



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA LÚCIA ARCANJO OLIVEIRA CORDEIRO

CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES

SALVADOR
2015

ANA LÚCIA ARCANJO OLIVEIRA CORDEIRO

**CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem na área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde na linha de pesquisa, Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Joscélia Dumêt Fernandes.

SALVADOR

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

C794 Cordeiro, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira.

Capital intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares / Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro. - Salvador, 2015.

138 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Enfermeiras administradoras - Conhecimento. 2. Administração hospitalar. 3. Enfermagem - Administração de recursos humanos. I. Fernandes, Josicélia Dumêt. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 614.253.5

ANA LÚCIA ARCANJO OLIVEIRA CORDEIRO


**CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

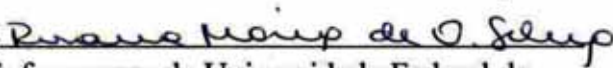
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem na área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde na linha de pesquisa, Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.


Aprovada em: 17/11/2015


Banca Examinadora:

Josicélia Dumêt Fernandes – orientadora 
Dra. em Enfermagem, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Maria Deolinda Antunes da Luz – 1ª examinadora 
Doutora em Enfermagem, docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa-Lisboa-Portugal.

Rosana Maria de Oliveira Silva – 2ª examinadora 
Doutora em Enfermagem, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Gilberto Tadeu Reis da Silva – 3º examinador 
Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Katia Conceição Guimarães Veiga - 4ª examinadora 
Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Neuranides Santana – 1ª suplente 
Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Carolina Souza Machado – 2ª suplente 
Doutora em Enfermagem, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as enfermeiras gestoras, em especial, as participantes do estudo, que me receberam com carinho e atenção. Colaboração inestimável para este trabalho.

Aos meus pais, Miguel Arcanjo dos Santos e Celina Rita de Oliveira Santos, *in memoriam*, que sempre acreditaram e se orgulharam das minhas conquistas, esta é mais uma da sua filha.

Ao meu neto Matheus Cordeiro Vianna, que veio, nesta trajetória, trazer uma semente de luz e alegria na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado vida, saúde, força e luz que guiam a minha existência e meus sonhos.

A minha família, especialmente aos meus filhos Juliana Márcia Arcanjo Cordeiro e Lucas Arcanjo Cordeiro, suporte de apoio e presença constante, sementes de força e alegrias inspiradoras. Ao meu esposo José Antonio, presença marcante na minha vida, sempre apoiou os meus propósitos.

A minha orientadora Dra. Josicélia Dumêt Fernandes, por ter aceitado mais este desafio, acreditando nas minhas potencialidades, que me proporcionou confiança e tranquilidade para construir este conhecimento. Admiro muito a sua trajetória acadêmica.

Às professoras Dra. Rosana Maria de Oliveira Silva, Dra. Neuranides Santana, Dra. Kátia Conceição Guimarães Veiga, Dra. Maria Deolinda Antunes da Luz L. Dias Maurício, Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva e Dra. Carolina Souza Machado, pela participação na Banca Examinadora e pelas contribuições que ampliaram minha visão sobre o estudo e garantiram a qualidade necessária a este tipo de produção científica.

A colega Rosana Maria de Oliveira Silva, amiga e companheira de todas as horas, sempre disposta a incentivar, orientar, ensinar e apoiar, durante todos esses anos. Apenas Deus para retribuir a sua participação nesta trajetória e na minha vida. Obrigada por compartilhar comigo o seu saber e por não permitir que eu me desviasse do caminho, quando meu barco estava em deriva no mar de informações.

A professora Doutora Maria Deolinda Antunes da Luz L. Dias Maurício pela calorosa acolhida na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientações e contribuições neste estudo.

A professora Doutora Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes, obrigada pelas contribuições ao projeto no exame de qualificação I.

A colega Miriam Santos Paiva, exímia docente e pesquisadora, os seus conhecimentos compartilhados me guiaram na construção deste trabalho. Obrigada pelo incentivo para realizar este sonho.

A colega Silvia Lúcia Ferreira, que me incentivou a candidatura ao doutorado especial na EEUFBA. Tenho muito carinho por você.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação da EEUFBA, pelo apoio e ensinamentos que contribuíram para o meu crescimento.

Ao corpo discente do Programa de Pós-Graduação da EEUFBA, colegas e companheiras, pelas oportunidades de compartilhar conhecimentos que contribuíram para construir este estudo.

Às colegas da Escola de Enfermagem da UFBA, obrigada pelo apoio e incentivo, aqui representado por Carolina Machado, incansável disponibilidade para orientar e ensinar os rigores metodológicos na construção do conhecimento científico.

A amiga Cátia Maria Costa Romano, pelas sugestões e contribuições no aprimoramento do relatório deste estudo.

A Rosa Lúcia Cordeiro, amiga, sempre disponível, obrigada pela contribuição essencial ao ouvir e ajudar a tornar mais clara minhas ideias.

Ao amigo José Lucimar Tavares, obrigada pela excelente colaboração na finalização deste relatório.

Á colega e amiga Maria do Rosário de Menezes, sempre cuidadosa, obrigada pelo seu carinho e incentivo.

Ao estatístico Valmar Bião, pessoa simpática e competente. Obrigada pelo tratamento cuidadoso dos dados que me fez enxergar com maior objetividade as informações obtidas.

A Carmelite Moreira Santos Silva, companheira em Lisboa, excelente apoio, que tornou o meu dia a dia mais tranquilo durante os três meses do estágio do Doutorado Sanduíche. Adorei conviver com você durante esse tempo.

Aos grupos de pesquisas EXERCE e GEPASE, pelas oportunidades de trocar experiências para vencer os desafios da produção científica.

À Universidade Federal da Bahia e à Escola de Enfermagem, por me proporcionarem a oportunidade de realizar o doutorado especial.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pelo acolhimento e contribuições durante o estágio do Doutorado Sanduíche.

A CAPES, pelo financiamento através das bolsas que me deram a oportunidade de realizar o estágio do Doutorado Sanduíche, durante três meses na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Na economia do conhecimento o recurso escasso é a ignorância.

Thomas Stewart

CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. **Capital Intelectual na Gestão das Enfermeiras em Organizações Hospitalares**, 2015. 139 fls. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2015.

RESUMO

Este estudo aborda o Capital Intelectual (CI) na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares. Seu objetivo geral consistiu em analisar a presença e a utilização dos componentes do CI, por essas enfermeiras, na sua prática de gestão. Compreenderam objetivos específicos: identificar os componentes do Capital Humano (CH); do Capital Estrutural (CE) e do Capital do Cliente (CC) na gestão de enfermeiras em hospitais, assim como identificar o nível de presença desses elementos na gestão, e descrever como tais componentes são utilizados. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e explicativo, na perspectiva mista de investigação, sendo empregados, simultaneamente, os métodos quantitativo e qualitativo, o que permitiu visão ampliada do objeto de estudo. Foram entrevistadas doze enfermeiras gestoras, atuantes em hospitais da cidade de Salvador-Ba. A coleta de informações teve como instrumento um questionário, englobando três partes distintas: a primeira constando de informações sobre as gestoras, que permitiram traçar o perfil das participantes do estudo. A segunda constou de um *check list*, contendo os componentes do Capital Intelectual e suas respectivas variáveis: do Capital Humano; do Capital Estrutural e do Capital do Cliente, adaptado das propostas de Stewart (1998), Gracioli (2005) e Kim, Jang (2011), visando a identificação e classificação dessas variáveis pelas gestoras, conforme o nível de presença existente em sua prática de gestão, utilizando uma escala do tipo *Likert*, composta por cinco pontos de intervalo: muito presente, presente, mais ou menos presente, raramente presente e ausente. A terceira parte constou de questões formuladas para a entrevista semiestruturada, buscando informações sobre a utilização desses componentes presentes na gestão. Os dados foram analisados com base na Teoria do Capital Intelectual, proposta por Thomas Stewart (1998). A técnica para a análise dos dados quantitativos foi a estatística descritiva, envolvendo a análise de frequência, média, porcentagem e desvio padrão. A abordagem qualitativa baseou-se na técnica de análise temática de conteúdo, segundo Bardin. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, da Fundação Monte Tabor, sob Parecer 812.679 de 30/09/2014. Os resultados demonstraram que os componentes do Capital do Cliente estão mais presentes na gestão das enfermeiras; seguidos dos componentes do Capital Humano e do Capital Estrutural, respectivamente. A utilização dos componentes do Capital Intelectual foi estruturada em três categorias e sete subcategorias de análise: Gestão de pessoas (processo admissional, manutenção de talentos, capacitação dos profissionais, trabalho coletivo); Gestão de processos operacionais (tecnologia assistencial, tecnologia administrativa) e Gestão de atendimento ao cliente (avaliação da satisfação do atendimento de enfermagem). Concluímos que os componentes do CI, integrantes dos Capitais Humano, Estrutural e do Cliente, estão presentes na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, em diferentes níveis, e são utilizadas na Gestão de Pessoas, na Gestão de Processos Operacionais e na Gestão do Atendimento ao Cliente, contribuindo para o desenvolvimento do CI da organização hospitalar.

Palavras Chaves: Capital Intelectual. Capital Humano. Capital Estrutural. Capital do Cliente. Gestão das Enfermeiras.

CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. **Intellectual Capital in Nursing Care Management in Hospital Organizations**, 2015. 139 fl. Thesis. (PhD in nursing). Nursing School at Universidade Federal da Bahia, 2015.

ABSTRACT

This study addresses the Intellectual Capital (IC) in nursing care management in hospital organizations. The general objective was to analyze the presence and use of IC components, by these nurses, in the management practice. The specific objectives were: to identify the components of Human Capital (HC); Structural Capital (SC) and Client Capital (CC) in the nursing care management in hospitals, as well as to identify the level of presence of these elements in management, and describe how such components are used. An exploratory, descriptive and explanatory study, in a mixed perspective of investigation, using, simultaneously, quantitative and qualitative methods, permitting an enhanced view of the object of study was conducted. Twelve nursing care managers, working in hospitals in the city of Salvador-Ba were interviewed. A questionnaire was used as an instrument for data collection, encompassing three separate parts: the first with information about the leaders, permitting to outline the profile of these participants of the study. The second, a check-list containing components of the Intellectual Capital and respective variables: Human Capital, Structural Capital and Client Capital, adapted from the proposal by Stewart (1998), Gracioli (2005) and Kim, Jang (2011), with the purpose of identification and classification of these variables by the nurses, according to the level of presence in their management practice using a Likert scale, composed of five intervals: very present, present, more or less present, rarely present, absent. The third part of questions, formulated for the semi-structured interview, aiming for information on the use of these components, present in the nursing care management. The data obtained was analyzed based on the Intellectual Capital Theory proposed by Thomas Stewart (1998). The technique used for analysis of the quantitative data was descriptive statistics, involving the analysis of frequency, averages, percentages and standard deviation. The qualitative approach was based on analysis of content, according to Bardin. The project of this research was approved by the Ethics Committee of Monte Tabor Foundation, under the register 812.679 on 09/30/2014. The results demonstrated that the components of Client Capital are more present in nursing care management; followed by components of Human Capital and Structural Capital, respectively. The use of Intellectual Capital components were structured under three categories and seven subcategories of analysis: People management (admission process, retaining talents, qualification of professionals, collective work); Operational process management (assistive technology, administrative technology) and Client service management (evaluation of satisfaction of nursing care service). It was concluded that the components of IC, integrating Human, Structural and Client Capital are present in nursing care management in hospital organizations, at different levels, and are used in People Management, Management of Operational Processes and Management of Client Service, contributing to the development of the IC of the hospital organization.

Key-words: Intellectual Capital. Human Capital. Structural Capital. Client Capital. Nursing care management.

CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. **Capital Intelectual en la Gestión de las Enfermeras en Organizaciones Hospitalarias**, 2015. 139 fl. Tese (Doctorado en enfermería). Escuela de Enfermería de la Universidade Federal da Bahia, 2015.

RESUMEN

Este estudio aborda el Capital Intelectual (CI) en la gestión de las enfermeras en organizaciones hospitalarias. Su objetivo general constituyó en analizar la presencia y la utilización de los componentes del CI, por esas enfermeras, en su práctica de gestión. Comprehendieron objetivos específicos: identificar los componentes del Capital Humano (CH); del Capital Estructural (CE) y del Capital del Cliente (CC) en la gestión de enfermeras en hospitales, así como identificar el nivel de presencia de estos elementos en la gestión, y describir como tales componentes son utilizados. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y explicativo, en la perspectiva mista de investigación, siendo empleados simultáneamente, los métodos cuantitativo y cualitativo, lo que permitió una visión ampliada del objeto del estudio. Fueron entrevistadas doce enfermeras gestoras, actuantes en hospitales de la ciudad de Salvador-Ba. La colecta de informaciones tuvo como instrumento un cuestionario, englobado tres partes distintas: la primera constando de informaciones sobre las gestoras, que permitieron trazar el perfil de las participantes del estudio. A segunda, constó de un *check list*, contiendo los componentes del Capital Intelectual y sus respectivas variables: Capital Humano; Capital Estructural y Capital del Cliente, adaptado de la propuesta de Stewart (1998), Gracioli (2005) y Kim, Jang (2011), visando la identificación y clasificación de estas variables por las gestoras, de acuerdo al nivel de presencia existente en su práctica de gestión, utilizando una escala tipo *Likert*, compuesta por cinco puntos de intervalo: muy presente, presente, más o menos presente, rara vez se presente, y ausente. La tercera parte constó de cuestiones formuladas para la entrevista semi-estructurada, buscando informaciones sobre la utilización de estos componentes, presentes en la gestión. Los datos fueron analizados con base en la Teoría del Capital Intelectual, propuesta por Thomas Stewart (1998). La técnica para análisis de los datos cuantitativos fue la Estadística descriptiva, involucrando análisis de frecuencia, mediano, porcentaje y desviación estándar. El abordaje cualitativo se basó en la técnica de análisis temática de contenido, según Bardin. El proyecto de esa pesquisa fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Monte Tabor, bajo el Parecer 812.679 de 30/09/2014. Los resultados demostraron que los componentes del Capital del Cliente están más presentes en la gestión de enfermeras; seguidos de los componentes del Capital Humano y del Capital Estructural, respectivamente. La utilización de los componentes del Capital Intelectual, fueron estructurados en tres categorías y siete sub-categorías de análisis: Gestión de personas (proceso de admisión, mantención de talentos, capacitación de los profesionales, trabajo colectivo); Gestión de procesos operacionales (tecnología asistencial, tecnología administrativa) y Gestión del atendimento al cliente (evaluación de la satisfacción del atendimento de enfermería). Concluimos que los componentes del CI, integrantes de los Capitales Humano, Estructural y del Cliente, están presentes en la gestión de enfermeras en organizaciones hospitalarias, en diferentes niveles, y son utilizadas en la Gestión de Personas, en la Gestión de Procesos Operacionales y en la Gestión del Atendimento al Cliente, contribuyendo para el desarrollo del CI en la organización hospitalaria.

Palabras Claves: Capital Intelectual. Capital Humano. Capital Estructural. Capital del Cliente. Gestión de Enfermeras.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i>	27
FIGURA 2	Componentes do Capital Intelectual	28
FIGURA 3	Economia do Conhecimento e da Informação	33
FIGURA 4	Navegador de avaliação do CI de Stewart	37
FIGURA 5	Níveis percentuais de presença dos componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, Salvador-Bahia, 2015	60
FIGURA 6	Representação dos níveis de presença dos elementos do Capital Intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares. Salvador-Bahia, 2015.	60
FIGURA 7	Categorias e subcategorias da utilização dos componentes do Capital Intelectual na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares da cidade de Salvador, Bahia, 2015.	62
FIGURA 8	Representação do princípio da inter-relação dos elementos formadores do Capital Intelectual, segundo Stewart (1998)	105

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 Distribuição das enfermeiras gestoras conforme perfil sócio profissional, segundo grupo amostral (n=12) e tipos de hospitais que atuam. Salvador, 2015. 46
- TABELA 2 Frequência de presença em cada componente do Capital Humano, Estrutural e do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, de acordo com a distribuição em diferentes variáveis, Salvador-Bahia, 2015. 55
- TABELA 3 Média das indicações segundo a escala Likert dos componentes do Capital Humano, Estrutural e do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, de acordo com a distribuição em diferentes variáveis, Salvador-Bahia, 2015. 57

RELAÇÃO DE SIGLAS

CI	Capital Intelectual
CH	Capital Humano
CE	Capital Estrutural
CC	Capital Cliente
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
SUS	Sistema Único de Saúde
CBTC	Centro de Biotecnologia e Terapia Celular
CQT	Centro de Tratamento de Queimados
MBA	<i>Master in Business Administration</i>
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CAPITAL INTELECTUAL: aspectos históricos e conceituais	21
3	TEORIA DO CAPITAL INTELECTUAL DE THOMAS STEWART E GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	30
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
4.1	TIPO DE ESTUDO	42
4.2	CAMPO DE ESTUDO	44
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	45
4.4	COLETA DE DADOS	47
4.4.1	Instrumento para Coleta de Dados	47
4.4.2	Procedimento para Coleta de Informações	49
4.4.3	Aspectos Éticos	50
4.4.4	Procedimento de Análise de Dados	51
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5.1	COMPONENTES DO CAPITAL INTELECTUAL, PRESENTES NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	55
5.2	UTILIZAÇÃO DOS COMPONENTES DO CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	62
5.2.1	Categoria 1 - Gestão de Pessoas	62
5.2.1.1	Subcategoria 1 - Processo Admissional	63
5.2.1.2	Subcategoria 2 – Manutenção de talentos	68
5.2.1.3	Subcategoria 3 – Capacitação dos profissionais	72
5.2.1.4	Subcategoria 4 – Trabalho coletivo da enfermagem	76
5.2.2	Categoria 2 – Gestão de processos operacionais	79

5.2.2.1	Subcategoria 1 – Tecnologia Assistencial	80
5.2.2.2	Subcategoria 2 – Tecnologia administrativa	84
5.2.3	Categoria 3 – Gestão do atendimento ao cliente	95
5.2.3.1	Subcategoria 1 – Avaliação de satisfação do atendimento da enfermagem	96
5.3	PRESENÇA E UTILIZAÇÃO DOS COMPONENTES DO CI NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	100
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	114
	GLOSSÁRIO	124
	APÊNDICES	126
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
	APÊNDICE B- Carta convite para os gestores de enfermagem	127
	APÊNDICE C- Anuência Organizacional	129
	APÊNDICE D - Instrumento para coleta de informações	130
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	135

1 INTRODUÇÃO

Este estudo analisa a utilização do Capital Intelectual (CI) na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares, considerando a importância e a necessidade dessas profissionais nessa função, incluindo identificar, utilizar e incrementar estratégias para o desenvolvimento do CI nessas Organizações, de modo a elevar o desenvolvimento e a inovação do trabalho da Enfermagem.

