliar de enfermagem.	Móveis, equipamentos básicos e atendimento médico de emergência 24 horas.	Diagnóstico definido e quadro clínico estável.	Atendimento personalizado pela equipe multidisciplinar de saúde e rotatividade dos leitos hospitalares.
Enfermagem Parcial - 12 horas de auxiliar de enfermagem.	Total assistência da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros).	Domicílio adequado, família participante e cuidador formalmente identificado.	Flexibilização das diárias, permitindo redução dos custos totais do tratamento para o convênio e menor risco de infecção por bactérias multi-resistentes.
Enfermagem Básica - 06 horas de auxiliar de enfermagem.	Medicações, materiais, oxigenoterapia e dietas prescritas pelo médico assistente.	Concordância do médico assistente.	Participação da família, oferecendo ao paciente melhor resposta à terapêutica proposta e aumento da qualidade de vida, resultando na redução do tempo de tratamento.
Gerenciamento de Casos Clínicos – visitas para cuidados pontuais, tais como curativos, fisioterapia, nutrição, aplicação de medicações endovenosas, oxigenoterapia, dentre outros.	Serviços de apoio à terapêutica (exames laboratoriais, hemoterapia e exames por imagem).	Autorização do convênio de saúde.	Melhor evolução do quadro clínico e estado psicológico dos pacientes.

Quadro 12 - Características do serviço de internação domiciliar da VITALMED

Fonte: VITALMED (2009b).

Dentre as características da Internação Domiciliar destacam-se a constante permanência de profissionais de saúde no domicílio, as necessidades estruturais para receber o usuário em casa e a participação dos familiares na monitoração do uso de materiais e medicamentos.

A participação e a cooperação da família são fundamentais para a recuperação do usuário, desde o entendimento das características do Programa de Internação Domiciliar à efetiva capacitação da família para o cuidado diário do usuário. O afeto e o carinho são “remédios” indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida do usuário (ALMEIDA, 2009).

Gradualmente, de acordo com a melhoria clínica do usuário, a assistência dos profissionais da VITALCARE será reduzida e substituída pelos cuidados da família até o momento em que seja possível conceder a alta, comunicada com 48 horas de antecedência (ALMEIDA, 2009).

4.1.3 Os Profissionais de Internação Domiciliar

Os profissionais de internação domiciliar são treinados em técnicas de atendimento a emergência que fazem a diferença nas horas mais importantes, sendo de alto risco (VITALMED, 2009a).

A equipe é formada por médicos especializados em emergência e urgência, com treinamento em suporte avançado de cardiologia e traumatologia; profissionais de enfermagem e motorista socorrista devidamente treinado em suporte básico de vida (VITALMED, 2009a).

Para fornecer corretamente os serviços da VITALMED é importante que os profissionais de internação domiciliar saibam identificar sintomas de emergências e urgências médicas. Desta forma o usuário pode contar com maior eficácia no atendimento. As solicitações de atendimento na empresa são classificadas internamente de acordo com uma hierarquia de prioridades e critérios técnicos utilizados universalmente.

As emergências médicas são casos que necessitam de pronto atendimento. O risco de morte ou de sequelas físicas graves pode ser imediato. As emergências, geralmente têm início súbito e podem vir acompanhadas de severo comprometimento de um ou mais órgãos vitais. Já as urgências médicas são casos que necessitam de pronto atendimento também. Contudo, na urgência o risco de morte não é imediato (VITALMED, 2009b).

Existem também casos de baixa complexidade que não são classificados nem como urgência ou emergência médica, os quais não justificam o deslocamento de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel e são passíveis de consultas ambulatoriais (VITALMED, 2009b). Ver Quadro 13:

EMERGÊNCIA MÉDICA	URGÊNCIA MÉDICA	CASOS DE BAIXA COMPLEXIDADE
Perda de consciência, afogamento, aspiração de corpo estranho e quadros convulsivos em evolução.	Dor intensa no peito, opressiva, irradiada ou não para o braço, queixo ou estômago, associada ou não a suores frios e falta de ar.	Atendimento para investigação de sintomas gerais (tosse, febre, mal estar, etc.).
Alteração súbita do nível de consciência, associada a dificuldade em falar ou movimentar algum membro.	Queimaduras moderadas ou graves, de qualquer origem (física ou química).	Atendimento para controle de tratamento ambulatorial.
Perda súbita de sangue em grande quantidade.	Insuficiência respiratória aguda, ataque de asma ou broncoespasmos que não cedam ao tratamento habitual.	Paciente crônico em tratamento continuado, sem agudização do quadro.
Tremores ou abalos por todo corpo ou em parte dele, com desvios dos olhos e repuxo na boca.	Quadros convulsivos ou pós-convulsivos.	Transporte para realização de exames e casos psiquiátricos.
Fraturas com hemorragias.	Reações alérgicas, com alteração respiratória.	Alcoolismo crônico.
Intoxicações graves e choques elétricos.	Descompensações diabéticas e metabólicas.	Dor de dente e de ouvido.

Quadro 13 - Exemplos de emergência médica, urgência médica e casos de baixa complexidade

Fonte: VITALMED (2009b).

Vale ressaltar que as empresas terceirizadas, HOME FISIO e SAUDECOOP, são inteiramente responsáveis pelo quadro de profissionais e sujeitos a constantes treinamentos para manter seus profissionais de internação domiciliar atualizados.

4.2 ANÁLISE DA COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

4.2.1 Caracterização dos Profissionais

As tabelas apresentadas a seguir, mostram a caracterização dos participantes da pesquisa quanto à formação profissional, a escolaridade, a faixa etária, o tipo de sexo, o tempo de experiência profissional, o tempo de experiência na empresa VITALMED e o vínculo empregatício.

Na tabela 1, verifica-se que os técnicos de enfermagem são a maioria dos profissionais de internação domiciliar com 37,8% pela distribuição dos participantes da amostra por formação do profissional; seguidos dos fisioterapeutas com 32,4%; enfermeiros com 18,9%; e apenas 2,7% se concentram em um assistente social, um fonoaudiólogo, um médico e um nutricionista.

Tabela 1 – Formação dos profissionais de internação domiciliar da amostra investigada

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA (n)	%
Assistente social	1	2,7
Enfermeiro	7	18,9
Fisioterapeuta	12	32,4
Fonoaudiólogo	1	2,7
Médico	1	2,7
Nutricionista	1	2,7
Técnico de enfermagem	14	37,8
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

Quanto à distribuição dos participantes da amostra por nível de escolaridade apresentadas na tabela 2, nota-se a diferença de profissionais qualificados que atuam nos serviços de internação domiciliar. Desta forma, observa-se que 40,5%

dos profissionais de internação domiciliar possuem pós-graduação; 32,4% possuem nível médio; e apenas 27% possuem nível superior.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA (n)	%
Ensino Médio	12	32,4
Ensino superior	10	27,0
Pós-graduação	15	40,5
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

Quanto a distribuição da amostra por faixa etária apresentada na tabela 3, a maioria dos participantes é jovem com 40,5%, variando entre 24 e 28 anos; seguidos de 8,1% entre 25 e 29 anos; 21,6% entre 30 a 34 anos; 18,9% entre 35 a 39 anos; 5,4% entre 40 a 44 anos; e apenas 5,4% apresentam idade acima de 45 anos.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA (n)	%
De 24 a 28 anos	15	40,5
De 25 a 29 anos	3	8,1
De 30 a 34 anos	8	21,6
De 35 a 39 anos	7	18,9
De 40 a 44 anos	2	5,4
Acima de 45 anos	2	5,4
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

Na distribuição dos participantes da amostra por tipo de sexo apresentada na tabela 4, evidencia-se que 81,1% dos profissionais de internação domiciliar são do sexo feminino e apenas 18,9% são do sexo masculino.

Tabela 4 – Distribuição da amostra pelo tipo de sexo

SEXO	FREQUÊNCIA (n)	%
Masculino	7	18,9
Feminino	30	81,1
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

Sobre o tempo de experiência profissional e tempo de experiência na empresa VITALMED, verificou-se que a experiência profissional dos participantes é de 97,3%, variando entre 0 e 4 anos; e apenas 2,7% dos profissionais varia entre 5 e 9 anos de experiência (Ver tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra pelo tempo de experiência profissional

TEMPO	FREQUÊNCIA (n)	%
De 1 a 4 anos	36	97,3
De 5 a 9 anos	1	2,7
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

Ainda sobre o tempo de experiência na empresa VITALMED foi verificado que 81,1% dos profissionais de internação domiciliar têm entre 0 e 4 anos de experiência profissional; seguidos por 13,5% entre 5 a 9 anos; e apenas 5,4% apresentou tempo superior a 10 anos. Ver tabela 6:

Tabela 6 – Distribuição da amostra pelo tempo de experiência na VITALMED

TEMPO	FREQUÊNCIA (n)	%
De 1 a 4 anos	30	81,1
De 5 a 9 anos	5	13,5
Acima de 10 anos	2	5,4
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

Outro dado bastante relevante nessa pesquisa é o tipo de vínculo empregatício – 40,5% são cooperados, 29,7% são empregados, e 29,7% não especificam seu vínculo empregatício (Ver tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra quanto ao vínculo empregatício

CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	%
	(n)	
CLT	11	29,7
Cooperativa	15	40,5
Outros	11	29,7
TOTAL	37	100,0

Nota: Elaborado pela autora.

A análise dos dados das tabelas de 1 a 7 permite a tabulação de dados com cruzamentos para um melhor entendimento dos resultados. Ver tabela 8, 9 e 10. Os dados obtidos na pesquisa de campo mostram a preocupação desses profissionais de internação domiciliar em busca do aprimoramento profissional. Na tabela 8, verificou-se que os fisioterapeutas possuem um alto índice de qualificação apresentando um número de sete profissionais de internação domiciliar com pós-graduação, sendo que um fisioterapeuta tem mestrado.

Tabela 8 – Formação profissional versus nível de escolaridade

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	NÍVEL DE ESCOLARIDADE			Total
	Ensino médio	Ensino superior	Pós-graduação	
Assistente Social		1		1
Enfermeiro		2	5	7
Fisioterapeuta		4	8	12
Fonoaudiólogo			1	1
Médico		1		1
Nutricionista			1	1
Técnico de enfermagem	12	2		14
TOTAL	12	10	15	37

Nota: Elaborado pela autora.

Já na tabela 9, observa-se a concentração de técnicos de enfermagem prestadores de serviços de internação domiciliar como cooperados.

Tabela 9 – Formação profissional versus vínculo empregatício

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	VÍNCULO EMPREGATÍCIO			
	CLT	Cooperativa	Outros	Total
Assistente Social	1			1
Enfermeiro	6	1		7
Fisioterapeuta	3	1	8	12
Fonoaudiólogo			1	1
Médico			1	1
Nutricionista	1			1
Técnico de enfermagem		13	1	14
TOTAL	11	15	11	37

Nota: Elaborado pela autora.

Na tabela 10, verificou-se que os fisioterapeutas possuem mais experiência na empresa VITALMED, apresentando tempo superior a 10 anos.

Tabela 10 – Formação profissional versus tempo de experiência na VITALMED

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA VITALMED			Total
	De 0 a 4 anos	De 5 a 9 anos	Acima de 10 anos	
Assistente Social	1			1
Enfermeiro	7			7
Fisioterapeuta	7	3	2	12
Fonoaudiólogo	1			1
Médico	1			1
Nutricionista	1			1
Técnico de enfermagem	12	2		14
TOTAL	30	5	2	37

Nota: Elaborado pela autora.

4.2.2 Análise das Competências Profissionais

Conhecimento

A tabulação das questões fechadas sobre o conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos serviços de internação domiciliar está representada na tabela 11.

Tabela 11 – Respostas das questões fechadas sobre o conhecimento

CONHECIMENTO Indicadores Questões	NUNCA		RARAMENTE		ÀS VEZES		FREQUENTEMEN TE		SEMPRE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Formação Sua formação prepara você ao trabalho que executa?	2	5,7			6	17,1	7	20,0	20	57,1	100
Aptidão Suas aptidões auxiliam em seu trabalho?	1	2,9			1	2,9	11	31,4	22	62,9	100
Informação Você mantém informado quanto às novidades referentes à saúde?					4	11,1	15	41,7	17	47,2	100
Qualificação Sua qualificação corresponde ao tipo de serviço que executa?	1	2,7	1	2,7	1	2,7	11	29,7	23	62,2	100
Reconhecimento O seu trabalho é reconhecido pela empresa em que você trabalha?	2	5,6	5	13,9	7	19,4	10	27,8	12	33,3	100

Nota: Elaborado pela autora.

57,1% dos profissionais afirmaram que a **formação** sempre os prepara para o trabalho que executam. Esse resultado não deve indicar que para os profissionais a formação é irrelevante, mas que a formação que tiveram foi deficiente. Essa deficiência pode comprometer o próprio desenvolvimento do profissional porque, de

acordo com Klaumann (2002), a formação é a etapa inicial do desenvolvimento profissional permanente e contínuo. Em outras palavras, os padrões utilizados para uma formação explicitam o que o profissional de internação domiciliar deve saber para desempenhar suas atividades com qualidade (LIMA, 2005).

62,9 % dos profissionais afirmaram que a **aptidão** sempre os considera apto a exercer suas atividades profissionais frente aos usuários e familiares, bem como as competências necessárias para exercer as suas funções de forma segura e eficaz.

Apenas 47,2% dos profissionais afirmaram que a **informação** sempre foi considerado importante pelo objetivo de informar ao usuário e familiares sobre o diagnóstico e decidir o melhor tratamento para obtenção da cura com qualidade de vida. A informação é obtida através de leitura que possibilita aos profissionais de internação domiciliar manter-se sempre atualizados com capacidade de tomar decisões e solucionar problemas, como é destacado por Saupe (2006)

62,2 % dos profissionais afirmaram que a **qualificação** permanente sempre constituiu importante estratégia para os cuidados paliativos necessários, em função do aumento da qualidade de vida dos usuários e familiares. Em outras palavras, a qualificação é adquirida pela teoria e prática, que permite ao profissional de internação domiciliar um melhor desempenho no exercício cotidiano de sua profissão (FISCHER e outros, 2008).

Apenas 33,3% dos profissionais afirmaram que o **reconhecimento** sempre os prepara para suas atividades profissionais, fazendo com que eles enxerguem melhor seus usuários auxiliando em sua recuperação. Assim, reconhecer o outro estimula o conhecimento de si mesmo para o desempenho profissional.