Dessa maneira, conforme Stewart (1998), o CI é formado pela integração do capital humano, do estrutural e do cliente. Para ele, o Capital Humano compreende a capacidade, as habilidades, experiências e os conhecimentos de todos os processos envolvidos na dinâmica dessas qualidades, desenvolvidas na empresa, a exemplo da criatividade e da inovação organizacional. O Capital Estrutural, por sua vez, resulta em toda a infraestrutura que apoia o capital humano, como: metodologias, processos e tecnologias, permitindo o funcionamento da organização, patentes e franquias. Quanto ao Capital do Cliente, refere-se ao relacionamento da empresa com seus clientes e seus fornecedores.

O autor refere, ainda, que o CI é constituído de conhecimentos, informações, propriedade intelectual e experiências, que podem ser utilizados para gerar riqueza, quando transformados em capacidade mental coletiva. A gerência de ativos intelectuais é mais importante nos negócios organizacionais, porque o conhecimento se tornou o determinante mais importante da produção. Nesse sentido, a utilização do CI na gestão de enfermagem vai permitir que o produto da sua atuação possua repercussão significativa no valor econômico e social da organização, gerando ativos que devem ser valorizados e promovidos por ela.

Na visão de Edvinsson e Malone (1998), o CI é classificado em capital humano, capital estrutural e capital de relacionamentos. O capital humano está intimamente relacionado ao capital estrutural, a fim de alcançar o patamar necessário para gerar bens, pelo fato de o capital estrutural proporcionar o desenvolvimento do capital humano, para a produtividade. O capital de relacionamento consiste na capacidade de ação, baseada em conhecimento e aprendizado e depende do capital humano e do capital estrutural. Desse modo, a empresa que não adotar uma política de gestão, voltada para a valorização e o desenvolvimento dos seus profissionais, terá dificuldade de competir e de se diferenciar na sociedade, pois o desenvolvimento e a realização das pessoas no trabalho são fatores que mantêm correlação positiva com a produtividade, haja vista que os trabalhadores transformam a capacidade potencial em capacidade real da empresa.

Nesse contexto, outro aspecto importante é a identificação e a evidenciação dos elementos que compõem o CI, pelo fato de que capacita a empresa a conduzir estratégias, rumo ao desenvolvimento e crescimento, com ações gerenciais efetivas (PESSINI; PEREIRA, 2000; SILVA; FONSECA, 2007).

Em relação a área da saúde, Ruthes e Cunha (2009) referem que essa área é uma das maiores empregadoras de mão-de-obra especializada, cujo trabalho é produto de inter-relações complexas de vários profissionais, atuantes nas mais diversas áreas de especialidade, resultando na classificação e distribuição de pessoas de acordo com o nível de conhecimento e tipos de competências no espaço organizacional, estabelecendo-se relações de igualdade e diferença, de inclusão e de exclusão. As autoras ainda referem que, o maior contingente de profissionais no hospital é o da equipe de enfermagem, decorrendo daí a necessidade de enfermeiras gerentes preparadas para avaliar os recursos tecnológicos, organizacionais e humanos, exigidos para criação e gestão do conhecimento.

Assim, desenvolver competências e valores para planejar, organizar, dirigir e controlar a gestão do conhecimento nas organizações, principalmente do capital humano da sua equipe, deve fazer parte do preparo das enfermeiras gerentes. Portanto, não só a gestora de enfermagem do hospital, mas toda enfermeira, como líder, é responsável por essa administração, entendendo que faz parte do seu processo de trabalho executar ações gerenciais em todos os espaços de atuação (RUTHES; CUNHA, 2009).

Registra-se que, foi possível identificar em vários estudos, a exemplo dos de: Antunes (2002, 2005); Gracioli (2005); Rover, Reina e Ensslin (2008); Dias (2009); Stoeckicht (2012), e Matheus (2003), as contribuições de práticas e iniciativas da gestão do CI para o poder de crescimento, desenvolvimento, inovação e competitividade da organização. É imprescindível, portanto, que o administrador desenvolva uma boa gestão desse Capital, identificando, criando, implementando, mantendo e mensurando-o, a fim de aumentar a geração de valor.

Dessa maneira, as gestoras de enfermagem devem acompanhar as novas tendências de gestão, assumindo postura inteligente e racional em relação ao capital humano, conforme é lembrado por Ruthes e Cunha (2009), visto que a equipe de enfermagem, no desenvolvimento da sua prática, aplica saberes que agregam valor, tendo em conta a natureza complexa da sua atividade, na relação direta com o cliente e com processos estruturais. Assim, nas organizações hospitalares são produzidos ativos que são intangíveis, mas que, por estarem diluídos em outras potencialidades geradoras de bens, têm sua visibilidade dificultada para os gestores, para as próprias profissionais e para os clientes.

Nesse sentido, os desafios de enfermeiras gestoras são: identificar os elementos do Capital Intelectual, em perspectiva ampliada de valor; geri-los estrategicamente e orientá-los para a inovação, o que significa desenvolver competência de integrar o CI de funcionários e colaboradores diretos e indiretos, participantes dos negócios da organização, de forma a otimizar o desempenho organizacional e fomentar o desenvolvimento de novas soluções para um mercado que se encontra em rápida e constante transformação (STOECKICHT, 2012).

Ainda, com relação ao desenvolvimento de práticas de gestão, sabe-se que não é suficiente exigir competências, talentos e outros requisitos de qualificação dos profissionais para atingir os objetivos e a excelência na organização, no âmbito da competitividade econômica, financeira e social. Deve-se, através de ações planejadas de gestão, transformar as capacidades relacionadas ao capital humano, capital estrutural e capital dos clientes, dos profissionais existentes no serviço. Essas capacidades somadas, compartilhadas e inter-relacionadas, na prática da gestão de enfermeiras formarão o CI da Enfermagem. É consenso entre vários autores, como Stewart (1998 e 2002); Klein (2002); Antunes (2000); Kuniyoshi (2008); Bonacim (2010); Stoeckicht (2012), que o conhecimento em uma organização necessita ser gerenciado estrategicamente, para alavancar a capacidade de inovar.

Reitera-se que, a capacidade profissional para inovar na empresa refere-se ao conhecimento específico, sendo necessário aos interesses organizacionais: a gestão não se refere ao gerenciamento de qualquer conhecimento, mas ao conhecimento estratégico que é efetivamente relevante. Desse modo, é importante que a enfermeira gestora saiba o que é considerado como conhecimento estratégico e a sua relevância para a organização em que atua. Gerenciar esse acervo, como recurso estratégico, contribui para ampliar o poder competitivo, uma vez que melhores decisões, tanto estratégicas quanto operacionais, podem ser tomadas, com base no conjunto dos conhecimentos disponíveis, interna ou externamente (KUNIYOSHI, 2008).

Dessa forma, a enfermeira necessita desenvolver ações para a gestão do conhecimento, que se forem utilizadas de forma estratégica, organizada e sistemática, transformarão os conhecimentos individuais e coletivos em novas tecnologias, as quais quando compartilhadas e exploradas, atenderão aos objetivos organizacionais e aos interesses da própria enfermagem, aumentando a visibilidade do produto do seu trabalho, significando aproveitar os talentos, *expertise* e conhecimentos dos seus profissionais, o que Stewart (2002) chama de material intelectual bruto, que deve ser gerenciado com vistas a transformação em CI.

Nesse sentido, a adoção de iniciativas e práticas de gestão do CI decorre de decisão político-organizacional, e do conhecimento da própria gestora do serviço de enfermagem,

tendo em vista a viabilidade, benefícios e resultados propostos, em termos de informações integradas, que agreguem valor nas várias dimensões organizacionais. Tal decisão envolve investimento de recursos financeiros, de horas de trabalho, de mobilização interna e treinamento (KUNYOSHI, 2008).

Concordando com Brooking (1996), tem-se que a enfermeira gestora necessita desenvolver ações deliberadas e sistemáticas nas práticas de gestão do CI, no âmbito da sua atuação, de modo que possa melhorar o seu desempenho e o produto do seu trabalho, à semelhança dos profissionais das áreas de Administração, Informação, Economia e Contabilidade.

Deve ser registrado que, a nossa vivência na Academia tem sido marcada por dedicação ao ensino voltado para a formação profissional de enfermeiras e da sua qualificação, para que possam atuar em áreas críticas, no âmbito hospitalar. Observamos que a enfermeira, em sua prática, utiliza a pesquisa e a sistematização da assistência, baseada em evidências, e ao lado disso investe na qualificação em nível de Pós-Graduação *lato sensu*, com a especialização, e *stricto sensu*, mestrado e doutorado, o que aumenta sua *expertise* e a qualidade do seu trabalho, haja vista o aumento da demanda de enfermeiras candidatas aos processos seletivos desses Cursos, na universidade onde exercemos nossas atividades laborais. Nessa prática docente vimos que o mercado vem exigindo enfermeiras com perfil compatível com o nível de complexidade dos serviços prestados pela organização. No entanto, notamos que as enfermeiras nas ações gerenciais, que utilizam os elementos do CI, em relação às ações humanas profissionais, não são realizadas otimadamente, visando à transformação de capacidades e potencialidades em CI, com vistas ao desenvolvimento profissional da equipe e expansão e crescimento dos serviços de enfermagem e da organização. Diante disso, podemos inferir que essas lacunas ocorrem por falta de plano estratégico, visando a utilização e o compartilhamento do conhecimento dos profissionais da equipe, no serviço.

Deve ser ressaltado, ainda, que na organização hospitalar, a enfermagem desempenha papel cada vez mais importante; sua produção é complexa e dinâmica, tanto nas organizações públicas quanto nas organizações privadas, onde o trabalho se desenvolve e se ajusta à política organizacional (CAMPOS; MELO, 2007).

Assim, a atividade de enfermagem é intensa em conhecimentos e dela depende a maior parte dos sistemas de atendimento ao cliente, sendo fonte permanente de inovação e diferenciação no atendimento, empregando mão de obra especializada e gerando impacto direto na base da produtividade organizacional de bens intangíveis.

No que se refere, especificamente, à produção de enfermeiras sobre tema Capital Intelectual, só encontramos um estudo publicado em 1983, pela enfermeira Maria Ivone Chaves Mauro, nos anais do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, sobre a importância do Capital Humano e, em 2009, o estudo de Rosa Maria Ruthes e Isabel Cristina Kowl Olm Cunha, que trata da gestão do conhecimento, descrevendo, sinteticamente, o CI e a sua importância.

Na produção internacional de enfermagem, foram encontrados apenas treze artigos, publicados na língua inglesa, nos Estados Unidos, Canadá e Coreia, entre os quais destacamos o trabalho intitulado *Development of a Measurement of Intellectual Capital for Hospital Nursing Organizations*, realizado por Kim e Jang (2011), que desenvolveram um instrumento para medir o CI e validaram a identificação dos componentes: Capital Humano, Capital Estrutural e Capital Cliente, nas organizações de enfermagem. Esse instrumento foi aplicado com 906 enfermeiras coreanas, em sete hospitais. Essa escassez de estudos serviu para aumentar a motivação de pesquisar o assunto, compreendendo a contribuição que possivelmente trará para os profissionais da Enfermagem.

Ainda, acredita-se que a enfermeira gestora, com base na sua experiência e conhecimento, assim como na qualidade de participante no planejamento das decisões estratégicas e formulação de políticas na organização em que atua, é capaz de utilizar os elementos componentes do Capital Humano, Estrutural e do Cliente, os quais formam o CI da enfermagem, de forma implícita ou explícita, na sua gestão, considerando que essa utilização agrega valor para os ativos intangíveis na organização hospitalar.

Dessa maneira, as considerações aqui apresentadas e as reflexões emanadas da análise do referencial teórico sobre o tema, conduziram à formulação da tese que pretende-se defender neste estudo: os componentes do Capital Humano, do Capital Estrutural e do Capital do Cliente, que formam o Capital Intelectual da Enfermagem, estão presentes em diferentes níveis na gestão das enfermeiras e são utilizados em ações gerenciais de forma deliberativa e sistemática, contribuindo para desenvolver o CI em organizações hospitalares.

As questões que nortearam esta pesquisa compreenderam as que se seguem:

- Quais componentes do Capital Intelectual estão presentes na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares?

- Como os componentes do Capital Intelectual são utilizados na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares?

Diante desses questionamentos, o objetivo geral deste estudo consistiu em:

- Analisar a presença e a utilização dos componentes do Capital Intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares.

São objetivos específicos:

- Identificar os componentes do capital humano, do capital estrutural e do capital do cliente utilizados na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares;
- Verificar os níveis de presença dos componentes do capital humano, do capital estrutural e do capital cliente na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares;
- Descrever como os componentes do capital humano, capital estrutural e capital do cliente são utilizados na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares.

Assim, considera-se que esta pesquisa se justifica por seu aspecto inovador no contexto da gerencia de enfermagem, ressaltando sua relevância para a compreensão e utilização da gestão do CI, tema atual no âmbito das organizações, e consolidado como estratégia competitiva no mundo empresarial, em outras áreas do conhecimento e em várias partes do mundo.

Também, pretende-se que o estudo traga contribuições para as organizações hospitalares e para as instituições formadoras, uma vez que explora novos conhecimentos na área de gestão da enfermagem, ou seja, referentes às informações não financeiras, e que se constituem em um bem social intangível. Esperamos, ainda, propiciar às gestoras de enfermagem melhor compreensão sobre o CI, tendo em vista a sistematização da sua utilização nas suas práticas gerenciais.

2 CAPITAL INTELECTUAL: aspectos históricos e conceituais

A evolução histórica do pensamento sobre Capital Intelectual inicia-se na década de 80, do século passado, com os vários enfoques publicados por autores interessados em produção e desenvolvimento empresarial. Inicialmente, foi Hiroyuki Itami, no Japão, que publicou trabalho inovador sobre o valor de ativos intangíveis para a corporação, "*Mobilizing Invisible Assets*", traduzido para o inglês em 1987. Em 1991, Thomas Stewart, com base no estudo de Sveiby, sobre gestão do conhecimento, publicou na revista *Fortune*, nos Estados Unidos e desenvolveu estudos sobre a gestão do Capital Intelectual, despertando o interesse da Skandia, empresa de seguros na Escandinávia, que instituiu o cargo de diretor de capital intelectual na empresa, e nomeou o executivo Leif Edvinsson para implantar as ideias de Stewart, em 1995. Tal estudo apresenta um relatório público sobre sua experiência na gestão do CI e surgiu, dessa experiência, outros estudos e publicou livros sobre o tema, com vários enfoques. No início da década de 2000, foi lançado o *Journal of Intellectual Capital*, dedicado ao intercâmbio internacional de pesquisas e informações sobre as melhores práticas em todos os aspectos da criação, identificação, gerenciamento e medição de CI nas organizações (SULLIVAN, 2000).

No Brasil, estudos sobre CI, exceto aqueles desenvolvidos por e para enfermeiras, têm contribuído para o crescimento da produção de pesquisas desde 1997, quando foi editado o primeiro trabalho por Rover, Reina, Ensslin (2008). Nesse estudo, bibliométrico, foram identificados 130 artigos, sendo 50 de periódicos e 80 de eventos, no período de 1994 a 2007, destacando os anos de 2006 e 2007, com o maior número de publicações. As autoras analisaram 45 artigos, nas perspectivas contábil e financeira, produzidos nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, destacando a pesquisadora Maria Thereza Pompa Antunes com maior número de artigos publicados e Eliseu Martins, com uma tese sobre esse tema.

Assim, a evolução histórica dos pensamentos sobre CI foi relevante para a construção do conhecimento sobre o tema, seu aperfeiçoamento e aplicabilidade nas organizações, uma vez que objetivou aumentar a produção e o desenvolvimento dos bens tangíveis e intangíveis. Desse modo, diferentes conceitos, formas, divisões e denominações são atribuídas ao Capital Intelectual.

Os conceitos apresentados pelo Ministério da Saúde sintetizam o Capital Intelectual como parte dos ativos intangíveis, onde se incluem conhecimentos sobre o estágio de desenvolvimento da organização; dados e informações sobre processos, *experts*, produtos, clientes e competidores e a propriedade intelectual das patentes e licenças. Engloba três

subcategorias: capital humano, capital estrutural e capital cliente. O Capital Intelectual (*Intellectual Capital*), algumas vezes, favorece a avaliação da organização, calculando valores bem acima daqueles preconizados pelo mercado, o que acontece algumas vezes. O Capital Humano (*Human Capital*) refere-se ao valor atribuído ao conhecimento e à competência, necessários para desenvolver as soluções requeridas pelos clientes. O Capital Estrutural (*Structural Capital*) exprime o conhecimento capturado e institucionalizado no processo de estruturação e aculturação, incluindo patentes e marcas. O Capital Cliente (*Customer Capital*) demonstra o valor que tem para com a organização uma rede de clientes satisfeitos (BRASIL, 2003).

Na pesquisa de Antunes (2005), o conceito de CI foi extraído do pensamento de gestores de empresas brasileiras, sendo entendido como o conjunto de conhecimentos, provenientes das pessoas, com base em suas competências e habilidades, que a empresa possui, o que é materializado em novas tecnologias, com a finalidade de atingir objetivos estratégicos, devendo a sua adequação submeter-se aos interesses da empresa.

Outras concepções formuladas para o CI compreendem: ele representa o conhecimento útil, que surge no momento em que a inteligência é organizada e sistematizada, de forma coerente, permitindo-lhe que seja descrito, compartilhado e explorado. Ainda, pode ser considerado como a soma do conhecimento de todos em uma empresa, o que lhe proporciona vantagem competitiva; matéria intelectual- conhecimento, informação, propriedade intelectual e experiência, que podem ser utilizados para gerar riqueza, também podem ser entendidos como o conhecimento que transforma matérias-primas, tornando-as mais valiosas (STEWART, 1998, 2002).

No âmbito econômico, Klein (2002) refere-se ao CI como o material intelectual que foi capturado, a fim de produzir um ativo de maior valor. Este, quando descrito, compartilhado e explorado pode ser aplicado de forma benéfica; entretanto, se permanecer fragmentado, não produz o que deveria. O autor ressalta que é realmente o capital intelectual das empresas que, cada vez mais, determina suas posições competitivas, não podendo ser atribuída ao capital tangível físico e financeiro.

No modelo de Sveiby (1998), existem três dimensões para o CI: a competência dos empregados; a estrutura interna e a estrutura externa. A competência dos empregados agrupa o potencial e a capacidade intelectual dos funcionários. A estrutura interna é considerada como os ativos intangíveis internos da empresa, os quais sustentam e viabilizam as atividades operacionais. A estrutura externa demonstra o relacionamento com clientes e fornecedores, além das marcas e reputação da empresa.

Na abordagem de Edvinsson e Malone (1998), o CI é dividido em capital humano; capital de relacionamentos e o capital estrutural, envolvendo o capital de inovação, o organizacional e o de processos.

Ressaltamos que, ao fazer comparação entre as teorias e terminologias utilizadas no CI e no Capital Humano, Santos (2009) refere que a Teoria do Capital Humano e a Teoria do Capital Intelectual são iguais e diferentes, ao mesmo tempo. Iguais na lógica instrumental e nas relações de produção, fundadas no antagonismo que lhes são subjacentes, e diferentes pela alienação daquilo que é considerado inalienável: o saber. Para a autora, o uso da terminologia intelectual denota maior objetivação do que o uso da terminologia humano, o que remete à integralidade do ser.

No detalhamento sobre os elementos componentes do CI, Núñez e Núñez (2005) referem que o capital humano, na organização, engloba conhecimentos, habilidades, sentimentos, princípios, valores, sentido de pertencimento, compatibilidade entre os grupos, estilos de comunicação e liderança das pessoas e grupos. Reafirmam a necessidade da gestão tecnológica eficaz para facilitar a comunicação. Quanto ao capital estrutural, todo conhecimento explícito, que ajuda a administrar e representar a cultura, prende-se a organização. Citam alguns princípios explícitos, orientadores da organização, como: missão; visão; objetivos estratégicos; valores; princípios; políticas; normas e regulamentos; estrutura administrativa e funcional da organização, a exemplo de fluxos de trabalho (*workflow*) e de informação, disponíveis ou acessíveis em diferentes tipos de mídia; tamanho da organização e nível de gestão da memória organizacional. Quanto ao capital relacional, corresponde às várias formas de interação interna e externamente com os clientes.

Ainda, para Santos e Dante (2009), o CI merece atenção especial, pois representa a capacidade de enfrentar, com sucesso, os desafios futuros, permitindo a obtenção de resultados relevantes no nível organizacional. Estabelecendo relação entre gestão do conhecimento e CI, os autores referem que a base para aumentar o Capital Intelectual é a gestão do conhecimento (como macroprocesso), e a interação contínua de todos os seus processos.

Nessa linha de articulação sobre conhecimento, capital humano e CI, Edvinsson e Malone (1998) relatam que o capital humano consiste do conhecimento tácito pertencente aos empregados, que se torna disponível quando eles realizam os processos requeridos por sua ação. Desse modo, o capital intelectual é uma função do aprendizado e do desenvolvimento de competências, por meio da acumulação de conhecimento nas empresas. Dias (2009) cita a visão de Nahapiet e Ghoshal (1998), que consideram o capital intelectual a soma do

conhecimento e da capacidade de aprendizado de uma coletividade social, como uma organização, comunidade intelectual ou associação profissional.

Também, o Capital Humano é destacado por Edvinsson e Malone (1998), quando exemplificam os seus aspectos: conhecimento, capacidade, habilidade, experiência, criatividade, capacidade de trabalho em grupo, relacionamento interpessoal, liderança, pró-atividade dos funcionários, agregados aos valores e, ainda, a cultura e a filosofia da empresa, levando a constituição do capital humano individual e coletivo.

Sveiby (1998) ressalta que a peça chave da gerência é transformar capital humano em capital estrutural, por entender que o capital humano não se pode possuir, e o capital estrutural é propriedade da empresa. Entende, também, que a propriedade intelectual do lado dos ativos é possível, graças ao capital intelectual, em virtude de o capital humano ser a parte que sai todos os dias da empresa, após o expediente.

Em face dessas considerações, observa-se que o capital humano prevalece em todas as composições coletivas, propostas pelos vários autores para o CI. O próprio capital humano, individualmente, já foi entendido e fundamentado com teoria própria. A partir do século XV, os economistas investiram esforços para atribuir valor monetário ao ser humano. Os objetivos que impulsionaram tais pesquisas foram de caráter econômico, com o entendimento do ser humano como capital, devido ele possuir capacidade para gerar bens e serviços, por meio do emprego da sua força de trabalho e do seu conhecimento, proporcionando importantes fontes de acumulação e de crescimento econômico, o que pode ser ampliado ao se incluir investimento na instrução (ANTUNES, 2000).

Nesse sentido, Núñez (2003) preconiza que o CI, sem dúvida, está mudando a forma como lidamos com organizações na economia de um mundo globalizado; e que não podemos esquecer que gestão de ativos intangíveis faz parte das sociedades capitalistas mais avançadas, devendo sua aplicação ser cuidadosa nos negócios em geral, e na saúde do nosso País, em particular, por ainda ser incipiente.

Com base no entendimento dos autores acima, tem-se que, o sucesso nos negócios das organizações depende, basicamente, da qualidade do conhecimento que cada organização aplica nos seus processos corporativos/empresariais. Portanto, torna-se fundamental, e um desafio, utilizar o conhecimento existente na empresa com o objetivo de criar vantagens competitivas, considerando a gestão do CI.

Assim, a organização deve selecionar os indicadores necessários para identificar os elementos que representam os ativos intangíveis (conhecimento implícito) e de maior relevância em função das suas necessidades, como: as competências e habilidades; nível de

especialização e de empreendedorismo; criatividade e adaptabilidade a mudanças, além de outros referentes à eficiência operacional, a exemplo de conhecimento e inovação; produtos e serviços de qualidade, detectada pela satisfação e retenção de clientes, talentos, aptidões, parcerias geradas, entre outros indicadores importantes do capital intelectual, destacando-se neste estudo, o da Enfermagem. Vale salientar que esses ativos não fazem parte da contabilidade das organizações.

Borges (2006, p.2) ressalta um modelo simplificado para implantação do gerenciamento do conhecimento baseado no modelo Kaplan e Norton; *Balance Scorecard*, que desenvolvem objetivos e medidas para orientar o aprendizado e o crescimento organizacional. Nesse modelo são listados alguns indicadores de avaliação do capital intelectual:

- 1) Seleção de indicadores: a organização deve selecionar os indicadores necessários, para identificar os elementos que representam os ativos intangíveis (conhecimento implícito) de maior relevância, em função de suas necessidades.
- 2) Desenvolvimento de talentos e estratégias: os sistemas de gestão do conhecimento devem fornecer os incentivos culturais para compartilhar experiências pessoais que tradicionalmente formam o valor da pessoa para a empresa.
- 3) democratizar o conhecimento e agregar valor à organização: funcionários precisam de incentivo para participar do processo de compartilhamento de conhecimentos.
- 4) Gestão estratégica do capital intelectual e divulgação no balanço patrimonial dos valores intangíveis da organização.

Para Borges (2006), a atenção ao fator conhecimento e a forma de sua gestão pelas organizações têm papel central na gestão estratégica nas empresas prestadoras de serviços de saúde, que devem gerir seu capital intelectual de forma sistêmica, envolvendo as pessoas, incentivos, tecnologia, processos, indicadores e outros elementos, os quais precisam ser compatíveis com a estratégia, cultura, capacidades e os recursos da organização de saúde, de modo a produzir competência incorporada.

Brooking (1996, p.17) relaciona fatores que geram o Capital Intelectual:

Conhecimento, por parte do funcionário, do que representa o seu trabalho para o objetivo global da companhia; funcionário tratado como um ativo raro; esforço da administração para alocar a pessoa certa na função certa, considerando suas habilidades; existência de oportunidade para desenvolvimento profissional e pessoal; avaliação do retorno sobre o investimento realizado em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D); identificação do *know-how* gerado pela P&D; identificação dos clientes recorrentes; existência de uma estratégia proativa para tratar a propriedade intelectual; mensuração do valor da marca; avaliação do retorno sobre o investimento realizado em canais de distribuição; sinergia entre os programas de treinamento e os objetivos corporativos; existência de uma infraestrutura para ajudar os funcionários a desempenhar um bom trabalho;

valorização das opiniões dos funcionários sobre os aspectos de trabalho; participação dos funcionários na elaboração dos objetivos traçados. Encorajamento dos funcionários para inovar e valorização da cultura organizacional.

Conforme se observa, para mensurar o CI, vários métodos e modelos propostos estão sendo utilizados em muitos dos segmentos empresariais que, por sua vez, fornecem indicadores de avaliação e dados básicos importantes para a adequação ou formulação de outros modelos específicos a serem desenvolvidos por enfermeiras gestoras nas organizações hospitalares.

Registramos que os indicadores de avaliação de ativos intangíveis do capital intelectual da enfermagem não serão analisados neste estudo, mas torna-se importante que a gestora de enfermagem conheça suas diversas formas, valorize e aplique o modelo que seja mais adequado à sua realidade. Essas medidas relacionam a habilidade de uma empresa em relação ao crescimento, à eficiência e à estabilidade, aplicados às três formas de ativos intangíveis da empresa: competência, estrutura interna e estrutura externa.

Assim sendo, a mensuração do capital intelectual é importante para a organização identificar suas competências corporativas e os melhores recursos para aproveitar as oportunidades, tendo em vista os seus vários benefícios; os indicadores de performance do capital intelectual contribuem para avaliar suas estratégias; ajuda nas decisões para desenvolver, diversificar e expandir seus recursos; e permite a comunicação aos acionistas sobre os maiores concorrentes, crescimento do mercado, volatilidade e perigos inerentes, nas avaliações incorretas das empresas e aumento do custo de capital (GRACIOLI; CERETTA, 2004).

Existem vários métodos encontrados na literatura para a mensuração do CI de uma empresa. O primeiro modelo de evidenciação e mensuração do Capital Intelectual foi elaborado por Edvinsson, executivo do grupo Skandia, uma companhia de Seguros e Serviços financeiros na Escandinávia, em 1991. Esse modelo estava focado em cinco áreas distintas: foco financeiro, foco de clientes, foco de processo, foco de renovação e desenvolvimento e o foco humano (KAPLAN; NORTON, 1997).

Abaixo, sintetizamos os modelos propostos na literatura, iniciando com a base do modelo de avaliação proposto por Sveiby (1998), que apresenta a estruturação de um painel, onde são listados indicadores relacionados com os ativos intangíveis da empresa. Essas medidas relacionam a habilidade de uma empresa ao crescimento, à eficiência e à estabilidade, aplicados às três formas de ativos intangíveis da empresa: competência, estrutura interna e estrutura externa.

Desse modo, os indicadores de Sveiby (1998) são: relacionados ao Crescimento/Renovação: tempo de profissão, nível de escolaridade, investimento na estrutura interna, investimento em sistemas de informações, contribuição dos clientes e lucratividade por cliente. Relacionados à Eficiência: proporção de profissionais, valor agregado por profissional, proporção do pessoal de suporte, vendas por funcionário de suporte, índice de clientes satisfeitos e vendas por cliente. Relacionados à Estabilidade: média etária, tempo de serviço, rotatividade, idade da organização, rotatividade de suporte, taxa de novatos, proporção de clientes, estrutura etária dos clientes e repetição de pedidos.

Outro modelo de avaliação é o *Balanced Scorecard (BSC)*, que teve seu início em 1990, com os estudiosos Kaplan e Norton (1997), motivados pelo reconhecimento da insuficiência dos indicadores contábeis e financeiros para avaliar o desempenho empresarial, pela não inclusão dos ativos intangíveis e intelectuais corporativos no tradicional modelo da contabilidade financeira.

De acordo com Kaplan e Norton (1997), o *Balanced Scorecard (BSC)*, figura 2, abaixo, objetiva a implantação de novos sistemas de medidas de desempenho, aliados às estratégias organizacionais; é avaliado sob quatro perspectivas: financeira, do cliente, dos processos internos da organização, do aprendizado e crescimento; busca facilitar a compreensão da missão e das estratégias organizacionais e a construção de um sistema de medição, integrado com a estratégia. .

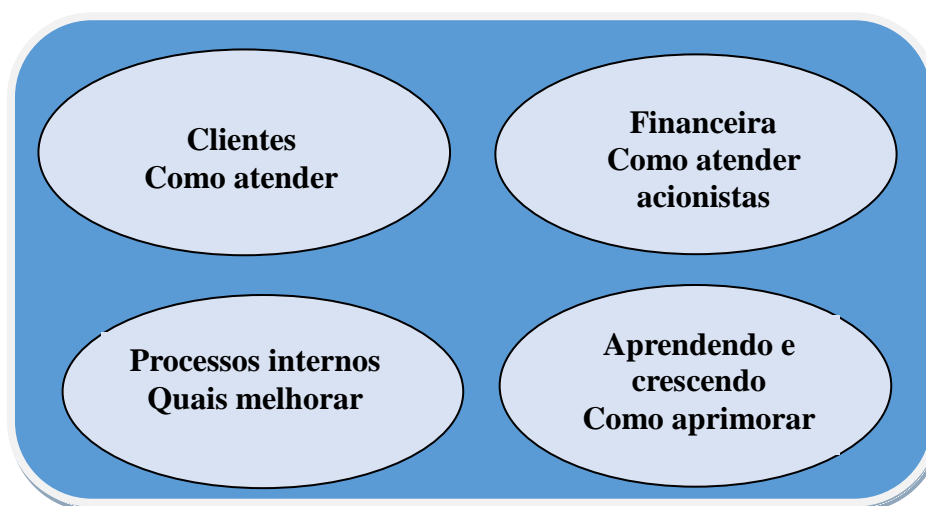


FIGURA 1 - Perspectivas do *Balanced Scorecard*

Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Kaplan e Norton (1997)

No âmbito contábil, o desempenho das empresas é avaliado por meio de medidas dos seus ativos, que são recursos (físico ou não) que se encontram sob controle de uma organização, com objetivo de obter benefícios econômicos, presentes e ou futuros. Os ativos

intangíveis são recursos incorpóreos, controlados pela empresa e capazes de produzir benefícios futuros (SCHMIDT; SANTOS 2009).

Brooking (1996) desenvolveu o modelo de Capital Intelectual, centrado na auditoria, dividindo em quatro categorias: ativos de mercado, os quais representam o potencial que a empresa possui em decorrência dos intangíveis relacionados com o mercado, como marcas, lealdade de clientes, canais de distribuição, franquias, entre outros. Os ativos humanos são os benefícios que os indivíduos podem proporcionar à organização, a exemplo da criatividade, conhecimento e habilidade para resolver problemas, e devem ser vistos de forma coletiva e dinâmica. Os ativos de propriedade intelectual que são aqueles que necessitam de proteção legal para proporcionar benefícios futuros para a organização, como *Know-how*, segredos industriais, *copyright*, patentes, *design*, entre outros. Os ativos de infraestrutura compreendem as tecnologias, as metodologias e processos empregados, como a cultura, sistema de informação, métodos gerenciais, banco de dados de clientes, etc. Este modelo, figura 2, funciona como um diagnóstico, incitando os gerentes a desenvolverem indicadores de capital intelectual em forma de pesquisa. A metodologia para a avaliação do capital intelectual identifica e mede atributos de uma empresa que não aparecem nas demonstrações contábeis.

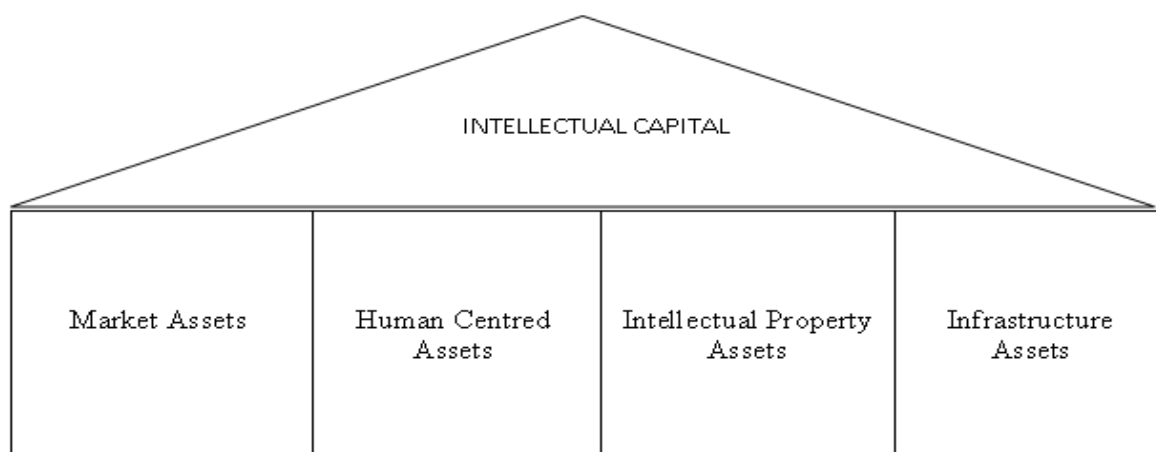


FIGURA 2 – Componentes do Capital Intelectual
Fonte: Reproduzido de Brooking (1996, p.13).

A autora utiliza o termo “ativo” e outros autores, a exemplo de Stewart (1998), Sveiby (1998) e Edvinsson e Malone (1998), utilizam o termo capital, referindo-se ao mesmo objeto; ambos estão corretamente empregados, pois todos os componentes do Capital Intelectual são essenciais para as empresas, porque são recursos (ou capital) se vistos pela Economia e ativos (bens e/ou direitos) se vistos pela Contabilidade (ANTUNES, 2000).

Na ótica de Núñez (2003), o capital humano e o de clientes crescem quando os profissionais interagem com eles e sabem o que valorizam. No entanto, sem conhecimentos e

habilidades reduz-se o valor de ambos os capitais. O cliente interno não existe nesse ponto de vista, não substitui o cliente real, e o foco deve estar centrado no cliente autêntico (externo).

Peréz, Contreras e Amador (2009) afirmam que o Capital Intelectual é a medida do valor criado, é um fundo variável, que explica a eficácia da aprendizagem organizacional e avalia a eficiência da gestão do conhecimento, porém o principal aspecto do conhecimento é a pessoa que possui a capacidade de resolver problemas, com a partilha de ideias e visões, que não são documentados (capital intelectual), apoiada pelo uso da tecnologia da informação e comunicação, que permitem a automação dos processos humanos. Esse capital é o que mais contribui para o processo, e o que torna isso possível, constituindo a verdadeira riqueza da organização.

3 TEORIA DO CAPITAL INTELECTUAL DE THOMAS STEWART E GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A fundamentação teórica deste estudo baseia-se na Teoria do Capital Intelectual (CI) de Thomas A. Stewart (1998), especialista, pioneiro e maior autoridade sobre o assunto. Seus trabalhos publicados e seus livros editados forneceram a estrutura conceitual e operacional sobre o Capital Intelectual, ao considerar que o conhecimento e a informação precisam de gestão, em relação aos componentes do Capital Humano, Estrutural e do Capital do Cliente, para gerar o CI da organização. Thomas Stewart foi quem estruturou conceitos e teorias para o significado de CI em publicações, como também, estabeleceu princípios para a sua gestão, sendo os seus fundamentos, as bases teóricas para se estudar o CI nas práticas da gestão de enfermeiras em organizações hospitalares.