Analisando em síntese as respostas das questões fechadas para o conhecimento, verifica-se que os indicadores do conhecimento são direcionados para as experiências profissionais desses profissionais, baseado em normas e rotinas.

Ao analisar as respostas da questão aberta sobre conhecimento, verifica-se que o conhecimento teórico e prático foi apontado por uma ampla maioria dos participantes, ficando evidenciado conforme as respostas reproduzidas a seguir:

“Além do conhecimento teórico, a prática adquirida no decorrer da profissão, principalmente em rede hospitalar.”

“Conhecimento teórico e prático da profissão.”

“Conhecimento teórico e prático, assim demonstramos segurança aos familiares e usuários.”

“Conhecimento teórico e prático relacionado à profissão de saúde, bem como as informações internas das empresas prestadoras de serviços de internação domiciliar”.

Com base nas respostas das questões abertas e fechadas, verifica-se que os profissionais consideram o conhecimento como um processo de formação continuada, baseada na teoria e prática de cada profissional de internação domiciliar.

Habilidades

Quanto às habilidades, a análise dos dados obteve também a mesma sistematização da dimensão do conhecimento representada na tabela 12.

Tabela 12 – Respostas das questões fechadas sobre as habilidades

HABILIDADES Indicadores Questões	NUNCA		RARAMENTE		ÀS VEZES		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Tomada de decisão Você tem autoridade para tomar decisões em situações inesperadas?	3	8,3	1	2,8	12	33,3	10	27,8	10	27,8	100
Mudanças Você costuma concordar com as mudanças propostas pela equipe?	1	2,8			10	27,8	17	47,2	8	22,2	100

HABILIDADES Indicadores Questões	NUNCA		RARAMENTE		ÀS VEZES		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Organização Você considera sua equipe organizada?	1	2,9	3	8,6	9	25,7	14	40,0	8	22,9	100
Comunicação Você costuma ter boa comunicação em seus atendimentos?					1	2,9	14	41,2	19	55,9	100
Autonomia Você tem autonomia para realizar todos os procedimentos que executa?					3	8,3	12	33,3	21	58,3	100
Espírito de Equipe Você tem espírito de equipe?					1	2,8	6	16,7	29	80,6	100
Relacionamento Você mantém bom relacionamento com os familiares?					1	2,9	14	41,2	19	55,9	100

Nota: Elaborado pela autora.

27,8% dos profissionais afirmaram que a **tomada de decisão** sempre foi menos relevante para o trabalho que eles executam, contrapondo Zarifian (2003) ao afirmar que a competência está relacionada à tomada de decisões do profissional nas diversas situações em que se confrontam.

Apenas 22,2% dos participantes apontam também que as **mudanças** sempre foi pouco relevante, contrariando o conceito de Lazzarotto (2001), ao afirmar que as mudanças solicitam cada vez mais do profissional de internação domiciliar a capacidade de pensar, agir, interagir e decidir em um sistema complexo de habilidades técnicas, utilizando a tecnologia de modo inteligente.

22,9% dos profissionais sempre consideraram a **organização** pouco relevante para os serviços de internação domiciliar. Todavia, um profissional organizado trabalha melhor porque tudo o que ele necessita se encontra no devido lugar, desde um simples bloco de requisição de exames até o prontuário de seu usuário.

Com relação a **comunicação**, 55,9% dos profissionais de internação domiciliar sempre consideraram importante manter uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, usuário e familiares.

Corroborando com as afirmações de Oriá, Moraes e Victor (2004) que afirmam que o processo de comunicação desses profissionais de saúde precisa ser, de forma clara, para viabilizar um atendimento adequado de acordo com as necessidades do usuário e familiares.

Em outras palavras, esses profissionais devem ser ouvintes para a melhoria nas relações com seus usuários e familiares para atingir os objetivos conjuntos em favor do bem-estar (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

58,3% dos profissionais de internação domiciliar consideraram que eles sempre ganharam **autonomia** para o exercício de sua profissão, desde a parte de gestão até a visita domiciliar.

Contudo, 80,6% dos participantes afirmam que o **espírito de equipe** sempre os preparou para sua atuação profissional.

Retomando o conceito de Silva e outros (2005), na internação domiciliar as relações entre profissionais de saúde, usuários e familiares são otimizadas pelo vínculo cotidiano que se estabelece e são vistas como positivas na implementação do cuidado e melhoria do usuário. Essa idéia é confirmada quando 55,9% dos profissionais de internação domiciliar sempre mantêm um bom **relacionamento** com seus usuários e familiares.

Analisando em síntese as respostas das questões fechadas para as habilidades, verificou-se que os indicadores são direcionados para as práticas profissionais.

Ao analisar as respostas das questões abertas sobre as habilidades, encontraram-se descritas algumas das principais respostas transcritas pelos participantes:

“Contribuir para o tratamento do usuário com espírito de equipe.”
“Saber trabalhar em equipe e com equipes multidisciplinar e interdisciplinar.”
“Atendimento personalizado pela equipe interdisciplinar de saúde.”
“Saber se relacionar com a equipe multidisciplinar.”

De acordo com a pesquisa, o domínio das técnicas obteve maior predominância nas questões abertas evidenciados pelos seguintes respostas:

“Total domínio das técnicas.”
“Dominar as técnicas relacionadas às patologias dos usuários.”
“Domínio das técnicas conforme sua atividade profissional.”
“Dominar as técnicas com segurança e confiança no que está fazendo.”
“Domínio técnico em relação aos procedimentos executados.”

Com base nas questões abertas e fechadas, os profissionais de internação domiciliar devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada, destacando que possuir espírito de equipe se estende ao processo da comunicação e relacionamento, uma vez que esses profissionais devem ser acessíveis e receptivos na interação com seus usuários e familiares.

Atitudes

Na sequência, a análise dos dados referentes à dimensão atitudes está representada na tabela 13.

Tabela 13 – Respostas das questões fechadas sobre as atitudes

ATITUDES Indicadores Questões	NUNCA		RARAMENTE		ÀS VEZES		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Personalidade Sua personalidade contribui em suas atividades?					2	5,6	11	20,6	23	63,9	100
Responsabilidade Você é responsável nas execuções dos procedimentos?	1	2,8					4	11,1	31	86,1	100
Ética Você se considera um profissional ético?							3	8,3	33	91,7	100
Pontualidade Você costuma ser pontual em suas visitas domiciliares?					4	2,9	7	22,6	20	64,5	100
Aceitação Você aceita facilmente o que lhe pedem para fazer?			1	2,9	10	8,6	20	57,1	4	11,4	100
Empatia Você costuma se colocar no lugar do outro?			2	5,6	4	11,1	11	30,6	19	52,8	100
Respeito Você respeita a privacidade das pessoas?							6	16,7	30	83,3	100
Confiança As pessoas confiam em seu trabalho?					1	2,8	13	36,1	22	61,1	100

Nota: Elaborado pela autora.

63,9% dos profissionais afirmam que a **personalidade** sempre os ajudou no exercício cotidiano a solucionar os problemas vivenciados no cotidiano.