Thomas A. Stewart, nascido em 1948, é o Diretor de Marketing e de Conhecimento da *Booz & Company*, uma empresa global de consultoria de gestão. Iniciou a estudar gerência da capacidade intelectual em 1990, buscando formas de medir e gerenciar o conhecimento. Em 1991, publicou o primeiro artigo sobre CI, ao escrever sobre a economia peculiar dos retornos crescentes; publicou em 1997, o livro intitulado “Capital Intelectual: a nova riqueza das organizações”, o qual foi considerado um dos melhores e mais importantes livros de negócios do ano pelo jornal *Financial Times* e foi traduzido para 17 idiomas. Seu segundo livro, “Riqueza do Conhecimento: o capital intelectual e a organização do século XXI”, revela como as empresas de hoje estão aplicando o conceito de aumento de Capital Intelectual em suas operações, para o alcance do sucesso no mercado. Stewart é consultor sênior do *Center for Work-Life Policy*, fundado por Sylvia Ann Hewlett e membro do Conselho Consultivo da *Global Leadership and Exchange Tecnologia*, um consórcio de empresários que buscam novas soluções para as questões energéticas. É, também, membro do Fórum Econômico Mundial. Em 2005, a Fundação Europeia para o Desenvolvimento da Gestão, o nomeou na sua XVII “*Thinkers 50*”, lista dos 50 pensadores mais influentes de gestão, tendo recebido vários prêmios nessa área (VBM, 2013; STEWART, 1998).

Stewart (1998) conceitua o CI como a soma do conhecimento de todos, em uma empresa, e que gera vantagem competitiva, agrega conhecimento, a informação e a experiência, gerando maior riqueza quando aplicado de forma estratégica.

Como pressupostos da sua Teoria, Stewart (1998, p. 13) considerou que "a informação e o conhecimento são as armas nucleares da nossa era". Assim, o esforço das organizações deve ser voltado para a produção e gestão desses componentes. O CI é um bem intangível,

ativo, valioso, constituindo a capacidade mental coletiva, a matéria intelectual, o conhecimento, a informação e a experiência, que podem gerar riqueza, e o seu gerenciamento é valioso para qualquer organização, devendo ser prioridade número um de qualquer organização, por proporcionar crescimento, desenvolvimento e competitividade.

[...] existem dois tipos de capital intelectual: primeiro, o arcabouço de conhecimentos semipermanente que cresce em torno de uma tarefa, uma pessoa, ou uma empresa. Segundo: ferramentas que aumentam esse arcabouço de conhecimentos levando dados que precisam (STEWART, 1998 p.118)

O CI é encontrado nas Pessoas, nas Estruturas e no Cliente (Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente); esses elementos são seus formadores e se inter-relacionam e somam-se para formá-lo. Stewart (1998) aponta os elementos que compõem cada um desses Capitais, conforme se pode ver no quadro abaixo:

QUADRO 1 - Elementos formadores do Capital Intelectual e seus componentes. Salvador, 2015

CAPITAL HUMANO (FOCO NA INOVAÇÃO)	CAPITAL ESTRUTURAL (FOCO GERENCIAL)	CAPITAL DO CLIENTE (FOCO NA SATISFAÇÃO)
Talento	Banco de dados	Captação do cliente
Habilidade	Modelos	Retenção do cliente
Competência	Processos	Inovação direcionada pelo cliente
Expertise - (conhecimentos)	Comunicação	Suporte ao cliente
Iniciativa	Qualidade	Imagem da empresa
Criatividade	Pesquisa e desenvolvimento	Relacionamento
Qualificação	Governança	Comunicação
Treinamento	Tecnologia	Reclamações
Desenvolvimento	Patentes	Confiança
Capacitação	Organização	Rapidez de respostas.
Retenção de talentos	Direitos autorais.	
Nível de escolaridade		
Investimento em educação		
Incentivo a novas ideias		

Fonte: adaptado de Stewart (1998), pela autora.

O capital humano é formado e empregado quando uma maior parte do tempo e do talento das pessoas que trabalham em uma empresa é dedicada a atividades que resultam em inovação, com isso, ela cresce de duas formas: quando a empresa utiliza mais o que as pessoas sabem e quando um número maior de pessoas sabe mais coisas úteis para a organização. Portanto, para utilizar mais o que as pessoas sabem, as empresas precisam criar oportunidades para expor o conhecimento privado (STEWART, 1998).

Outro aspecto importante, exposto por Stewart (1998), é que os líderes precisam focalizar e acumular talentos, onde for necessário, seja por meio da contratação ou do ensino, pois o capital humano dissipa-se com facilidade. Assim, é preciso concentrá-lo e cultivá-lo no contexto da ação, sendo importante identificar aqueles talentos e experiências que criam produtos e serviços; os motivos pelos quais os clientes procuram a empresa, além de minimizar as tarefas irracionais, o trabalho burocrático inútil e as competições internas.

Em síntese, o Capital Humano para ser considerado ativo, deve ser difícil de substituir e ter muito valor agregado e incorporado às pessoas, apesar de que, um ativo empresarial tem origem social, considerando que a capacidade de inovar envolve mais grupos e não apenas seu estoque de conhecimento ou talentos individuais, e mais, quando as pessoas trabalham juntas criam algo que vale mais que a soma dos seus esforços individuais, e esse maior valor pertence a empresa.

Será preciso investir em expertise específica à empresa, de alto valor, em áreas como definição de fronteiras e habilidades de competências essenciais, melhorando o desenvolvimento de executivos, promovendo a fertilização cruzada entre gerentes e especialistas de alto potencial de tecnologias vitais e desenvolvendo sistemas de remuneração - inclusive ações que recompensem a melhoria de processos e disciplinas que fazem parte do capital intelectual da empresa (STEWART, 1998, p.93).

Nessa perspectiva, diz Stewart (1998), a parte mais valiosa do trabalho são as tarefas humanas: sentir, julgar, criar e desenvolver relacionamentos, onde todos são trabalhadores baseados no conhecimento e trabalhando para empresas voltadas para o conhecimento; destarte, as empresas precisam mais dos trabalhadores do conhecimento, do que eles precisam dela. Dessa forma:

O conhecimento tornou-se o principal ingrediente do que produzimos, fazemos, compramos e vendemos, resultado: administrá-lo e encontrar e estimular o capital intelectual, armazená-lo, vendê-lo e compartilhá-lo tornou-se o material mais importante dos indivíduos, das empresas e dos países (STEWART, 1998 p. 33).

Ainda, para Stewart (1998), o conhecimento e a informação precisam de gestão em

relação aos elementos do Capital Humano, do Capital Estrutural e do Capital do Cliente, para gerar o CI da organização, o qual é responsável pelo crescimento e o desenvolvimento, e consequentemente, cria a riqueza e aumenta a valorização dela no mercado. A figura 3 representa melhor as ideias do autor.

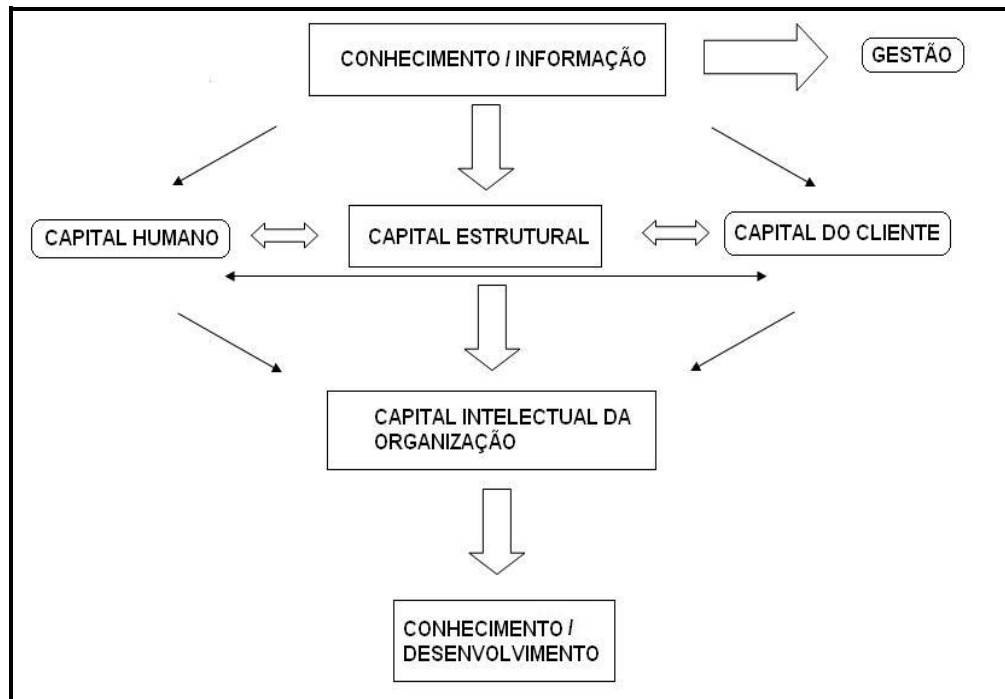


FIGURA 3 - Economia do Conhecimento e da Informação

Fonte: Adaptado de Stewart (1998), pela autora.

A partir do momento em que o profissional aplica seus conhecimentos e habilidades no exercício do trabalho, supõe-se que ele pretenda atender às necessidades organizacionais; portanto, o processo de trabalho da enfermagem e a aplicação do seu Capital Humano, representado pelo seu saber, são desenvolvidos através do conhecimento (produzido e apreendido), resultando em mudanças essenciais no desenvolvimento organizacional, pois oferece como serviço o conhecimento aprofundado e especializado em uma determinada área. Para Stewart (1998 p. 61 e 68), porém:

A inteligência torna-se um ativo quando se cria uma ordem útil a partir da capacidade intelectual geral, ou seja, quando assume uma forma coerente, quando capturada de uma forma que permita que seja descrita, compartilhada e explorada, e quando pode ser aplicada a algo que não poderia ser realizado se continuasse fragmentado como moedas em um bueiro- o CI é um conhecimento útil em nova embalagem [...] indivíduos inteligentes não significa empresa inteligente.

Igual ao trabalho em grupo, que é valioso e pertencente à empresa, "existe um valor intelectual que transcende o capital humano e que pertence aos acionistas, é o capital estrutural" (STEWART, 1998 p. 95). O capital estrutural, para o autor, é conter e reter o conhecimento, para que ele se torne propriedade da empresa, ou seja, é o conhecimento que não vai para casa depois do expediente.

Nessa concepção, a atuação da enfermeira produz um conjunto de relações sociais que é reproduzido pelos demais profissionais de enfermagem, nos cenários da sua prática profissional, por meio das suas ideias, representações e concepções, as quais oportunizam o estabelecimento de uma rede de relações sociais, que influenciará e transformará a sua produção, de forma a explicitar maior valor para a organização, seja na estruturação e organização dos serviços, seja no relacionamento com o cliente, exigindo, portanto, que seja direcionada nas práticas gerenciais.

Reitera-se que a produção do trabalho da enfermeira envolve estruturas, sistemas, rotinas, procedimentos organizacionais e a produção de tecnologia, que fazem parte dos elementos do Capital Estrutural, referido por Stewart (1998), sendo que essa produção pertence à organização e pode ser reproduzida e dividida uma vez que estas têm direitos legais de propriedade das tecnologias, invenções, dados, publicações e processos, os quais podem ter seus direitos autorais patenteados. Dessa maneira, deve-se gerenciar o conhecimento acumulado de trabalhadores, individualmente, a fim de transformá-lo em um ativo da empresa. A partir da gerência sistemática do CI, haverá aumento de valor para os acionistas, por meio de capacitação contínua e da utilização criativa do conhecimento e da experiência compartilhada, sendo necessária a estruturação e o acondicionamento de competências, com a ajuda da tecnologia, da descrição de processos, de manuais, de redes, dentre outros.

Nesse contexto, é preciso assegurar a permanência das competências na empresa, quando os trabalhadores forem embora, preconiza Stewart (1998), porque uma vez acondicionadas, esses elementos tornam-se parte do Capital Estrutural, ou, mais precisamente, do seu Capital Organizacional. Do mesmo modo, os processos estruturados de trabalho, de fácil acesso e inteligentes, tornam o Capital Humano mais produtivo, visto que o material intelectual, embora mais importante, está espalhado, é difícil de ser encontrado, tendendo a desaparecer sem deixar pistas.

Continuando, o autor ainda assegura que, o segredo da gerência das estruturas do conhecimento da empresa é lembrar que, como capital, ele pode ser visto como estoque e fluxo, onde a qualquer momento existe um estoque do conhecimento e durante qualquer período de tempo existe um fluxo de conhecimento. Ressalta que os bancos de dados do

conhecimento na empresa facilitam o acesso dos colegas e ajudam a empresa trabalhar de forma global. Chama a atenção que, quanto mais rápido os recém-chegados puderem aprender aquilo que a instituição sabe, mais rápido pode contribuir com ela, sendo, assim, importante possuir e acumular estoque de conhecimentos.

Não deve, entretanto, ser esquecido que o conhecimento se desenvolve rapidamente e a tentativa de codificá-lo por completo é impossível, porque a lista pode ser infinita, principalmente na área da saúde, onde a evolução tecnológica é ampla. A enfermeira no seu processo de trabalho produz, quando e onde é vendido o seu produto, e sendo esse trabalho baseado em conhecimento, assume duas formas: a baseada em regras, quando a execução de procedimentos gera a resposta para um problema específico; ou pode ser considerado customizado, quando as respostas variam de acordo com o contexto, assumindo a forma de experiência, sabedoria e história, não de regras, sendo menos estruturados.

Stewart (1998) possui uma visão de que as lições aprendidas, quando acumuladas, aumentam o Capital Estrutural. Nessa conjuntura, a gerência classifica e aprofunda o conhecimento especializado e pode aumentar a produtividade ao acelerar os seus fluxos, como também, através do gerenciamento de informações, se descobre conhecimento útil, embalamo e passa adiante, o qual deve fluir rápido e facilmente entre as funções, não devendo esquecer que o sucesso da gerência do Capital Intelectual estrutural, também depende da liderança.

Desse modo, o princípio fundamental da gerência do Capital Estrutural (CE) consiste em considerar o conhecimento valioso. Portanto, é preciso pagar por ele sem esquecer que o Capital Humano produz CE que, por sua vez, apóia e também produz o Capital Humano. Assim, o papel do CE é o de reunir, testar, organizar, refinar e distribuir o conhecimento existente de forma eficaz, cujas estruturas básicas são patentes: aperfeiçoamento de produtos e processos, banco de dados e redes, que podem se remodelar. Existem dois objetivos aos quais o CE deve servir: o primeiro é codificar arcabouços de conhecimento, que podem ser transferidos, a fim de preservar as receitas que poderiam se perder, resultando que elas podem ser adaptadas, transferidas e reutilizadas. O segundo objetivo consiste em conectar as pessoas a dados, especialistas e *expertise*, incluindo o conjunto de conhecimentos em uma base *just-in-time*. Em síntese, o objetivo final do CE é ligar pessoas à especialistas, e informações e clientes à empresa (STEWART, 1998).

Quanto ao Capital Cliente (CC), o autor expõe ser o conhecimento seu principal ingrediente, encontrando-se em toda empresa que possui o Capital do Cliente. Entre os capitais integrantes do CI, o dos clientes é o mais valioso, em razão deles pagarem as suas

contas, sendo mais fácil seguir as marcas que deixam nos relatórios financeiros, do que as deixadas por pessoas, sistemas ou capacidades. Apesar disso, é o mais mal administrado de todo os ativos intangíveis. Fica claro que, muitas empresas sabem quem são seus clientes, mas os tratam como adversários e não como ativos. O capital do cliente é muito semelhante ao Capital Humano, no sentido de que, não se pode possuir clientes, da mesma forma como não se pode possuir pessoas; ao lado disso, não se deve esquecer o significado do CC, no âmbito empresarial, como, por exemplo, a probabilidade de que eles continuarão a fazer negócios com elas.

Também, para Stewart (1998), as necessidades, expressas ou não expressas de clientes, permitem inventar produtos que os supram, haja vista, observar na produção do trabalho da enfermagem, principalmente no cuidar, improvisações que geram demandas de tecnologias e várias direções para a indústria de materiais médico hospitalares; na organização do serviço; na rede de relações com fornecedores, especificamente, na escolha de produtos e equipamentos utilizados no processo de cuidar, assim como no processo de comunicação com o cliente e família.

O autor prossegue afirmando que, outro aspecto relevante a relatar é que nos encontramos na era do conhecimento, em cujo contexto a informação torna-se mais valiosa do que em outras épocas, e os clientes têm mais informação do que anteriormente possuíam. Sendo assim, a comunicação pode ser considerada como um poder, que flui em direção a ele mesmo.

Diante dessas considerações, Thomas A. Stewart propõe um modelo que utiliza a metodologia de avaliação (sem mensuração) do capital intelectual, dividido em quatro grupos: (1) medidas do todo; (2) medidas do Capital Humano; (3) medidas do Capital Estrutural e (4) medidas do Capital de Clientes. Denominado de navegador do Capital Intelectual, o modelo possibilita visualizar, simultaneamente, várias dimensões desse Capital, utilizando a medida geral, denominada de “razão valor de mercado/valor contábil”, seguida três indicadores para cada um dos itens do CH, o Estrutural e do Cliente. Esse navegador apresenta escalas nos eixos, mas não demonstra valores. Na prática, podem-se definir as escalas de maneira que as metas sejam alocadas nas extremidades, onde o eixo cruza o círculo. De acordo com a posição em cada escala, estarão evidenciados os resultados atuais, naquilo que se deseja alcançar.

O navegador proposto pelo autor está representado na figura 4:

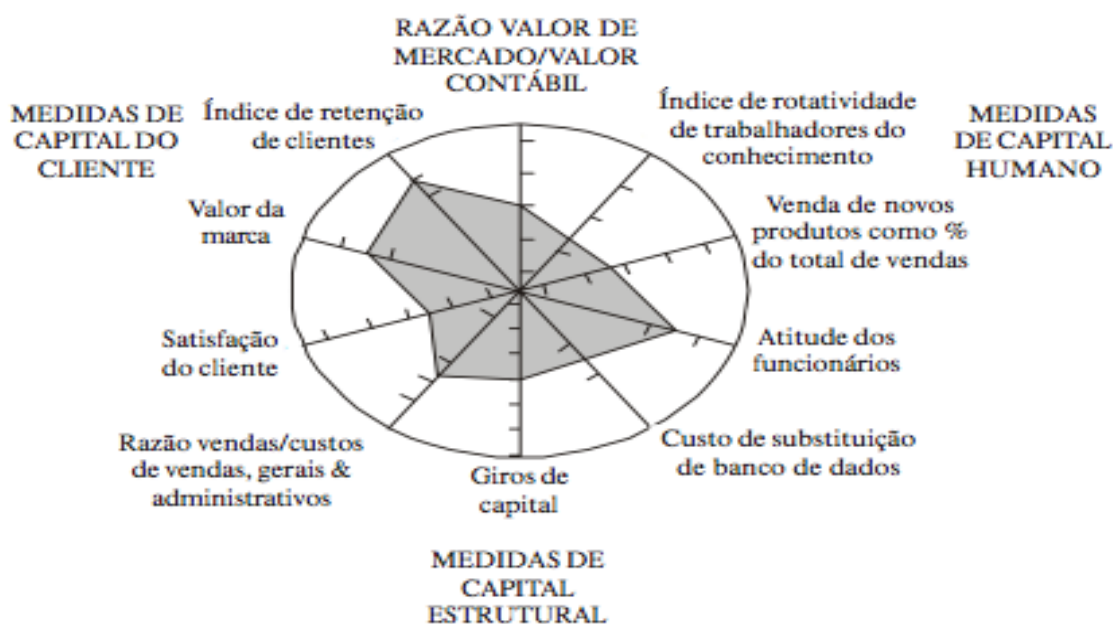


FIGURA 4 - Navegador de avaliação do CI de Stewart
 Fonte: Stewart (1998 p. 219)

No trabalho de gestão de enfermeiras, reconhecer e dimensionar os elementos do CI, presentes nos serviços de enfermagem nas organizações hospitalares, são etapas essenciais que devem preceder o planejamento estratégico e a implementação sistemática de ações gerenciais, que resultem na formação do CI da enfermagem. Quanto a essa temática, Kaplan e Norton (1997) afirmam que se não pode ser medido, não pode ser gerenciado. Entretanto, admitem a relevância de se identificar e mensurar os ativos intangíveis dos elementos formadores do CI, com base em indicadores e na identificação adequada da sua presença, controle e evolução.

Com os avanços científicos e a tecnicidade na área da saúde, uma enfermeira, hoje, possui mais conhecimentos para o desempenho do seu trabalho, do que sua colega em décadas passadas. Assim, a expectativa é a de que ela realize ações diferentes, qualificadas e pautadas na competência, uma vez que os trabalhadores, fundamentados no conhecimento, modificam o trabalho e são apreciados pelos resultados obtidos (SHINYASHIKI, TREVISAN, MENDES, 2003). A produção do trabalho das enfermeiras na aplicação de seus saberes agrega valor à organização, e esse valor, sendo intangível, está diluído em outras potencialidades geradoras de bens nas organizações de saúde.

Registra-se que, o processo de trabalho gerencial da enfermeira tem como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos da sua área de atuação. Para isso, a enfermeira utiliza os meios e instrumentos, como os recursos físicos, financeiros, materiais e saberes para

a gerência: planejamento, coordenação, direção e controle, e deve estar apta para tomar iniciativas, fazer o gerenciamento dos recursos físicos e materiais da informação e ser, também, empreendedora, agindo como líder da equipe de saúde (PERES; CIAMPONE, 2006). A enfermeira, tradicionalmente, realiza essas funções, gerenciando a equipe de enfermagem, que aplica seus conhecimentos e experiências na prestação do cuidado ao cliente e, assim, precisa administrar as competências e desempenho humano.

Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003) destacam que o conhecimento das pessoas precisa ser administrado, sendo importante, para a enfermeira, compreender que gerenciar o intelecto humano, e convertê-lo em produtos e serviços úteis, é uma habilidade executiva relevante, tendo em vista o aumento do interesse no Capital Intelectual, na criatividade, na inovação e na organização. No entanto, pouca atenção tem sido dada ao gerenciamento do intelecto profissional, ao se considerar que a administração do conhecimento é o primeiro passo para formar o capital humano e, conseqüentemente, criar, ampliar e fortalecer o Capital Estrutural e o Capital do cliente, os quais constituem o CI da enfermagem, nas organizações hospitalares.

A atuação do profissional de saúde, sem dúvidas, gera benefícios à organização, pela aplicação dos seus conhecimentos, das suas habilidades técnicas e da resolução de problemas, tanto na esfera individual como na esfera coletiva, relacionados à assistência, organização e gestão dos diversos setores da organização hospitalar, agregando qualidade em seus processos, e tais benefícios representam os ativos humanos. O profissional gera tecnologia, que resulta da produção do seu conhecimento; da criatividade; da inovação na implementação de modelos e métodos, utilizados na assistência; dos processos de gestão dos serviços; do sistema de informação e do estabelecimento de indicadores de avaliação. Esses benefícios são alguns exemplos dos ativos de infraestrutura da organização de hospitalar.

Quanto aos ativos de propriedade intelectual são aqueles que necessitam de proteção legal, como as patentes, *design*, *know-how*, entre outros. Entende-se que estes ativos são ainda pouco explorados no hospital, especificamente, haja vista que não há preocupação, por parte da Enfermagem, em patentear a sua tecnologia, gerada pela utilização da criatividade, comum nas suas improvisações e que, ao longo da sua história, tem sido marcante.

Nesse sentido, destacamos que a enfermeira, na sua prática profissional, produz ativos, ao encontrar caminhos ainda não percorridos, quando busca produtos e processos realmente novos, oportunidades de mercado, desejo de criar novas tecnologias, inventar ou reinventar, patentear produtos e processos. Vale ressaltar que a inovação tecnológica não se dá apenas com a criação de um produto ou de um processo melhor, mas, também, com a substituição de

um material ou um produto existente, de maneira a baratear o custo ou de melhor aplicá-lo (MATTOS; GUIMARÃES, 2005; FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008).

Para Hall (2003), o capital intelectual da enfermagem pode ser considerado como a combinação de características individuais, educação, experiência e atitudes, que resulta da soma do Capital Humano, da estrutura do serviço e organização. Esta deve investir no capital humano da enfermagem, aumentando a sua produtividade, apresentando um modelo com indicadores, de modo a medir essa produtividade, associando ao CI. Tal procedimento revela que o desenvolvimento do conhecimento envolve aqueles individuais e coletivos, além do investimento organizacional, objetivando aumentar a produtividade, reduzindo custos e satisfazendo o cliente.

Ainda, a autora recomenda a adaptação da abordagem do Capital Humano pela organização de saúde, cuja abordagem enfatiza o desenvolvimento de conhecimento e habilidade das enfermeiras e por fornecer evidências de que podem confiar na organização e nas suas lideranças, fornecendo contribuições para a qualidade do processo de atendimento ao cliente.

A produção científica sobre Gestão do conhecimento e Gestão do CI, em outras áreas, a exemplo da Contabilidade, Economia, Administração e Comunicação, pode subsidiar enfermeiras para compreenderem e elaborarem um modelo para gerenciar e avaliar o CI do serviço de enfermagem, levando em conta a sua realidade organizacional, assim como as instituições formadoras, na construção dos seus componentes curriculares de Gestão, promovendo o seu estudo e desenvolvendo pesquisas nessa área, tendo em conta a evolução da educação profissional e do mundo do trabalho.

Frente a isso, tem-se que a educação profissional vem, historicamente, passando por um processo de transformação bastante relevante, em decorrência das mudanças políticas e sociais do trabalho, impulsionadas pelos avanços tecnológicos e principalmente, na informação e microeletrônica. Surgem, assim, novos códigos profissionais, novos esquemas de capacitar a força laboral para gerir e organizar o processo produtivo, cuja lógica da competência vem impactando e redimensionando os campos da formação profissional, o acesso e permanência no emprego e a classificação da remuneração do trabalhador (FIDALGO; OLIVEIRA; FIDALGO, 2007).

No sistema de trabalho da enfermagem, a atuação da enfermeira como líder da equipe deve proporcionar os meios adequados para que essa equipe possa ter autonomia o suficiente para aprender, de modo que, por meio do aprendizado e adaptação às novas situações, colaborem uns com os outros, e consigam se auto organizar, produzindo serviços efetivos, e relacionados aos objetivos do próprio sistema e da organização de saúde.

Reitera-se que os processos da Enfermagem estão voltados para os produtos do cuidado, em uma dinâmica contínua de conhecimentos e ações interdependentes, orientadas por regras (normas, rotinas) definidas. Por essa razão, o processo se desenvolve centrado nas necessidades do cliente, de modo que o sistema de Enfermagem aparece contextualizado e interagindo com os outros sistemas e subsistemas, proporcionando uma rede de interconexões. A complexidade desse processo e as políticas gerenciais interferem nas suas inter-relações, na produção de serviços de enfermagem, que têm como objeto o cuidado, envolvendo as dimensões tecnológicas, gerenciais, éticas e educativas, com múltiplas relações de dependência, interdependência e de autonomia, as quais se configuram em uma estrutura dinâmica e complexa. O processo de produção administrativa da enfermeira, nas organizações hospitalares, constitui-se, portanto, em um sistema dinâmico e complexo, servindo de cenário inesgotável de estudo, buscando a compreensão das estratégias de ação e dos processos organizativos (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

Temos ainda que, na Enfermagem, a aplicação do conhecimento no local do trabalho tem significado efetivamente, o aumento da produtividade e do envolvimento dos trabalhadores, com maior autonomia, de forma concreta e perceptível, sendo insubstituível nas Organizações de saúde em que impera a complexa tecnologia de ponta, e onde o saber-ser agregado ao saber-fazer constituem a força do seu trabalho. Portanto, torna-se evidente que a aplicação do conhecimento no desenvolvimento do trabalho da enfermeira gera, efetivamente, a produção do conhecimento da organização, podendo ser otimizado se utilizado o método adequado de gestão do CI, que priorize a partilha de conhecimentos individual e coletivo.

A Enfermagem, no âmbito internacional, vem publicando estudos sobre o CI, como o de Kim e Jang (2011), cujos autores identificaram 29 itens em relação aos elementos que constituem o Capital Humano, englobando 5 domínios: sistema de manejo de Recursos Humanos; sentimentos dos funcionários; desempenho no trabalho; relacionamento interpessoal; inovação e autodesenvolvimento. Sobre o Capital Cliente, 21 itens, em 4 domínios: compreensão da relação com o cliente; com o sistema de saúde; compreensão em relação a outras organizações e com o clima interno organizacional. Sobre o Capital Estrutural, trazem 26 itens, em 4 domínios: nível de gestão do processo; de informação e infraestrutura; abertura da organização; autonomia e confiança estabelecidas. Nesses domínios foram identificados elementos que estão presentes na prática da enfermagem, como: educação continuada, conhecimento compartilhado, desempenho, satisfação do profissional, permanência no emprego, criatividade, atendimento às necessidades do cliente, nível de

informação e infraestrutura, autonomia e confiança. Em conformidade com os conceitos e aplicabilidade da teoria proposta pelos autores como Stewart (1998), Brooking (1996), Edvinsson e Malone (1998), Sveiby (1998), Klein (2002), Antunes (2000), entre outros. Os elementos citados pelos sujeitos da pesquisa de Kim e Jang (2011) constam da relação dos elementos que são formadores do CI nos aspectos preconizados. Os elementos constantes no instrumento dessa pesquisa, também fazem parte da realidade da enfermagem brasileira, e são importantes para compor indicadores de avaliação do CI da enfermagem nas organizações hospitalares, entretanto, outros elementos devem ser acrescentados. A efetividade da utilização dos elementos do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente para a criação do CI da enfermagem vai depender da utilização estratégica e sistemática desses elementos na prática de gestão, para a geração de ativos que possam ser evidenciados nesse serviço na organização.

Outros 12 trabalhos encontrados abordavam os seguintes aspectos: ênfase no conhecimento da Enfermagem, nos aspectos relacionados ao impacto para os resultados em relação ao paciente e à organização; o cuidado como ativo organizacional; a ética; os benefícios na aplicação do saber da Enfermagem e a necessidade de criar cultura de incentivo à aprendizagem; comprometimento dos profissionais e a participação deles na tomada de decisão; a gestão de Recursos Humanos e o desenvolvimento contínuo profissional: Hall (2003); Weston, Estrada e Carrington (2007); Simpson (2007); Authier (2007); Thomka (2007); Davidson (2007); Covell e Sidani (2008, 2013 a, 2013b, 2013c); Poe, Abbott e Pronovost (2011). Em síntese, esses artigos focalizam o Capital Humano e sua relação com o desempenho e a qualidade do atendimento ao paciente, porém não abordam a gestão do CI como preconizado na proposta de Stewart (1998). Entretanto, apontam caminhos para que a enfermeira e sua equipe conheçam e apliquem seus fundamentos, na prática profissional.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Este é um estudo exploratório, descritivo e explicativo, na perspectiva mista de investigação. O estudo exploratório, para Marconi e Lakatos (2010), compreende investigações empíricas, com procedimentos sistemáticos, e têm a finalidade de adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende estudar, visto que procura conhecer melhor o objeto de estudo, seu significado e o contexto onde ela se insere, além de se tratar de um tema pouco conhecido e explorado.

Não se verificou a existência de investigações nacionais que abordassem o Capital Intelectual na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, embora já tenham sido realizadas várias pesquisas em outras áreas como Administração, Contabilidade, Comunicação e Educação, conforme estudos de Antunes (2000, 2005); Matheus (2003), Gracioli (2005); Rover, Reina e Ensslin (2008) e Stoeckicht (2012).

O estudo é descritivo, ao relatar como as gestoras utilizam os componentes do CI. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas estudam as características de um grupo, o nível de atendimento de órgãos e comunidades, levanta opinião, atitudes e crenças, visam descobrir a existência de associação de variáveis, podendo avançar quando pretende determinar a natureza dessa relação.

O estudo é explicativo, visto que ultrapassa o limite da descrição e analisa as informações e procura explicar o contexto que envolve as experiências das gestoras, sujeitos deste estudo. As pesquisas explicativas são utilizadas para identificar as causas dos fenômenos, explica a razão e os porquês e pode ser a continuidade da pesquisa descritiva, diante da necessidade dos fenômenos serem suficientemente descritos e detalhados (GIL, 2010).

Assim, foi adotada a perspectiva mista de investigação, ao empregar simultaneamente os métodos quantitativo e qualitativo, valendo-se de instrumentos de coletas diversificados, mas com mesma base orientadora, cujas abordagens complementam-se, objetivando obter visão mais abrangente e compreensiva do objeto, ilustrando e clarificando os resultados, cujos constructos utilizados nessas abordagens, partiram da mesma fundamentação, relacionada aos elementos formadores do CI e seus componentes.

No método misto, o pesquisador combina métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos das qualitativas, e baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados proporciona melhor entendimento do problema pesquisado (CRESWELL, 2007).

As limitações dos métodos mistos incluem as dificuldades de se realizar uma integração plena das informações obtidas, assim como as relações entre elas. Todavia, acredita-se que a construção de estudos com métodos mistos possa proporcionar pesquisas de grande relevância para a Enfermagem, como *corpus* organizado de conhecimento, utilizando métodos de diferentes paradigmas, cujas contribuições geram respostas mais completas aos problemas de pesquisas formulados mutuamente.

Creswell (2007) aponta aspectos relevantes na construção de pesquisas empregando os métodos mistos, a exemplo das escolhas relacionadas à sequência de coleta de dados quantitativos e qualitativos; a prioridade que será dada à coleta e à análise de dados; o estágio no qual serão integrados os dados e os resultados, e a possível utilização de uma perspectiva teórica global.

Dessa maneira, com base na perspectiva teórica norteadora do estudo, inicialmente, ocorreu, na coleta dos dados, o emprego da abordagem quantitativa e, em ato contínuo, a abordagem qualitativa. Ambas têm igual relevância, por considerar que dados oriundos de multimodos de coleta são complementares para o entendimento do objeto do estudo, visto que não basta identificar os componentes do CI presentes na gestão de enfermeiras, mas saber o quanto estão presentes e como a gestora utiliza-os na sua prática. Na investigação com abordagem quantitativa são utilizadas a objetividade e a quantificação nos procedimentos metodológicos, a fim de verificar, explicar e controlar os fenômenos com possibilidade de generalização, tem raízes no pensamento positivista e enfatiza o raciocínio dedutivo e lógico (MARCONI; LAKATOS, 2010),

Para descrever e interpretar as experiências das gestoras, baseando-se nos seus relatos foi realizada a análise qualitativa. A abordagem qualitativa é privilegiada, quando se pretende estudar grupos sociais, fatos vivenciados, ideias, interações, percepções, culturas, crenças, documentos, conteúdos de falas, significados e interpretações que o ser humano elabora de seu contexto social, de si e dos outros, o que corresponde a um espaço detalhado das relações dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a variáveis quantitativas (TRIVIÑOS, 2008; MINAYO et al, 2010).

Ainda, Minayo et al (2010) enfatizam elementos comuns, independente do plano da pesquisa: se o objeto é a experiência humana, compreendê-la em dada realidade é uma atividade complexa e as interações entre os indivíduos ocorrem em seu contexto, onde há a relação empática, face a face, entre o pesquisador e os participantes.

A pesquisa qualitativa é capaz de através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum, reunir o significado e a intencionalidade como próprios aos atos, às relações e

às estruturas sociais; e, finalmente, permite o estudo das relações, diante das transformações sociais e das diversas esferas da vida (FLICK, 2009). Assim, neste estudo, a pesquisa com métodos mistos permitiu obter visão ampliada da existência dos componentes do CI e da sua utilização na gestão de enfermeiras nas organizações hospitalares.

4. 2 CAMPO DO ESTUDO

Os campos utilizados neste estudo foram nove hospitais gerais, dos 32 dessa natureza, existentes em Salvador. O município possui em torno de três milhões de habitantes (2.902.927 habitantes- estimativas da população residente nos municípios brasileiros), sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2014).

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na Rede de Serviços de Saúde do Município de Salvador existem 2.565 estabelecimentos de saúde, dos quais 452 (17,6%) correspondem aos prestadores de serviços do SUS. Destes, 153 são públicos municipais; 37 públicos estaduais; 09 públicos federais; 25 privados filantrópicos ou sem fins lucrativos e 228 privados, com fins lucrativos.

Os serviços privados compõem a rede complementar do SUS e correspondem a 56% dos estabelecimentos, respondendo pela maioria dos serviços especializados de alta complexidade. Ao passo que a rede pública representa 44% da rede de estabelecimentos SUS, com um maior número de unidades na atenção básica (Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família).

No âmbito hospitalar, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Secretaria Municipal do Município, Salvador possui 19 hospitais que atendem ao SUS: 8 filantrópicos, 7 estaduais, 4 federais. Dados disponíveis no sistema de informação do DATASUS, registram que existem 32 hospitais gerais, sendo 3 na esfera federal, 7 estadual e 22 privados (BRASIL, 2015). Dessa forma, vê-se que as organizações privadas são predominantes na rede hospitalar de Salvador. Os hospitais dia, são expressivos também na esfera privada, com 48 unidades, havendo apenas dois pertencentes a esfera pública estadual.