86,1% dos participantes afirmaram que a **responsabilidade** sempre os preparou para avaliar as necessidades de seus usuários e familiares, o grau de satisfação e integridade do usuário como indivíduo com a possibilidade deste serviço ser abordado de maneira responsável e consciente, permitindo ao usuário se sentir bem quando tratado por qualquer profissional de saúde (BOMFIM; SILVA, 2003).

Verificou-se também, que 91,7% dos profissionais de internação domiciliar afirmam que a **ética** sempre os orientam para o exercício da profissão contribuindo para a importância nas relações entre profissionais de internação domiciliar, usuários e familiares.

Por conseguinte, 64,5% desses profissionais de saúde afirmam que a **pontualidade** sempre foi importante indicador para a qualidade e produtividade nos serviços de internação domiciliar.

Apenas 11,4% consideraram que a **aceitação** sempre os preparou para o exercício de suas tarefas, contrariando Backes (2004), o qual afirma que as competências dos profissionais de internação domiciliar desenvolvem-se em relação à realidade de cada usuário com o objetivo de encontrar estratégias em relação aos diferentes quadros clínicos.

52,8% dos profissionais afirmam com relação à **empatia**, que sempre se colocaram no lugar de seus usuários e familiares antes de realizar algum procedimento para contribuir na recuperação de seus usuários.

Entretanto, 83,3% dos participantes afirmaram que o **respeito** pelas individualidades dos usuários sempre os ajudou na execução de suas atividades profissionais.

61,1% dos profissionais de internação domiciliar afirmaram que a **confiança** sempre foi um indicador relevante para o sucesso de sua profissão, com o objetivo de fornecer uma recuperação mais rápida, deixando-os mais calmos e tranquilos.

Analisando em síntese as respostas das questões fechadas sobre as atitudes dos profissionais de internação domiciliar, verificou-se que suas competências estão direcionadas ao trabalho ético com responsabilidade por se tratar de vidas humanas conforme as especificidades dos profissionais de saúde através de ações integradas sempre em benefício do usuário. Com base nas respostas das questões abertas sobre as atitudes, os depoimentos dos participantes foram transcritos em:

“Principalmente manter a ética profissional, saber separar o profissional do pessoal e não se envolver emocionalmente de maneira a interferir nas condutas como profissional.”
“[...] Competência e ética profissional.”
“[...] utilizar a ética profissional acima de tudo [...].”
“Postura profissional e ética.”

Deste modo, observaram-se também sobre as atitudes dos participantes os seguintes relatos:

“Procuro manter um bom relacionamento dentro e fora da organização.”
“Se colocar no lugar do outro.”
“Respeito aos limites pessoais e profissionais de cada funcionário e parceiro.”
“Respeitar e entender a invasão de privacidade no ambiente familiar.”
“Responsabilidade no que faço.”
“Saber conviver com os problemas das famílias.”

Com base nas questões abertas e fechadas com relação às atitudes, foi visto que os profissionais de saúde incluem uma postura ética com experiências e qualidades pessoais utilizada individualmente e/ou grupais, como resposta às várias situações relativas ao exercício profissional nos serviços de internação domiciliar.

Competências Profissionais Gerais

As respostas da questão aberta que solicita a definição das próprias competências profissionais na internação domiciliar não se prenderam ao modelo de análise utilizado, a suas dimensões e seus respectivos indicadores.

Algumas respostas apresentaram indicadores que compõem as dimensões de análise da competência profissional:

“Conhecimento teórico e experiência prática.”
“Conhecimento teórico e prático adquirido durante anos de profissão.”
“Improvisação e execução prática do tratamento.”

Outras respostas apresentaram elementos distintos dos indicadores que compõem as dimensões de análise:

“Avaliar as dificuldades da família e prescrever de acordo com as necessidades do usuário e suas possibilidades.”
“Ensinar ao cuidador e familiares no que for necessário e possível sobre o tratamento do usuário.”
“Cuidar, assistir, monitorar, gerenciar, resolver, ensinar, decidir.”

Mesmo que as competências profissionais não coincidam com os indicadores, elas podem ser associadas às dimensões de análise: conhecimento, habilidade e atitude.

Há respostas que se referem a conhecimento, transcritas pelos depoimentos de alguns participantes:

“Conhecimento teórico e prático em internação domiciliar.”
“Conhecimento teórico e prático na área de atuação profissional.”

Há respostas que se referem à habilidade, quando alguns profissionais de internação domiciliar percebem que “ter domínio na relação família-médico, muitas vezes é mais viável que a relação médico-usuário.”

Há respostas que se referem à atitude, quando alguns participantes afirmam “ter capacidade de atender bem o usuário”.

Independentemente das dimensões de análise, as competências profissionais que se destacaram foram humanização, comprometimento e paciência, como ilustram as seguintes respostas:

“Humanização do ato com participação da família.”
“Comprometimento com melhores condições de vida para o usuário.”
“Paciência com o usuário e familiares.”

Por mais que se construa um perfil das competências dos profissionais de internação domiciliar, percebe-se que cada profissional age de acordo com suas experiências vivenciadas.

4.2.3 Síntese das Competências Profissionais

Os indicadores de competência profissional no serviço de internação domiciliar prestado pela empresa VITALMED que se destacaram nas respostas das questões fechadas encontram-se representados por ordem de importância na figura 5:

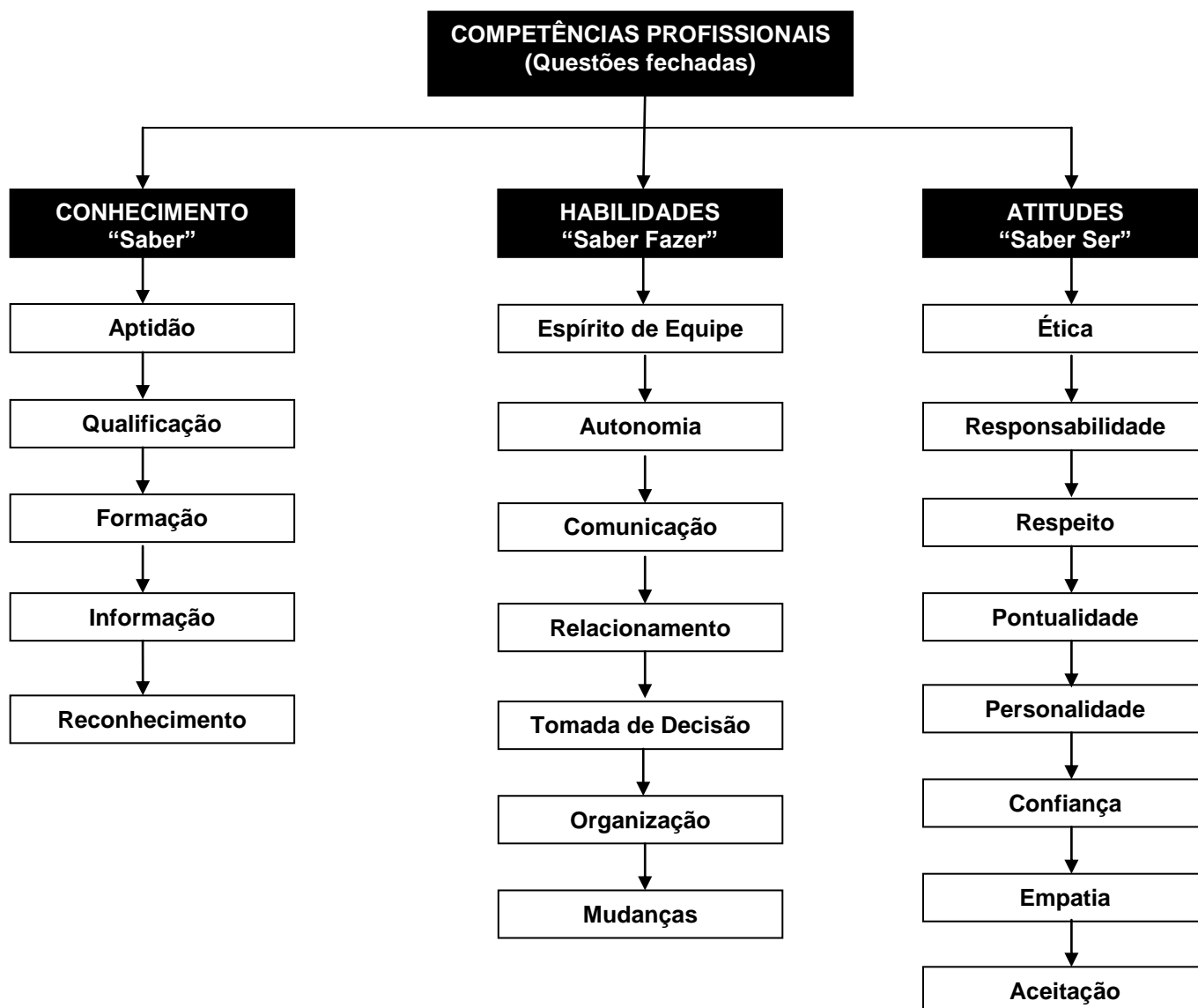


Figura 5 - Competências dos profissionais de internação domiciliar da VITALMED por ordem de importância, conforme as questões fechadas

Nota: Elaborado pela autora.

Na primeira linha se evidenciam os indicadores de maior importância em cada dimensão e, numa perspectiva geral, de competência na visão dos profissionais que atuam no serviço de internação domiciliar prestado pela empresa VITALMED, quais sejam:

- a) na dimensão conhecimento: aptidão;
- b) na dimensão habilidade: espírito de equipe;
- c) na dimensão atitude: ética.

Vale também notar que os profissionais deram menos importância a:

- d) na dimensão conhecimento: reconhecimento;
- e) na dimensão habilidade: tomada de decisão, organização e mudanças;
- f) na dimensão atitude: personalidade: confiança, empatia e aceitação.

Analisando-se os indicadores das respostas das questões fechadas por ordem de maior importância, observou-se que não houve inteira coerência com o referencial teórico, assim como os indicadores de menor importância.

Além dos indicadores apresentados nas respostas das questões fechadas (ver figura 5), são considerados também como indicadores de competência profissional no serviço de internação domiciliar prestado pela empresa VITALMED os elementos que se destacaram nas respostas das questões abertas, apresentados no Quadro 14.

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS (Questões abertas)		
<u>CONHECIMENTO</u>	<u>HABILIDADES</u>	<u>ATITUDES</u>
Conhecimento teórico e prático	Domínio das técnicas	Ética
Domínio das técnicas	Segurança	Respeito
Espírito de Equipe	Atenção	Postura
Respeito	Comunicação	Responsabilidade
Bom relacionamento	Objetividade	Comunicação
Formação	Bom relacionamento	Bom ouvinte
Ética	Mudanças	Bom relacionamento
Informação	Necessidade do usuário	Atenção
Qualificação	Responsabilidade	Compromisso
Tomada de decisões	Transferência do Paciente	Saber conviver com os outros
		Agilidade
		Coerência
		Aceitação
		Espírito de equipe
		Pontualidade
		Carisma

Quadro 14 - Competências dos profissionais de internação domiciliar da VITALMED por ordem de importância, conforme as questões abertas

Nota: Elaborado pela autora.

Na primeira linha se evidenciam os indicadores de maior importância em cada dimensão e, numa perspectiva geral, de competência na visão dos profissionais que atuam no serviço de internação domiciliar prestado pela empresa VITALMED, quais sejam:

- a) na dimensão conhecimento: conhecimento teórico e prático;
- b) na dimensão habilidade: domínio das técnicas;
- c) na dimensão atitude: ética.

Vale também notar que os profissionais deram menos importância a:

- a) na dimensão conhecimento: tomada de decisão;
- b) na dimensão habilidade: transferência do paciente;

- c) na dimensão atitude: saber conviver com os outros, agilidade, coerência, aceitação, espírito de equipe, pontualidade e carisma.

Analisando-se os indicadores das respostas das questões abertas, o que primeiro se observa é que as identificações, em termos de designação e enquadramento nas dimensões de análise, não coincidem inteiramente com os indicadores das respostas das questões fechadas e, por conseguinte, não são inteiramente coerentes com o referencial teórico.

Mas é possível definir os indicadores "conhecimento teórico e prático" e "domínio de técnicas", que se destacaram nas respostas das questões abertas associados respectivamente às dimensões conhecimento e habilidade, como os indicadores "formação" e "qualificação" que compõem a dimensão conhecimento no modelo de análise construído no referencial teórico.

Comparando os indicadores que destacaram nas respostas das questões fechadas e abertas, verifica-se que para os profissionais que atuam no serviço de internação domiciliar as competências mais importantes são:

- a) na dimensão conhecimento: aptidão, formação e qualificação (compreendendo "conhecimento teórico e prático");
- b) na dimensão habilidade: espírito de equipe (compreendendo "domínio das técnicas");
- c) na dimensão atitude: ética.

Nessa comparação, ressalta-se que as respostas das questões fechadas e abertas coincidem ao atribuir importância a ética como indicador de competência profissional na prestação de serviço de internação domiciliar na empresa VITALMED.

5 CONCLUSÃO

Essa dissertação teve como objetivo geral de verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar, e específicos de: compreender a competência profissional; compreender os serviços de internação domiciliar e identificar o conhecimento, as habilidades e atitudes dos profissionais de internação domiciliar.

Para cumprimento desses objetivos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, um referencial teórico e construiu-se um modelo de análise das competências profissionais composto das dimensões conhecimento, habilidades e atitudes e seus respectivos indicadores.

Com esse modelo de análise, cumpre-se teoricamente o objetivo de verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar, quais sejam:

- a) na dimensão conhecimento: aptidão, informação, formação, qualificação e reconhecimento;
- b) na dimensão habilidade: autonomia, comunicação, espírito de equipe, mudanças, organização e tomada de decisões;
- c) na dimensão atitude: aceitação, confiança, empatia, ética, personalidade, pontualidade, respeito e responsabilidade.

Complementando-se a abordagem teórica, realizou-se o estudo das competências dos profissionais que atuam na internação domiciliar na empresa VITALMED, juntamente com as empresas terceirizadas HOME FISIO e SAUDECOOP

Esse estudo permitiu verificar as competências mais importantes para profissionais que atuam no serviço de internação domiciliar da VITALMED e terceirizadas:

- a) na dimensão conhecimento: aptidão, formação e qualificação (compreendendo "conhecimento teórico e prático" e "domínio das técnicas");
- b) na dimensão habilidade: espírito de equipe;
- c) na dimensão atitude: ética.