Considerando dados referentes às organizações hospitalares, na dimensão nacional, o setor privado, com 65% dos hospitais e cerca de 70% dos leitos, é o principal prestador de serviços de saúde, no Brasil. A maioria dos hospitais públicos pertence e é operada pelos municípios e o governo federal é responsável por 147 deles, quase todos associados as grandes instituições de ensino (LEMOS; ROCHA, 2011).

Torna-se evidente, através dos dados apresentados, que o setor hospitalar é bastante representativo no sistema de saúde, cuja estrutura organizacional é reconhecidamente complexa, funciona como centro de serviços, onde são utilizados recursos tecnológicos avançados e esforços técnicos, de pesquisa e de gestão, por diferentes tipos de profissionais.

No que se refere ao tamanho, os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos: pequenos (1 a 49 leitos); médios (50 a 149); grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos) (NEGRI, FILHO; BARBOSA; YONEKURA, 2012). As organizações hospitalares apresentam perfis diversificados em relação ao porte, nível de complexidade e dos serviços oferecidos a comunidade. Para este estudo foram incluídos nove (9) hospitais da cidade de Salvador-Ba, que aceitaram participar da pesquisa, sendo três (3) públicos, cinco (5) privados e um (1) filantrópico. Destes (1) especializado de médio porte; um hospital dia, de pequeno porte; sete gerais, de grande porte, sendo um deles acreditado.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com o número de hospitais existentes no município de Salvador e de acordo com a Resolução COFEN 0458/2014 que exige para o hospital uma Enfermeira Responsável Técnica para responder pelo serviço de enfermagem, o universo estimado foi de 32 enfermeiras. Assim, encaminhamos convites para participar do estudo a 32, das quais 12 não responderam, 02 informaram não terem disponibilidade para participar, por se encontrarem em fase de preparo para o processo de avaliação da organização, com vistas à acreditação do hospital; 02 se encontravam de férias e 01 de licença maternidade; 03 aguardavam o parecer da Comissão de pesquisa do hospital, a fim de aprovar a participação delas no estudo, das quais não obtivemos resposta. Dessa maneira, foram entrevistadas doze enfermeiras (38,4%), selecionadas de forma não probabilística, logo intencional, sendo selecionadas por ocuparem o cargo de gestão nas organizações hospitalares de Salvador, no período da coleta de dados, o que ocorreu de outubro de 2014 a maio de 2015. De um hospital foram entrevistadas três gestoras, devido ao tipo de estrutura organizacional, a qual subdivide a gestão em áreas.

Participaram, então, do estudo, enfermeiras que ocupavam cargos de gestão dos serviços de enfermagem, incluindo coordenadoras, gerentes, diretoras e assessoras, que se encontravam há pelo menos seis meses na função, por entender que após esse período no cargo, já estavam integradas plenamente na organização, portanto, mais seguras no processo de gestão, tendo em vista a formulação de políticas institucionais. Para a identificação das gestoras foi utilizado a ordem numérica de G1 a G12.

TABELA 1 - Distribuição das enfermeiras gestoras conforme perfil sócio profissional, segundo grupo amostral (n=12) e tipos de hospitais que atuam. Salvador, 2015.

VARIÁVEIS	N (%)
Tempo de Formação em anos	28 ±8,8*
Tempo no Cargo em anos	10 ±5,8*
Qualificação	
Especialização	9 (75,0)
Mestrado	2 (16,7)
Doutorado	1 (8,3)
Qualificação Específica para o Cargo	
Curso de Curta Duração	4 (33,3)
Treinamento	1 (8,3)
Aperfeiçoamento	7(58,3)
Tipo de Hospital	
Público	5 (41,7)
Privado	4 (33,3)
Filantrópico	3 (25,0)
Hospital Acreditado	
Sim	3 (25,0)
Não	9 (75,0)
Porte do Hospital	
Pequeno	1 (8,3)
Médio	4 (33,3)
Grande	7 (58,3)

* Média ± Desvio Padrão

A maioria das gestoras ocupavam o cargo de administração do serviço de enfermagem, cujo serviço recebia denominações diferentes, de acordo com a organização administrativa do hospital: gerência, coordenação, diretoria e assessoria. O tempo nesses cargos variou de 5,8 a 10 anos; o tempo de formada variou de 8,8 anos a 28 anos; nove possuíam Pós-Graduação em nível de especialização na área de gestão, duas delas com mestrado, e uma possuía o Curso de doutorado.

4. 4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados, segundo Marconi e Lakatos (2010), corresponde ao momento da investigação no qual são aplicados as técnicas e os instrumentos previamente elaborados para a realização da pesquisa de campo. Essas autoras consideram esse momento importante, exigindo do pesquisador conhecimento, preparo, habilidade, perseverança e registro rigoroso das informações coletadas.

4.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Neste estudo foi utilizado um formulário, composto de três partes. A primeira constou de informações que permitiram traçar o perfil das enfermeiras gestoras, como: sexo, formação profissional, tempo de formada, e de trabalho no hospital, denominação do cargo que ocupa, tempo de atuação no cargo, capacitação e participação em programas ou projetos na área de gestão. Para conhecer a dimensão do hospital no qual as gestoras exercem as suas atividades foi importante saber o porte, natureza, nível de acreditação. A segunda parte, composta de um *check list* (apêndice C), contemplou a definição de termos sobre Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente, de modo a fundamentar as gestoras sobre a abordagem a ser analisada, a orientação sobre a forma de assinalar cada um dos elementos componentes e as suas respectivas variáveis definidoras de situações fundamentais, que contribuem para a geração de cada um desses Capitais.

Na terceira parte do instrumento foram formuladas três questões que nortearam a subjetividade da entrevista: Descreva-me como você utiliza na prática de gestão os componentes do Capital Humano a seguir: retenção de talentos, conhecimentos/habilidades/capacidades, escolaridade/desenvolvimento/investimento em educação, ambiente organizacional/relações interpessoais, inovação. Descreva-me como você utiliza na prática de gestão os componentes do Capital estrutural a seguir: Aperfeiçoamento de Processos/Produtos, Tecnologia, Eficiência/Eficácia/Gestão, Processo de Comunicação/Banco de Dados. Descreva-me como você utiliza na prática de gestão os componentes do Capital do Cliente a seguir: Captação e Retenção de Clientes, Satisfação do Cliente, Sistema de Parceria/Integração.

Registra-se que esse instrumento foi adaptado das propostas de Stewart (1998), Gracioli (2005) e Kim e Jang (2011), as quais serviram de fundamentação para a elaboração dos componentes e variáveis do CI a ele relacionadas, e estruturado, considerando os

elementos de cada Capital formador, sendo agrupados de acordo com a natureza similar das ações que confirmam suas presenças na gestão das enfermeiras dos hospitais. Desse modo, para o Capital Humano foram definidos cinco (5) componentes e vinte e quatro (24) variáveis, estruturando-se da seguinte forma os componentes: retenção de talentos com quatro (4) variáveis; conhecimento, habilidade e capacidade com sete (7); escolaridade/desenvolvimento/ investimento em educação, com quatro (4); ambiente organizacional/ relações interpessoais, com três (3) e inovação, com seis (6). O Capital Estrutural, composto por dezoito (18) variáveis em quatro (4) componentes: aperfeiçoamento de produtos e processos com quatro (4); tecnologia com seis (6); eficiência e eficácia/gestão com cinco (5); processo de comunicação/banco de dados com três (3). Capital do Cliente, com oito (8) variáveis nos três (3) componentes; captação e retenção de clientes, com duas (2); satisfação do cliente, com quatro (4); sistema de parceria e integração, com duas (2).

As variáveis elencadas no *check list* foram identificadas e classificadas pelas gestoras, conforme o nível de presença existente em sua prática de gestão, utilizando uma escala do tipo *Likert*, composta por cinco pontos de intervalo: muito presente (1), presente (2), mais ou menos presente (3) raramente presente (4) e ausente (5).

Para Dalmoro e Vieira (2013), a escala do tipo *Likert* mede atitudes e comportamentos, utilizando opções de respostas, que variam de um extremo a outro, sendo utilizada para mensuração multi-itens, podendo ser compostas de 3,5,7 ou mais pontos. Neste estudo, optamos pela escala de cinco pontos fixos, considerando as vantagens indicadas pelo nível adequado de confiabilidade, facilidade de utilização e existência de ponto neutro em escala ímpar.

Durante a entrevista, a enfermeira permaneceu com o *check list* em mãos, a fim de facilitar a identificação dos aspectos assinalados e sequenciar os relatos. Destacamos que a entrevista é a técnica de coleta de dados, utilizada para obter informações através da interação direta entre o pesquisador e o depoente sobre determinado assunto. É considerada uma técnica respeitável e enriquecedora para a coleta de informações de ideias, hábitos, culturas, formas de pensar e agir, interpretações e percepções de uma realidade, na perspectiva dos atores sociais, possibilitando a interação (MINAYO, 2010; GIL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Com referência à entrevista semiestruturada, Minayo (2010) afirma ser aquela onde o depoente fala livremente sobre o tema proposto, de forma ampla, norteado por um roteiro com questões pré-definidas, elaborado pelo pesquisador. Laville e Dionne (1999) acrescentam que as perguntas devem ser realizadas verbalmente, mantendo uma sequência pré-estabelecida,

podendo, no seu desenvolvimento, serem acrescentadas novas questões, com a finalidade de esclarecer os sujeitos sobre os aspectos necessários, assegurando, com isso, o alcance dos objetivos propostos. Essas perguntas resultam do conhecimento teórico do pesquisador sobre o tema, bem como das informações que ele já coletou do fenômeno (TRIVIÑOS, 2008).

Marconi e Lakatos (2010) elencam como vantagens da entrevista, a flexibilidade para esclarecer; repetir e reformular as questões e a possibilidade da aquisição de informações de elevado nível de qualidade, a depender da experiência do entrevistador. Como limitações destacam a indisposição do sujeito em oferecer as informações; a omissão de dados, temendo a identificação e a necessidade de um maior tempo para sua realização. Gil (2010), por sua vez, complementa afirmando que ela possibilita a coleta de dados referentes a vários aspectos da vida social e do comportamento do indivíduo.

4.4.2 Procedimento para Coleta de Informações

A coleta das informações foi iniciada após o Projeto ter sido autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Monte Tabor, sob o Parecer número 812.679 de 30/09/2014, e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma das quais foi entregue à enfermeira entrevistada e a outra ficou com a pesquisadora.

Assim, inicialmente, foi realizado levantamento dos hospitais de Salvador, no sistema de informação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, para identificação dos hospitais gerais existentes no Município. Em seguida, foram identificadas as profissionais, enfermeiras gestoras desses hospitais. Após essa identificação e localização, foram enviados convites através de e-mail e redes sociais, em cujo teor foi explicado sobre a intenção da pesquisa, objetivos e a importância da participação no estudo. Uma vez aceito o convite, foram agendados hora e local da preferência de cada gestora, para a realização da entrevista, pela própria pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas, com aquiescência das gestoras, através do programa de gravador de voz instalado no celular da pesquisadora, a fim de se registrar todas as informações verbalizadas. Essas entrevistas duraram em média 30 minutos e as entrevistadas, aparentemente, ficaram à vontade para relatarem suas experiências como gestoras em relação a cada componente elencado no *check list*, já respondido por elas, o que facilitou a sequência dos relatos. Outro aspecto facilitador foi a interação entre as entrevistadas e a pesquisadora, que durante o processo, esclarecia e direcionava, quando necessário, para que respondessem aos propósitos do estudo, facilitando a fluidez dos relatos. Ao término da entrevista, as

gestoras tiveram a oportunidade de ouvir as gravações e, enquanto respondiam o *check list*, as enfermeiras tiveram a oportunidade de solicitar os esclarecimentos necessários.

4.4.3 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado atendendo às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/2012, sessão I, das disposições preliminares, que assim estabelece seu objetivo:

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Antes de iniciar a entrevista, foram fornecidas explicações sobre a natureza e as possíveis repercussões do processo investigatório, garantindo as informantes o anonimato. Também ocorreu o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma delas com a participante e a outra com a pesquisadora, que a guardará por cinco anos, em atendimento às recomendações da Resolução CNS 466/12.

Ainda, foi respeitada a individualidade e a autonomia das informantes, as quais foram orientadas quanto à participação, avaliação de riscos e benefícios; relevância da pesquisa; liberdade de participação e a interrupção a qualquer momento; garantia do sigilo das informações e do anonimato (BRASIL, 2013). Nesse momento, foi importante o estabelecimento do *rapport*, empatia e confiança entre o pesquisador e as entrevistadas, na intenção de criar um ambiente amistoso.

Também, foram fornecidas às participantes da pesquisa informações referentes à importância, justificativa, metodologia, objetivos, riscos e benefícios, custos e ao andamento da pesquisa, tanto durante a coleta dos dados, quanto nos momentos em que foram solicitados esclarecimentos. Além de serem asseguradas: confidencialidade, privacidade, anonimato, não utilização das informações em prejuízo das pessoas ou das organizações; proteção da imagem das organizações hospitalares envolvidas no estudo e a não existência de ônus econômico-financeiros.

Registra-se que o material coletado permanecerá guardado pela pesquisadora durante cinco anos, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), e estará

à disposição sempre que necessário. Após esse período, o material será destruído ou entregue às participantes, em caso de opção delas. Os resultados da pesquisa serão entregues às gestoras participantes, e divulgado no âmbito científico e junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, que autorizou o estudo. Nesta pesquisa não houve beneficiários financeiros diretos ou indiretos e o ônus ficou por conta da pesquisadora, ou seja, as participantes não tiveram despesas pessoais com a pesquisa.

4.4.4 Procedimento de Análise dos Dados

A análise dos dados, visando o alcance dos objetivos da pesquisa, foi realizada, com base na teoria do CI de Thomas A. Stewart (1998). As informações coletadas através do *check list* foram analisadas, utilizando-se a estatística descritiva, para o método quantitativo, enquanto para as informações obtidas através das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011).

Neste estudo, para descrever como as enfermeiras gestoras nas organizações hospitalares utilizam os componentes do CI, por se tratar de tema emergente na enfermagem, se fez necessário que precedesse a uma investigação sobre a existência desses componentes no serviço de enfermagem, assim como, não bastaria saber da presença desses elementos, sem que ficassem evidenciados as diversas formas como eles são utilizados.

Com esse entendimento, desenvolveu-se a análise de dados com base quantitativa e qualitativa, como forma de complementariedade e ou de explicação, em que os resultados de uma ajudassem compreender os da outra, de maneira que os mesmos elementos formadores do CI serviram de base para a discussão, em conjunto, a partir dos dados obtidos pelos dois métodos, caracterizando o método misto de uma análise fundamentada.

Na abordagem quantitativa, empregou-se a estatística descritiva, para análises realizadas no aplicativo estatístico IBM SPSS *Statistics*, versão 19, utilizando-se a média, percentual e o desvio padrão dos níveis individuais dos componentes dos Capitais: humano, estrutural e do cliente.

Assim, na análise dos dados, utilizou-se da média aritmética, que é uma medida de tendência central e determina o centro da distribuição, obtida através do somatório de todos os valores da variável, dividida pela frequência total.

Quanto ao desvio padrão, consiste em uma medida de variabilidade ou de dispersão, resultado da raiz quadrada da média dos quadrados dos desvios a partir da média aritmética, dividido pelo número de indivíduos. Um baixo desvio padrão indica que os dados tendem a

estar próximos da média; um desvio padrão alto indica que os dados estão espalhados por vários valores.

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, que incluíram a operacionalização e a mensuração de variáveis específicas para cada elemento componente do CI, elencadas no *check list*, sob a forma de questões afirmativas, de modo a quantificar cada componente do Capital (Humano, Estrutural e Cliente) e estabelecer os respectivos níveis de presença. Cada questão possui um nível de resposta em Escala *Likert* (1-Muito Presente; 2- Presente; 3- Mais ou Menos Presente; 4- Raramente Presente; e 5- Ausente). A partir dessa escala, para apresentação dos resultados, agrupamos em apenas três pontos/níveis por elas atenderem aos dados obtidos: Presente (junção das escalas Muito Presente e Presente); Pouco Presente (junção das escalas. Mais ou Menos Presente e Raramente Presente); e Ausente.

As variáveis apresentadas em cada componente do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente no *Check List* foram essenciais para a complementação das informações qualitativas, porque forneceram subsídios para que as gestoras detalhassem as experiências e os comportamentos, no seu contexto de gestão. Em síntese, foi realizada a articulação dos dados quantitativos com os qualitativos, no sentido da complementaridade, buscando responder ao objetivo geral da pesquisa.

Na abordagem qualitativa foi definida a técnica de análise estrutural de conteúdo para interpretação e análise dos resultados da pesquisa, cujos dados foram extraídos das entrevistas após a transcrição da gravação pela autora. Bardin (2011, p.44) a define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. A análise de conteúdo está entre a exatidão numérica e a subjetividade da comunicação. Para tanto, relaciona a estrutura semântica e a estrutura sociológica, com os aspectos sociais e psicológicos envolvidos, e o contexto onde a interação ocorreu.

Essa técnica de análise tem duas funções: a heurística, que enriquece a fase exploratória e eleva a probabilidade de descobertas, e a administrativa de prova, que envolve uma análise sistemática dos pressupostos, que poderão ser confirmados ou não (BARDIN, 2011). A autora refere, ainda, que o tema é uma unidade de significação, de recorte, que se desprende do texto, fluentemente, a fim de descobrir os núcleos de sentido, cuja aparição é representativa para o objeto questionado, a depender da teoria utilizada. É geralmente como unidade de registro, quando se pretende estudar ideias, opiniões, vivências, valores e atitudes.

Nesta pesquisa, a análise preconizada por Bardin (2011) seguiu três etapas assim determinadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, englobando interpretação e inferências. Como primeira atividade da pré-análise foi realizada a leitura flutuante do conteúdo das entrevistas para conhecê-lo, ou seja, conhecer o universo que está sendo estudado, na sua totalidade, o que forneceu condição para se chegar à constituição do *corpus*. Nessa etapa, foi imprescindível a retomada aos objetivos da pesquisa para a determinação do conteúdo das entrevistas a ser analisado. Posteriormente, na segunda fase ou de exploração do material, foram obedecidas a exaustividade, determinada pelo uso de todo o conteúdo das entrevistas; a representatividade do conteúdo, para que expressasse os elementos formadores do CI, e a homogeneidade das entrevistas, buscando suas similaridades e pertinência do conteúdo aos objetivos da pesquisa.

Em seguida, foram efetivados recorte, decomposição, codificação e atribuição da unidade de enumeração das unidades de registro ou temática, conforme os objetivos do estudo que, posteriormente, pela similaridade, foram agrupadas em categorias e subcategorias para organização das informações, facilitando o processo de análise.