No que se refere a conhecimento, observa-se que os profissionais de internação domiciliar da VITALMED e terceirizadas consideram importante, além de a **aptidão**, a **formação**; o que indica se não a busca o desejo de contínua **qualificação** e, em correlato, melhoria no desempenho das atividades profissionais. Trata-se de desenvolvimento contínuo de competências profissionais para o serviço de internação domiciliar.

Em relação à habilidade, nota-se que os profissionais da VITALMED e terceirizadas ao atribuírem importância ao **espírito de equipe** reconhecem que o serviço de internação domiciliar é um trabalho de equipe. Trata-se de equipes que integram diversas competências profissionais e prestam o serviço de internação domiciliar.

Quanto à atitude, ressalta-se que a valorização da **ética** por parte dos profissionais de internação domiciliar da VITALMED e terceirizadas indica a adequação entre a moral desses profissionais e o trabalho que desempenham. Trata-se de ética ou moral como competência profissional necessária à prestação de serviço de internação domiciliar a usuários e familiares.

Contudo, as competências profissionais verificadas na análise do serviço de internação domiciliar prestado pela VITALMED e terceirizadas não podem ser generalizados para todo e qualquer serviço de internação domiciliar.

Para definir as competências profissionais do serviço de internação domiciliar seria necessário fazer um levantamento envolvendo um número estatisticamente significativo de organizações prestadoras desses serviços e, em paralelo, profissionais.

Com esse levantamento seria possível validar os indicadores de competência profissional associados às dimensões conhecimento, habilidade e atitude que compõem o modelo de análise, isto é, validar na prática as competências profissionais definidas teoricamente.

Além da validação dos indicadores de competência profissional e, numa perspectiva mais ampla, das competências profissionais definidas teoricamente, sugere-se o estudo comparativo das competências profissionais dos serviços de interação domiciliar prestados por organizações públicas e privadas.

REFERÊNCIAS

ADLER, Marcelo. **Estratégia organizacional e competências gerenciais**. 2002. 107f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

AGOSTINHO, Márcia Cristina Esteves. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. **RAE – Revista de Administração Eletrônica**, v. 2, n. 1, jan/jun, p. 1-18, 2003.

ALMEIDA, Antônio R. **Vitalcare: nós cuidamos de sua saúde**. Salvador: Folder, 2009.

AMARAL, Nilcéia Noli do et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.

BACKES, Dirce Stein. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. 2004. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

BASTOS, Wilma-Ney Lopes. **Programa de internação domiciliar: a experiência de um hospital de referência**. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

BECKER, Grace Vieira; DULTRA, Joel Souza; RUAS, Roberto. Configurando a trajetória de desenvolvimento de competências organizacionais: um estudo de caso em empresa da cadeia automobilística. In: DUTRA, Joel Souza; FLEURY, Maria Tereza Leme; RUAS, Roberto. **Competências: conceitos, métodos e experiências**. São Paulo: Atlas, 2008. p. 51-79.

BERTOLINI, Eni Aparecida Silveira. Competências: uma ferramenta para o desenvolvimento organizacional. **Revista técnica das FIPEP** (Faculdades Integradas do Instituto Paulista de Ensino). São Paulo, v. 4, n. 1, p. 73-84, jan.jun. 2004.

BITTENCOURT, Sonia Azevedo; LEAL, Maria do Carmo; SANTOS, Mônica Oliveira. Hospitalizações por diarreia no estado do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 18, n. 3, 747-754, 2002.

BOMFIM, Rosa Amorim; SILVA, Fernanda A. Cabral. **Humanização hospitalar no cuidado de tratamento intensivo**. 2003. 2 f. . Salvador: Faculdades Jorge Amado

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomáz de Aquino. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 8-15, jan/mar, 2001.

BRASIL. **RDC/ANVISA nº 11, de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.

CAMPOS, Melissa. **Organograma setorial**. Salvador, 2009. Disponível em: <<http://intranet.vitalmed.com.br/recursos/news/imgs/%7B801B0FE1-35FC-4480-AC25-...>>. Acesso em: 29 abr 2009.

CARBONE, Pedro Paulo et al. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 172 p.

CARDOSO, Vinicius C.; MORETO, Daniel da Silva; SILVA, Leandra Ribeiro Oliveira e. Mapeamento de conhecimentos através de uma abordagem por processos como alternativa para a formulação de programas de capacitação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, Salvador. 2001. **Anais...** Salvador: ENEGEP, 2001.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002.

COSTA, Jacira Brasileiro Rodrigues da. **Relações interpessoais na organização hospitalar: um estudo de caso na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2008. 127f. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) – Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador.

CUNHA, Márcia Andréa Oliveira; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Recife, v. 12, n. 6, p. 1651-1660, 2007.

DAVIS, Keith; NEWSTROM, John W.. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2001.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**. Brasília, v. 1, n. 2, p 7-17, maio, 2001a.

DELUIZ, Neise. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim técnico do SENAC**. Rio de Janeiro: v. 27, n. 3, p. 13-25, set./dez., 2001b.

DIAS, Gisele B. et al. **Revisando a noção de competência na produção científica em administração: avanços e limites**. In: DUTRA, Joel Souza; FLEURY, Maria Tereza Leme; RUAS, Roberto. In: Competências: conceitos, métodos e experiências. São Paulo: Atlas, 2008. p. 9-30.

DUARTE, Ivomar Gomes. Leitos hospitalares – algumas considerações. **RAS – Revista de Administração em Saúde**. São Paulo: v.12, n.5, dez., 1999.

DUTRA, José Souza; HIPÓLITO, José Antônio Monteiro; SILVA, Cassiano Machado. Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de

telecomunicações. **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 161-176, jan./abr., 2000.

EBOLI, Marisa. **Educação corporativa e desenvolvimento de competências**. In: DUTRA, Joel Souza; FLEURY, Maria Tereza Leme; RUAS, Roberto. In: **Competências: conceitos, métodos e experiências**. São Paulo: Atlas, 2008. p. 172-197.

FERREIRA, José Fernando Monteiro; MORETTI, Miguel Antônio. A especialização profissional. **Revista Sociedade Cardiológica**. São Paulo: v.15, n.4, p.306-10, jul./ago., 2005.

FIGHERA, Jossiele; VIERO, Eliani Venturini. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Rio de Janeiro: v. 8, n.2, dez., 2005.

FISCHER, André Luiz. **A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil: um estudo sobre as empresas consideradas exemplares**. 1998. Tese. (Doutorado em Economia) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

FISCHER, André Luiz et al. **Absorção do conceito de competência em gestão de pessoas: a percepção dos profissionais e as orientações adotadas pelas empresas**. In: DUTRA, Joel Souza; FLEURY, Maria Tereza Leme; RUAS, Roberto. **Competências: conceitos, métodos e experiências**. São Paulo: Atlas, 2008. p. 31-50.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, p. 183-196, Ed. Especial, 2001.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso Carlos Correa. Alinhando estratégias e competências. **RAE – Revista de Administração Eletrônica**, v. 44, n. 1, jan./ma.r, 2004.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, C.K.. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã**. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 377 p.

ISAMBERT-JAMATI, V. O apelo à noção de competência. *Revista L.Orientation Scolaire et Professionnelle*. In: ROPÉ, F., TANGUY, L. (Orgs.). **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papyrus, p. 103-133, 1997.