A terceira e última etapa da análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), refere-se ao procedimento analítico propriamente dito. Neste estudo, ela foi efetivada mediante interpretação dos resultados e a síntese da análise, considerando o referencial teórico da Teoria do CI de Thomas Stewart (1998), e a inferência da pesquisadora, permitida pela análise de conteúdo. Com base nessas propostas, definidas por Bardin (2011), o nosso plano de pesquisa para o conteúdo das entrevistas seguiu o seguinte fluxo: leitura dinâmica das entrevistas transcritas; leitura minuciosa e repetida para a identificação de respostas que atendessem a cada componente relacionado ao Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente presentes nas práticas de gestão das enfermeiras; sinalização das respostas identificadas, utilizando um código de numeração; recortes das unidades de registro e definição de subcategorias; identificação e agrupamento com base na pertinência, similaridade e formação de categorias; organizações dos dados agrupados; interpretação dos resultados, com base nos aspectos relacionados à visão, conhecimento, inovação, prioridades, interesses, modelos, conformidade, aplicabilidade e diferenças para a elaboração de síntese e descrição e análise da utilização dos elementos do CI pelas gestoras de enfermagem.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 COMPONENTES DO CAPITAL INTELECTUAL, PRESENTES NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Para a geração do Capital Intelectual, os componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente devem estar presentes na prática das gestoras de enfermagem, nos hospitais. Os níveis apresentados a seguir são capazes de direcionar quais dos componentes estudados estão mais presentes, na dependência do padrão imposto pelas diretrizes administrativas dessas gestoras.

TABELA 2 - Frequência de presença em cada componente do Capital Humano, Estrutural e do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, de acordo com a distribuição em diferentes variáveis, Salvador-Bahia, 2015.

	Presente		Pouco Presente		Ausente	
	N	%	N	%	N	%
Componentes do Capital Humano						
Retenção de Talentos	11	89,6	1	10,4	-	-
Conhecimento, Habilidade, Capacidade	9	77,4	2	20,2	-	-
Escolaridade/ Desenvolvimento /Investimento em Educação	9	77,1	3	22,9	-	-
Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal	10	86,1	2	13,9	-	-
Inovação	10	79,2	3	20,8	-	-
Componentes do Capital Estrutural						
Aperfeiçoamento de Produtos e Processos	10	81,3	2	18,8	-	-
Tecnologia	8	62,5	5	37,5	-	-
Eficiência e Eficácia/Gestão	9	78,3	3	21,7	-	-
Processo de Comunicação/Banco de Dados	9	72,2	3	27,8	-	-
Componentes do Capital do Cliente						
Captção e Retenção de Clientes	8	66,7	4	29,2	1	4,2
Satisfação do Cliente	11	89,6	1	6,3	1	4,2
Sistema de Parceria /Integração	11	91,7	1	8,3	-	-

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 2, a frequência de indicação de presença dos componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente demonstra que todos os doze componentes se encontram presentes na gestão dessas enfermeiras.

Os componentes com maiores percentuais de presença no Capital do Cliente foram: Sistema de parceria/integração (91,7%) e Satisfação do Cliente (89,6%), o Capital Humano: Retenção de Talentos (89,6%), Ambiente organizacional/Relação Interpessoal (86,1%), o Capital Estrutural, o componente Aperfeiçoamento de Produtos e Processos obteve (81,3%).

Registra-se que o Sistema de parceria/integração e Satisfação do Cliente estão interligados ao sistema de atendimento ao cliente, considerados importantes na gestão do CI e fundamentais para o desempenho e sobrevivência da organização no ambiente empresarial. A

parceria e integração com clientes e fornecedores envolvem relações necessárias no estabelecimento de confiança e equilíbrio para a produção nas organizações, seja na manutenção de vínculos, com vistas à fidelização, seja na ampliação de conhecimentos para inovação na organização (STEWART,1998).

A Retenção de Talentos e Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal são componentes do Capital Humano considerados estratégicos para organização, visto que, admitir e reter talentos, promover ambiente de relações saudáveis e apropriados para a aplicação do conhecimento, melhora o desempenho e amplia as possibilidades de atendimento dos demais componentes, especialmente, o Aperfeiçoamento de Produtos e Processos.

Os Componentes dos Capitais do Cliente, estrutural e Humano com percentual de indicação mais baixo de presença foram: Captação e Retenção dos clientes (66,7%), Tecnologia (62,5%) e Escolaridade/ Desenvolvimento /Investimento em Educação (77,1%) respectivamente. O componente Tecnologia mostrou-se mais fragilizado para as gestoras, aparecendo com a menor frequência média. Esse dado pode ser justificado pelo reduzido investimento em pesquisas e desenvolvimento, além da deficiência de equipamentos para atender as demandas, principalmente no serviço público.

As ausências foram verificadas em dois componentes do Capital Cliente: Captação e Retenção de Clientes e Satisfação do Cliente, ambos com (4,2%). Estratégias para a Captação e Retenção de Clientes não costumam ser utilizadas pelas gestoras do serviço público, considerando que foram componentes apontados como pouco presente e ausente. Esses dados justificam-se pela alta demanda de atendimento do SUS e a não realização de avaliação de satisfação do cliente pela enfermagem. Essa avaliação é realizada pelo Departamento de Ouvidoria – Geral do SUS, através de contato telefônico e por amostragem aplica-se um questionário padrão com 23 questões, avaliando vários aspectos do atendimento do hospital, como acessibilidade, tempo de espera, qualidade da higiene do ambiente e resolução dos problemas de saúde do usuário, entre outros (BRASIL, 2015).

Segundo Stewart (1998), as organizações para se tornarem competitivas devem conquistar clientes, atendendo necessidades e superar as suas expectativas de satisfação. Considerando que o processo assistencial de enfermagem ocorre de forma ininterrupta por 24 horas, a partir do momento em que o cliente é internado, a satisfação do cliente também integra as ações da qualidade assistencial, envolve a valorização do mesmo e competência de todos os profissionais para satisfazer ao cliente em todo o processo de atendimento. A avaliação, neste entendimento, deverá ser contínua e processual, focada no atendimento das necessidades do cliente implícitas e explícitas, redução de queixas por mal atendimento,

ambiente agradável e de empatia que proporcione ao cliente a manifestação dos seus desejos.

O cliente satisfeito é agente multiplicador da imagem positiva da organização, repercute na fidelização e no aumento da clientela, com conseqüente crescimento e desenvolvimento organizacional (STEWART,1998).

A média de indicação de acordo com a escala Likert utilizada para medir os níveis de presença dos componentes está distribuída na tabela 3.

TABELA 3 – Média das indicações, segundo a escala Likert dos componentes do Capital Humano, Estrutural e do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, de acordo com a distribuição em diferentes variáveis, Salvador-Bahia, 2015.

COMPONENTES	MÉDIAS
Componentes de Capital Humano	Média± DP
Retenção de Talentos	1,63±0,40
Conhecimento, Habilidade, Capacidade	2,02±0,49
Escolaridade/ Desenvolvimento /Investimento em Educação	1,94±0,53
Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal	1,61±0,68
Inovação	1,90±0,54
Componentes de Capital Estrutural	
Aperfeiçoamento de Produtos e Processos	1,69±0,49
Tecnologia	2,10±0,53
Eficiência e Eficácia/Gestão	2,13±0,58
Processo de Comunicação/Banco de Dados	2,11±0,71
Componentes de Capital Cliente	
Captação e Retenção de Clientes	2,04±0,63
Satisfação do Cliente	1,85±0,55
Sistema de Parceria /Integração	1,63±0,62

Fonte: dados da pesquisa

No componente Capital Humano, a maior média foi para o componente Conhecimento, Habilidade, Capacidade (2,02) e menor média o componente Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal (1,61). No Capital Estrutural a maior média foi para o componente Eficiência e Eficácia/Gestão (2,13) e a menor média Aperfeiçoamento de Produtos e Processos (1,69). O Capital do Cliente com maior média foi o componente Captação e Retenção de Clientes (2,04), e a menor média, o Sistema de Parceria /Integração (1,63). No gráfico 1, as médias de presença do conjunto dos componentes são apresentados para melhor visibilidade.

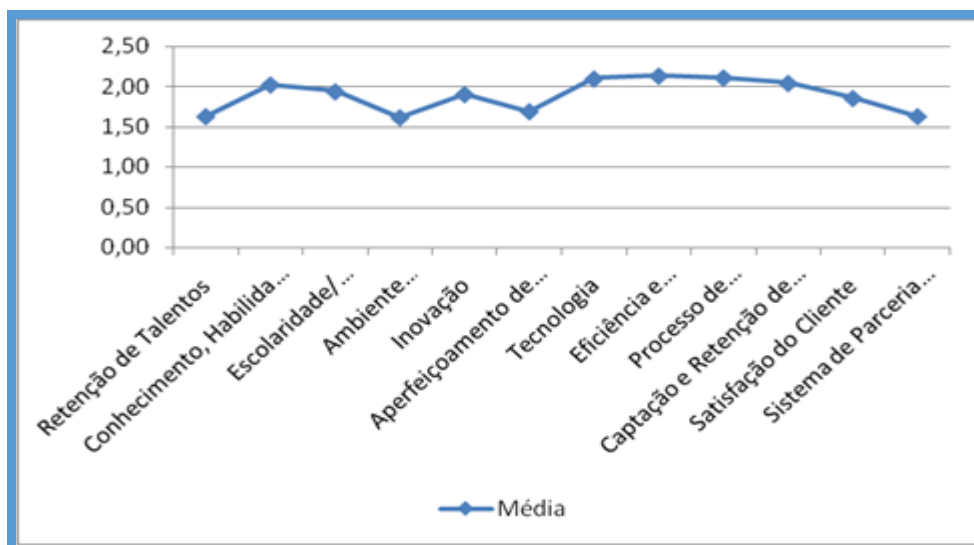


GRÁFICO 1: Média das indicações, segundo a escala Likert dos componentes do Capital Humano, Estrutural e do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, de acordo com a distribuição em diferentes variáveis, Salvador-Bahia, 2015.

O componente Conhecimento, Habilidade, Capacidade, consideravelmente presente na gestão das enfermeiras, é fundamental para o Capital Humano e impacta na inovação e outros desempenhos organizacionais. A competência dos profissionais, quando aproveitada na organização, se transforma em diferencial competitivo, por que são as pessoas que constroem relações, transformam e produzem tudo que desencadeiam crescimento e desenvolvimento. No entanto, a *expertise*, por si só, não é o bastante, se faz necessária uma gestão eficaz, a fim de conduzir o compartilhamento do conhecimento e transformar as competências individuais em competências coletivas (STEWART, 1998).

O Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal é um componente que influencia diretamente na inovação e na produção do Capital Humano, por estar vinculado aos sentimentos de confiança entre a organização e os profissionais, assim como ao espaço de incentivo e motivação, disponibilizados para a criação, e de relações interpessoais adequadas, para promover clima de cooperação, parceria e compartilhamento (STEWART, 1998).

A Eficiência e Eficácia/Gestão é um componente fundamental para a produção do CI, por este depender da gestão estratégica e competente para otimizar o desempenho dos profissionais para a inovação, utilizar e produzir tecnologia. Segundo Viana, Lima (2010), a tecnologia, por si só, não produz ganhos se a capacidade humana de gerenciar o uso dessa tecnologia, para inovar, não estiver sendo utilizada, visto que a capacidade de inovação junto às novas tecnologias, assim como sua utilização de forma adequada, no processo produtivo, tem maiores chances de êxito, quando o elemento humano está qualificado e bem conduzido no processo de gerenciamento. Avanços são evidentes na gestão de enfermagem,

impulsionados pelo uso de tecnologia informacional, indicadores para avaliar desempenho e valorização das pessoas nas organizações.

O componente Aperfeiçoamento de Produtos e Processos atende ao CI quando novos métodos e sistemas são implementados sistematicamente, quando há investimento em tecnologia da informação, quando há valorização das ideias dos profissionais e quando na organização a filosofia é incentivadora e participativa (STEWART 1998). Portanto, ao melhorar a capacidade técnica dos processos e novos modelos/métodos no serviço, a enfermagem produz tecnologia no contexto em que ocorrem as ações assistenciais da enfermagem na organização.

O componente Captação e Retenção de Clientes é avaliado no CI quando a organização amplia o número de clientes e de manutenção da fidelização destes. As organizações hospitalares vivenciam realidades diferentes das demais organizações, pois o sistema de saúde é fortemente influenciado pelo contexto político e social.

Não há como associar o aumento da demanda hospitalar aos fatores de qualidade, principalmente, no setor público, mas, mesmo no setor privado, a questão de opção do cliente é fator ligado as suas condições socioeconômicas, vinculadas ao acesso e aos limites estabelecidos pelos planos de saúde. Porém, mesmo que esses aspectos não permitam escolhas imediatas, a referência de bom atendimento, possibilita escolhas em limitadas opções. Stewart (1998) recomenda que gestores devam objetivar em seus planos de gestão estratégica, captar e reter cliente, por eles representarem, o foco principal do crescimento organizacional.

O Sistema de Parceria/Integração é um componente do Capital do Cliente, avaliado pelo nível de diálogo com os clientes e a relação com fornecedores, considerado determinante para desencadear o processo de desenvolvimento organizacional, visto que, o cliente é a razão de existir das organizações e de as tornarem ativas, no cenário empresarial. A relação com os fornecedores garante a continuidade e o desenvolvimento dos processos na organização, das quais destacamos as dependências existentes de insumos ou prestação de serviços essenciais, em condições de tempo hábil e os custos para a produção dos serviços (STEWART, 1998). Portanto, a qualidade dos relacionamentos da organização com os clientes e fornecedores reflete-se no Capital do Cliente.

Através do cálculo da média geral de todos os componentes de cada elemento do CI e da percentagem desses em relação ao total, apresenta-se na figura 5, a distribuição desses elementos presentes na gestão das enfermeiras participantes do estudo. Tais resultados refletem a síntese geral, por níveis de presença dos componentes em cada Capital.

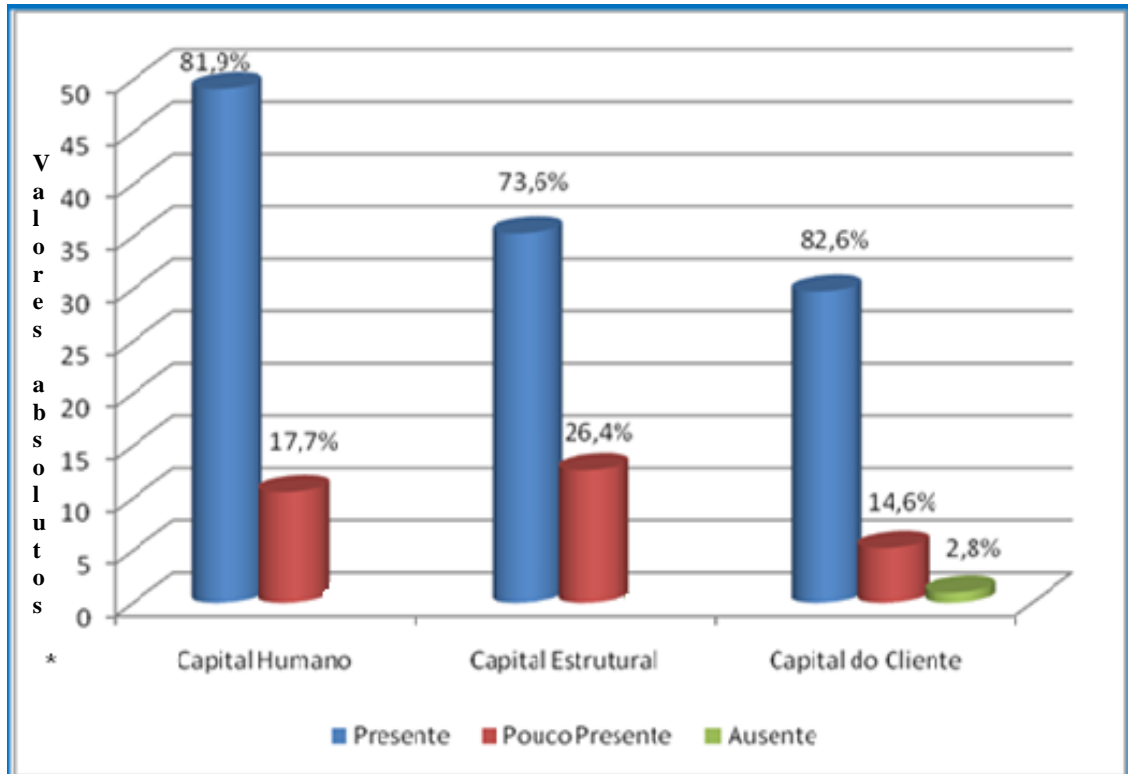


FIGURA 5 – Níveis percentuais de presença dos componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, Salvador-Bahia, 2015.
Fonte: dados da pesquisa.

O maior percentual de presença dos componentes por capital estudado, na gestão das enfermeiras, foi o Capital Cliente (82,6%) seguido do Capital Humano (81,9%), e do Capital Estrutural (73,6%) (figura 1). A ausência de componentes foi constatada no Capital Cliente (2,8%), embora tenha apresentado o maior nível de presença em relação aos demais. O nível de presença dos componentes por capital está representado na figura 6.

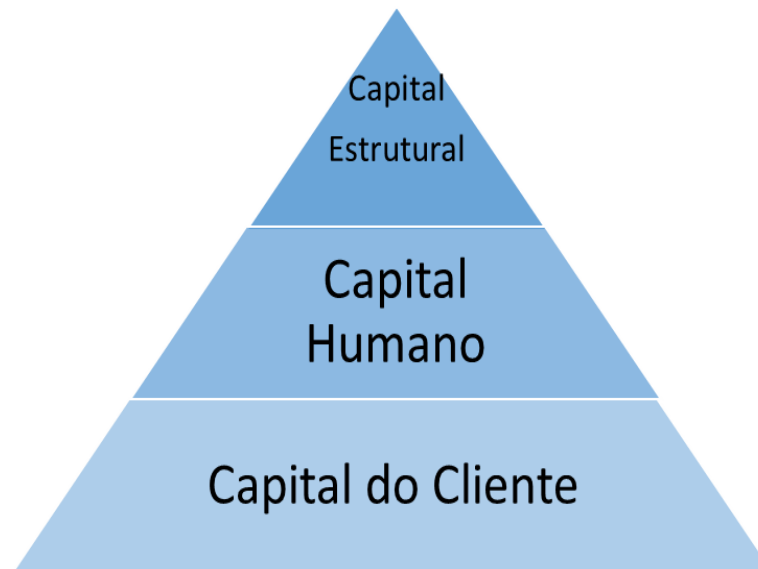


FIGURA 6- Representação dos níveis de presença dos elementos do Capital Intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares. Salvador-Bahia, 2015.
Fonte: elaborado pela autora

Esses resultados diferem do estudo de Gracioli et al (2012), sobre o impacto do CI na *performance* organizacional, desenvolvido em 57 empresas, que receberam o prêmio Qualidade no Rio Grande do Sul (RS), em 2004, cujo resultado mostrou que o Capital Humano apresentou o valor mais elevado das médias de presença e de importância, seguido do Capital do Cliente.