KLAUMANN, Ivany. **A formação dos professores e suas competências para uma educação básica de qualidade: uma proposta de curso à distância**. 2002. 208 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção com ênfase em Mídia e Conhecimento) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

JUNIOR, Álvaro Escrivão; KOYAMA, Marcos Fumio. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do programa de qualificação

da saúde complementar da ANS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.12, n.4, p. 903-914, 2007.

LACERDA, Maria Ribeiro; OLINISKI, Samantha Reikdal; GIACOMOZZI, Clélia Mozara. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.2, p.110-118, maio/ago., 2004.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago., 2006.

LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. 2001. 140f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LE BOTERF, Guy. De la compétence. **Les Editions d'Organisation**, Paris, 1994.

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo, v. 9, n.17, p.369-79, mar.ago., 2005.

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p.672-677, set./ut. 2003.

McCLELLAND, David C. Testing for competence rather than intelligence, **American Psychologist**, p.1-14, jan. 1973.

MONTICELLI, Marisa; BOEHS, Astrid Eggert. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 13, p.468-477, 2007.

MORANO, Maria Tereza Aguiar Pessoa. Ensino da ética para os profissionais de saúde e efeitos sociais. **Revista Humanidades**. Fortaleza, v.18, n.1, p. 28-32, jan./jun., 2003.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007, v. 12, n. 2, 363-372.

NETO, Gonzalo Vecina.; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.825-839, 2007.

NORONHA, Marina Ferreira de; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Proposta de indicadores e padrões para a avaliação de qualidade da atenção hospitalar: o caso da asma brônquica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.43-58, 1996.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.147-173, 2004.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.277-284, mar.-abr.2006.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/comunica.html>. Acesso em: 10 jul. 2008.

PASSOS, Maria Carolina Mello. **Uma ferramenta para mapeamento do conhecimento e suas aplicações**. 2004. 112f. Dissertação (Mestrado Profissional em Redes de Computadores) – Universidade Salvador (Unifacs), Salvador.

PAZ JÚNIOR, Aloysio Campos da. **Tratando doentes e não doenças**. Brasília: Sarah H Letras, 2002.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.1, p.103-9, jun./set. 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. Assistência domiciliar: conformando modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades no setor saúde. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p.1001-10, nov./dez., 2005.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PORTER, Michael. **Competição: estratégias competitivas essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PRAHALAD, C.K.; HAMEL, Gary. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 3, p. 79-80, may/jun. 1990.

SANTOS, Armando Cuesta. O uso do método delphi na criação de um modelo de competência. **RAUSP - Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 36, n. 2, p. 25-32, abr/jun, 2001.

SAUPE, R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem**. 1979. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SAUPE, Rosita *et al.* Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31-37, jan./abr. 2006.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Home care in the Brazilian National Health System (SUS). **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.3, p. 391-397, 2005.

SOUZA, Renilson Rehem. O sistema público de saúde brasileiro. Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL. 2002. **Anais...** São Paulo, 2002.

SOUZA, Vanderlei Langoni de. **A carreira gerencial com base nas competências individuais.** 2001. 108f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr.-jun. 1997.

VIANA, Simone Beatriz Pedrozo. **Competências dos fisioterapeutas para a atenção básica em saúde da família:** avaliação dos professores e egressos da univali. 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

VIANA, Ana Luíza d'Avila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde e o programa de saúde da família. **Revista Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIEIRA, Adriane; GARCIA, Fernando Coutinho. Gestão do conhecimento e das competências gerenciais: um estudo de caso na indústria automobilística. **RAE – Revista de Administração Eletrônica,** v. 3, n. 1, jan./jun., p. 1-18, 2004.

VITALMED. **Histórico.** Salvador, 2009. Disponível em: <<http://intranet.vitalmed.com.br/historico/default.asp>>. Acesso em: 28 abr. 2009a.

VITALMED. **Emergências médicas.** Disponível em: <<http://www.vitalmed.com.br>>. Acesso em: 5 maio 2009b.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo competência:** por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

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

APÊNDICE A – Solicitação de Autorização para a Pesquisa pela Universidade Salvador (UNIFACS)



Salvador, 21 de janeiro de 2009.

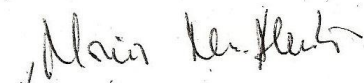
Prezados Senhores,

Apresento-lhes **ROSA AMORIM BONFIM**, do Programa de Mestrado em Administração, da Universidade Salvador – UNIFACS, que desenvolve pesquisa sobre o tema **“UMA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DA EQUIPE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR”**.

Venho, portanto, solicitar o apoio dessa Instituição, no sentido de contribuir com a disponibilização de dados para a realização dessa pesquisa.

Certo de contar com sua compreensão, agradeço antecipadamente.

Cordialmente.


Prof. Élvia Fadul

Coordenadora
PPGA – Programa de Pós-graduação em Administração

APÊNDICE B – Autorização pela empresa VITALMED para realização da pesquisa de campo

**VITALMED**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Autorizo através deste termo de consentimento, a mestranda Rosa Amorim Bomfim, que pretende analisar a competência profissional da Equipe de Internação Domiciliar na Vitalmed, incluindo desde já a referência do nome da empresa na sua dissertação de mestrado, a qual poderá utilizar-se do conteúdo de minhas informações para fins científicos sem desprezar o direito de privacidade, através do sigilo quanto às informações confidenciais.

Foi-me esclarecido que esta pesquisa trata-se de um estudo realizado como exigência para a conclusão do curso de Mestrado em Administração Estratégica da UNIFACS que terá como técnica de coleta de dados um questionário semi-estruturado, a fim de que possa ser por mim apreciada para a confirmação das informações contidas e acréscimo de outras que julgue necessárias.

Fica aqui claramente expresso o meu direito, enquanto sujeito da pesquisa, de recusar-me a participar desta pesquisa, ou tendo aceitado e assinado este termo, o de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que eu seja submetido à penalização.

Salvador, 06 de março de 2009

ROSA AMORIM BOMFIM

ELEONORA MARIA COSTA SANTOS
Gerente de RH - VITALMED



APÊNDICE C – Autorização pela empresa HOME FISIO para realização da pesquisa de campo

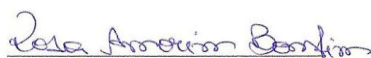
TERMO DE CONSENTIMENTO

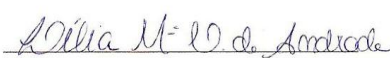
Autorizo através deste termo de consentimento, a mestranda Rosa Amorim Bomfim, que pretende analisar a competência do profissional de Internação Domiciliar que prestam serviços na empresa Vitalmed, incluindo desde já a referência do nome da empresa na sua dissertação de mestrado, a qual poderá utilizar-se do conteúdo de minhas informações para fins científicos sem desrespeitar o direito de privacidade, através do sigilo quanto às informações confidenciais.

Foi-me esclarecido que esta pesquisa trata-se de um estudo realizado como exigência para a conclusão do curso de Mestrado em Administração Estratégica da Universidade Salvador (UNIFACS) que terá como instrumento de pesquisa um questionário semi-estruturado, a fim de que possa ser por mim apreciada para a confirmação das informações contidas e acréscimo de outras que julgue necessárias.

Fica aqui claramente expresso o meu direito, enquanto sujeito da pesquisa, de recusar-me a participar desta pesquisa, ou tendo aceitado e assinado este termo, o de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que eu seja submetido à penalização.

Salvador, 26 de agosto de 2009


ROSA AMORIM BOMFIM


Lília M^a Carvalho de Andrade (Sócia Gerente)
Home Fisio Saúde e Reabilitação Ltda.

APÊNDICE D – Autorização pela empresa SAUDECOOP para realização da pesquisa de campo



TERMO DE CONSENTIMENTO

Autorizo através deste termo de consentimento, a mestranda Rosa Amorim Bomfim, que pretende analisar a competência do profissional de Internação Domiciliar que prestam serviços na empresa Vitalmed, incluindo desde já a referência do nome da empresa na sua dissertação de mestrado, a qual poderá utilizar-se do conteúdo de minhas informações para fins científicos sem desprezar o direito de privacidade, através do sigilo quando às informações confidenciais.

Foi-me esclarecido que esta pesquisa trata-se de um estudo realizado como exigência para conclusão do curso de Mestrado em Administração Estratégica da Universidade Salvador (UNIFACS) que terá como instrumento de pesquisa um questionário semi-estruturado, a fim de que possa ser por mim apreciada para a confirmação das informações contidas e acréscimo de outras que julgue necessárias.

Fica aqui claramente expresso o meu direito, enquanto sujeito da pesquisa, de recusar-me a participar desta pesquisa, ou tendo aceitado e assinado deste termo, o retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que eu seja submetido à penalização.

Salvador, 10 de setembro de 2009


ROSA AMORIM BOMFIM


ANTONIO CARLOS F. SANTOS
PRESIDENTE - SAUDECOOP

SAUDECOOP - Cooperativa dos Profissionais de Saúde
CNPJ 05.791.721/0001-80 (E. 63123459)
Av. Dom João VI, Edif. Dom João Center, nº 315
Brotões - Salvador - BA - CEP 41105-703

APÊNDICE E – Parecer técnico de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE SALVADOR COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Salvador, 03 de agosto de 2009

Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva
Rosa Amorim Bomfim

Universidade Federal da Bahia - UFBA
Universidade Salvador - UNIFACS
REF: Submissão de Projeto
Projeto: “A competência do profissional de internação domiciliar”
FR: 261732
Protocolo nº: 04.10.41

Prezadas Pesquisadoras,

Apraz-nos comunicar que o seu projeto intitulado “A competência do profissional de internação domiciliar”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador em Reunião Ordinária realizada em 03 de agosto de 2009.

Lembramos a V.S^a. da necessidade de enviar relatórios periódicos trimestrais acerca do progresso do referido projeto para este CEP, bem como o envio do relatório final consubstanciado e documentado conforme apresentado no cronograma de seu projeto. Informamos ainda, que em se tratando de projetos de conclusão de curso, monografias, dissertações ou teses, uma cópia do manuscrito final deverá ser encaminhada para nossos registros, bem como cópias dos artigos publicados decorrentes da pesquisa realizada sob nossa aprovação.

Na certeza do cumprimento ético de suas atividades de pesquisa, desejamos a realização de um ótimo trabalho e colocamo-nos à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas ou questionamentos que se façam pertinentes durante a duração do estudo aprovado.

Cordialmente,

Prof. Dr. Francisco Kelmo, PhD (post-doc)
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador

APÊNDICE F – Informações necessárias para responder o questionário

Neste questionário, você encontrará questões relacionadas ao referencial teórico referente às dimensões e indicadores do conceito de competência profissional.

Para responder, é só marcar com um “X”, conforme a legenda abaixo:

LEGENDA DE RESPOSTA				
1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Obs.: não deixem questões em branco, por favor.

APÊNDICE G – Questionário de pesquisa**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

A pesquisa “A COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR” na empresa VITALMED tem o objetivo de verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar, tratando-se de um estudo realizado como exigência para a conclusão do curso de Mestrado em Administração pela Universidade Salvador (UNIFACS). Portanto, a pesquisa dar-se-á por esse questionário em que o profissional de saúde responderá livremente as perguntas sobre o tema em questão, sem qualquer tipo de prejuízo para você e sua atividade profissional. A sua participação no estudo não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração em sua rotina. Além disso, trataremos as suas respostas de forma anônima, visando garantir sua privacidade em relação aos dados fornecidos.

A handwritten signature in blue ink that reads "Rosa A. Bomfim".

ROSA AMORIM BOMFIM

1) **Qual sua profissão?**

R = _____

2) **Qual sua formação?**

() Ensino Fundamental. () Ensino Médio. () Ensino Superior.

() Pós-Graduação. () Mestrado. () Doutorado.

3) **Qual sua idade?**

R = _____

4) **Qual seu sexo?** () Masculino. () Feminino.

5) **Quanto tempo você tem de experiência em serviços de internação domiciliar?**

R = _____

6) **Há quanto tempo você atua nessa empresa?**

R = _____

7) **Qual seu vínculo empregatício na empresa VITALMED?**

() CLT (Carteira Assinada).

() Cooperativa.

() Outros.

Marque com um "X" de acordo com a legenda de resposta, conforme a sua vivência profissional em relação à empresa VITALMED, seus usuários (pacientes) e familiares.

LEGENDA DE RESPOSTA				
1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

De que forma seu conhecimento teórico influencia no seu trabalho.

<u>PERGUNTAS</u>	1	2	3	4	5
Sua formação prepara você ao trabalho que executa?					
Suas aptidões auxiliam em seu trabalho?					
Você se mantém informado quanto às novidades referentes à sua profissão?					
Sua qualificação corresponde ao tipo de serviço que executa?					
O seu trabalho é reconhecido pela empresa em que você trabalha?					

Como são percebidas suas habilidades práticas.

<u>PERGUNTAS</u>	1	2	3	4	5
Você tem autoridade para tomar decisões em situações inesperadas?					
Você costuma concordar com as mudanças propostas pela equipe?					
Você considera sua equipe organizada?					
Você costuma ter boa comunicação em seus atendimentos?					
Você tem autonomia para realizar todos os procedimentos que executa?					
Você tem espírito de equipe?					
Você mantém um bom relacionamento com os familiares?					

Como você descreve suas atitudes.

<u>PERGUNTAS</u>	1	2	3	4	5
Sua personalidade contribui em suas atividades?					
Você é responsável nas execuções dos procedimentos?					
Você se considera um profissional ético?					
Você costuma ser pontual em suas visitas domiciliares?					
Você aceita facilmente o que lhe pedem para fazer?					
Você costuma se colocar no lugar do outro?					
Você respeita a privacidade das pessoas?					
As pessoas confiam em seu trabalho?					

Responda as seguintes questões:

1. **Quais conhecimentos que você considera mais importante para os serviços de internação domiciliar?** (conhecimento é o conjunto de informações relacionado ao domínio do **saber** e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas)

2. **Quais habilidades que você considera mais importante para os serviços de internação domiciliar?** (habilidade é o conjunto de experiências relacionadas ao domínio **saber fazer**)

3. **Quais atitudes que você considera mais importante para os serviços de internação domiciliar?** (atitude é o comportamento adquirido pela observação que confere ao profissional o domínio ético e afetivo de um **saber ser** e **saber conviver**)

4. **Descreva suas competências profissionais, sabendo que suas competências são o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam seu desenvolvimento profissional avaliados dentro e fora da organização.**