Este estudo se aproxima dos resultados de Matheus (2003), sobre a identificação da gestão do CI nas Usinas Sucroalcooleiras, o qual constatou que os Capitais do Cliente, Estrutural e Humano estão presentes, nos mesmos patamares de importância, só apresentando pequenas diferenças, com destaque para o Capital do Cliente.

Nesse sentido, resultados diversificados podem ser encontrados em outros estudos e de acordo com o contexto organizacional. Nos pressupostos teóricos que abordam o CI, o Capital do Cliente, Capital Humano e Capital Estrutural são inter-relacionados em redes, articulam-se e complementam-se, podendo, a depender dos planos e metas, um se sobrepôr ao outro no processo de gestão. O que não deve ser esquecido é a prioridade ao cliente e o entendimento de que o Capital Estrutural é aquele que menos importa para o cliente, isso porque, o maior valor atribuído por ele, tem foco no Capital Humano. No entanto, do ponto de vista operacional, o Capital Humano deve-se destacar, pela importância das pessoas, como diferencial para a produção do Capital Estrutural que, por sua vez, apoia e dá suporte para o desenvolvimento do Capital Humano e do Capital do Cliente (STEWART, 1998).

Portanto, sem a qualidade do desempenho do Capital Humano, não há qualidade no Capital Estrutural e nem no Capital do Cliente.

Na Enfermagem, o cliente é a razão de existir da profissão; o objeto de trabalho mais importante da sua prática, o que justifica esse destaque apresentado neste estudo, embora com percentual próximo, em relação aos demais.

5.2 UTILIZAÇÕES DOS COMPONENTES DO CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Nesse item, apresenta-se a utilização dos componentes do Capital Intelectual, em três (03) categorias, nas quais foi possível identificar sete (07) subcategorias distribuídas, conforme se vê, na Figura 7, abaixo:

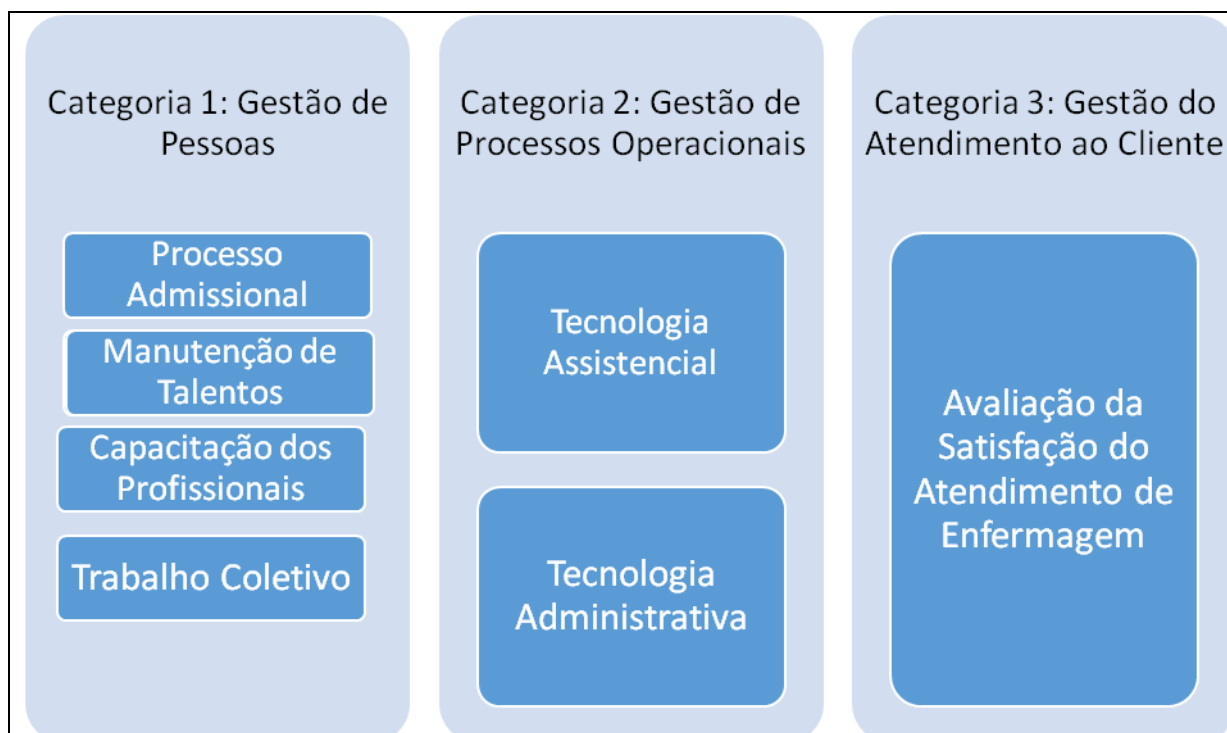


FIGURA 7 - Categorias e subcategorias da utilização dos componentes do capital intelectual na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares da cidade de Salvador, Bahia 2015.
Fonte: dados da pesquisa

5.2.1 Categoria 1 - Gestão de Pessoas

Nessa categoria, apresenta-se quatro subcategorias, referentes a maneira de como as gestoras utilizam os componentes do Capital Humano na gestão de pessoas, são elas: processo admissional; manutenção de talentos; capacitação dos profissionais e o trabalho coletivo.

A abordagem sobre o processo de trabalho vem sofrendo influências dos avanços científicos e tecnológicos do mundo globalizado, e da valorização do ser humano no desenvolvimento das suas ações profissionais. O processo de gestão exige foco no potencial humano, como estratégia importante para o desenvolvimento organizacional, com a melhoria do desempenho e alcance dos resultados, no atendimento às necessidades do cliente. A gestão de pessoas, segundo Chiavenato (2010, p.9), “é a área que constrói talentos por meio de um conjunto integrado de processos e cuida do capital humano nas organizações, o elemento

fundamental do seu capital intelectual, a base do seu sucesso”.

5.2.1.1 Subcategoria 1 - Processo Admissional

O processo admissional, segundo Okano e Castilho (2007), propõe-se selecionar profissionais no mercado de trabalho, com o perfil que a organização deseja e valoriza. Utiliza as etapas de recrutamento, seleção, treinamento e a contratação. Desse modo, o processo admissional utilizado pelas gestoras participantes do estudo, engloba a seleção e o treinamento admissional. As gestoras dos hospitais privados realizam o processo seletivo com base nos critérios pré-definidos para os cargos a serem ocupados, como: especialização na área; tempo de experiência; perfil do profissional e seleção de enfermeiras que tiveram experiência como estagiárias no serviço de enfermagem. As gestoras dos hospitais públicos realizam a seleção de pessoas quando admitem profissionais em regime de cargo temporário, e utilizam os mesmos critérios das gestoras dos hospitais privados.

A utilização de critérios na política de contratação no processo admissional é importante, considerando as especificidades do cenário e clientela a ser atendida, cabendo a gerente de enfermagem a responsabilidade de assegurar profissionais que tenham conhecimentos e habilidades para cuidar do cliente criticamente enfermo ou não (SILVA; FERREIRA, 2011). No processo admissional, a gestora tem a oportunidade de selecionar talentos, utilizando critérios que os identifiquem e, nessa fase, inicia-se o processo de construção da base de sustentação de um dos elementos importante do CI: o Capital Humano. Nos relatos abaixo, as gestoras confirmam as exigências de especialização para a seleção de candidatos, especialmente para as unidades especializadas:

[...] unidades mais específicas, como UTI e emergência [...] exige que o profissional tenha um curso de especialização na área [...] (G2).

Se a pessoa é especialista na área a qual ela está se referindo ao cargo, se é enfermeira de centro cirúrgico, UTI, hemodinâmica, hemodiálise, exige o título de especialista [...] (G3).

Exige especialização para todas as áreas [...] (G4).

[...]a UTI é mais específica[...] unidade coronariana, tem que ter uma especialização [...] (G10).

Tem-se que os cursos de especialização são pré-requisitos no processo admissional e exigidos pelas gestoras para as áreas de unidade de tratamento intensivo (UTI), emergência, centro cirúrgico, hemodinâmica e hemodiálise. Essas unidades possuem características

diferenciadas, em razão dos fatores de riscos dos clientes atendidos, e por utilizarem tecnologia dura, em constantes avanços. São necessários, portanto, que os profissionais possuam conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas aos aspectos teóricos, práticos e comportamentais, que atendam ao padrão de complexidade do nível de assistência requerido, assim como a estrutura do serviço.

Além das necessidades de conhecimentos específicos, para áreas de especialidades, a exigência de especialistas para os serviços busca conformidade com as diretrizes de programas de qualidade e com as avaliações para acreditação hospitalar, principalmente, nos hospitais privados.

Destacamos que, a graduação tem como princípio a formação generalista, nos diferentes campos do saber, domínio de novas tecnologias, fundamentos científicos necessários à formação humana para o exercício profissional. Por essas razões, os cursos de especialização permitem ampliar saberes, que irão contemplar as áreas de especialidades. Para Stewart (1998), o profissional com maior nível de instrução possui diferencial no desenvolvimento do trabalho e atua de forma eficiente pelo maior conhecimento.

Destaca-se que cursos de especialização proporcionam oportunidade para o profissional estudar e adquirir conhecimentos importantes e consolidados em determinada área, mas não garante que ele tenha adquirido *expertise*, para atuar com a competência necessária, visto que muitos desses cursos titulam, mas não capacitam, pelo fato de não proporcionarem experiência prática em ambiente real de trabalho. Dessa forma, não basta ter título de especialista, é preciso avaliar os conhecimentos dos candidatos para que eles possam exercer efetivamente as atividades previstas para o cargo.

O tempo mínimo de experiência exigido como pré-requisito para admissão também foi apontado pelas gestoras:

[...] tem que ter no mínimo 6 meses de atuação anteriormente [...] (G3).

Na unidade aberta exigimos 3 a 6 meses de experiência em alguma atividade, para as UTIs, um ano de experiência [...] (G10).

[...] cargo de assessoria exige 10 anos de experiência, titulação [...] (G7).

Nas unidades consideradas abertas, enfermarias, unidades clínicas e cirúrgicas, as gestoras costumam exigir experiência de três a seis meses; essas unidades não assistem o cliente em situações críticas de saúde, e o cuidado prestado utiliza a tecnologia considerada leve-dura. O saber especializado, proveniente da experiência profissional, é fundamental na compreensão do modo como o enfermeiro irá construir o pensamento sobre a tecnologia; a assistência prestada por um profissional não qualificado pode desencadear negligência ou subutilização do uso da tecnologia para o cuidado; o uso não fundamentado dessa tecnologia pode prejudicar a saúde do cliente, cujas funções vitais estão suscetíveis a instabilidades (SILVA; FERREIRA, 2011)

Exigir tempo de experiência, como critério de seleção, vai ao encontro da necessidade de admitir profissionais com autonomia nas suas funções, o que é consolidado por suas vivências, as quais podem garantir maior segurança na sua atuação. A exigência de seis meses está em conformidade com a legislação brasileira, prevista no Art. 1º da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, na qual foi acrescida, em março de 2008, o art. 442, que estabelece, para fins de contratação, que o empregador não exigirá do candidato a emprego comprovação de experiência prévia por tempo superior a 6 (seis) meses, no mesmo tipo de atividade (BRASIL, 2008). No entanto, essa Lei foi criticada por empresários, em razão de ser generalizada, sem estabelecer diferenças para cargos que possuem atividades complexas.

Entende-se que, na Enfermagem, para cargos de gestão e de assistência nas áreas consideradas críticas é necessário que se possua mais tempo de exercício no cargo, a fim de que o profissional atue com autonomia e segurança, podendo se estender por mais de seis meses. Seguindo esse pensamento, Furukawa e Cunha (2015), ao traçar o perfil e competências de gerentes de enfermagem, constataram que todas as gerentes do seu estudo eram formadas há mais de 10 anos e 50% delas já tinham tido experiência em cargos de gestão. Silva e Ferreira (2011) constataram que enfermeiros experientes no cuidado à clientela, que utiliza de aparatos tecnológicos, tendem a exibir uma prática mais segura, e que enfermeiros novatos encontram dificuldades para articular o uso da tecnologia, de modo fundamentado no cuidado ao cliente.

Alinhar o perfil do profissional ao cargo, também foi relatado como requisito no processo seletivo.

[...] avalia também [...] adequação do perfil profissional ao cargo que ela vai ocupar, [...] enfermeira, [...] coordenadora, [...] assistência, [...] gestora, depende muito do perfil.(G3)

Vê-se que, a gestora busca avaliar o perfil ao cargo a ser ocupado e cita os cargos de enfermeiras assistenciais e gestão dos serviços de enfermagem, como exemplo, onde as características pessoais dos candidatos devem estar em conformidade com as funções a serem assumidas no cargo. Certamente, o perfil é importante para exercício dos diversos cargos assumidos pela Enfermagem. Ressaltamos que liderança, iniciativa, capacidade de comunicação, sociabilidade, capacidade crítica e reflexiva, senso ético, entre outras características, influenciam o desempenho da função e, dessa forma, a qualidade dos processos organizacionais.

A avaliação do perfil do candidato faz parte das recomendações, sendo pré-requisitos para o processo seletivo dos profissionais, visto que deve possuir potencial para incorporar à sua prática a cultura organizacional, produção plena do serviço e adequação ao desenvolvimento organizacional (STEWART, 1998).

A contratação sem pré-requisito de Pós-Graduação é utilizada como estratégia para contratação das estagiárias por uma gestora.

[...] não tem pré-requisito de ter Pós-Graduação, porque [...] limitaria a entrada das [...] estagiárias que fizeram estágio extracurricular aqui no hospital (G11).

Não temos pré-requisito para contratar apenas especialistas, avaliamos os conhecimentos e o perfil do profissional (G12).

Contratar profissionais que fizeram estágio no hospital, sem exigir especializações, justifica-se porque o estágio permite ao estudante adquirir conhecimentos e habilidades no próprio contexto, em conformidade com os princípios da organização. Certamente, os escolhidos possuem o perfil que atenda aos requisitos exigidos para o serviço. Para Canário (2007), competências profissionais surgem da ação profissional, sendo inadequado admitir que seja uma aplicação do que foi aprendido previamente. Com esse entendimento, a gestora favorece a aprendizagem das estagiárias, preparando-as para o exercício profissional na organização.

Após o processo seletivo, as gestoras realizam o treinamento admissional, o que é imprescindível para a integração e adequação do profissional as atividades profissionais. Esse tipo de treinamento foi citado pelas gestoras, na modalidade de cursos, que segue uma programação padrão da organização, com conteúdo básico sobre assuntos relacionados ao tipo de serviço oferecido, como: infecção hospitalar, segurança do paciente, ética, normas organizacionais, protocolos, entre outros.

[...] tem alguns cursos para treinamento que são obrigatórios [...] antes de assumir [...] treinamento de ressuscitação cardiopulmonar, independente da assistência que ele vai desenvolver, metas internacionais de segurança do paciente, gerenciamento de resíduos, [...], são treinamentos básicos [...] obrigatórios (G3).

Antes de o profissional iniciar suas atividades sempre fazemos treinamento para orientar sobre os regulamentos e normas, procedimentos operacionais e assistenciais (G12).

O tipo de treinamento referido pelas gestoras antes do profissional assumir as funções faz parte do processo admissional, sendo o primeiro de vários outros a serem realizados no serviço. Alguns cursos, com conteúdo específico ou geral, capacitam o profissional para intervir em intercorrências e ou condutas preventivas de riscos, que envolvem o cliente e a equipe, e que podem estar presentes no contexto hospitalar. Para Bucchi et al (2011), o treinamento admissional é um recurso, que visa adaptar novos profissionais na organização e dar conhecimento das normas, rotinas, procedimentos e diretrizes assistenciais.

A participação da gestora dos serviços, coordenadoras de enfermagem e de comissões existentes, como a de infecção hospitalar, de qualidade, de ética, entre outras, é fundamental como estratégia de integração do profissional recém-admitido, fornecendo-lhe informações necessárias ao desempenho das atividades, com base na estrutura do serviço.

A enfermeira gestora participa de forma direta ou indireta ou promove o acolhimento e integração de novos profissionais do serviço, o que pode ser realizado de maneira formal e informal, através de cursos, roda de conversa e atividade prática no setor, sob acompanhamento de um profissional mais experiente. Esse é um momento fundamental para que o profissional inicie o processo de incorporar em suas ações, no desenvolvimento do trabalho, a filosofia e cultura organizacional. A abordagem e a escolha do profissional responsável por essa orientação farão, certamente, a diferença, para que esses novos profissionais tenham uma atuação compatível com os propósitos organizacionais. Portanto, o treinamento admissional é o início do preparo do profissional para assumir a prestação da assistência de enfermagem, envolvendo capacitação técnica e ética, na busca do desenvolvimento da sua autonomia. Assim, embora seja um processo dispendioso, os ganhos são relevantes tanto para o profissional quanto para o cliente e a organização (BUCCHI; MIRA, 2010).

5.2.1.2 Subcategoria 2 – Manutenção de talentos

Manter e potencializar talentos são fundamentais para o desenvolvimento do Capital Humano. Stewart (1998) enfatiza que a organização deve investir na retenção dos talentos, por serem ativos importantes, e deve ser preservada com a utilização de medidas de reconhecimento, valorização profissional, recompensa financeira, ambiente de crescimento e oportunidades, os quais são elementos considerados estratégicos para reter e evitar a rotatividade. Para Borges (2006), identificar e desenvolver talentos através da criação de programas de *trainees*, visando formar talentos e identificar profissionais detentores de *expertise*, são ações iniciais da gestão, planejando e implementando estratégias para retê-los na organização.

Desse modo, o profissional talentoso deve possuir conhecimento, experiência, poder de inovação, valores, habilidades, cultura, e incorporar a filosofia da organização, aliados a capacidade de trabalho. Entretanto, mesmo sendo essas qualidades propriedade do profissional, as suas posses são da empresa, portanto, são talentos que precisam ser mantidos e desenvolvidos (SANTOS, 2006).

As gestoras utilizam estratégias de promoção, de modo a reter talentos, ao oferecer cargos de gerência, ao designar profissionais para atuarem em áreas de interesse e ao manter ambiente de trabalho favorável. Quanto aos cargos de gerência:

A gente buscava esses profissionais, e quando tinha um cargo era eles que ocupavam (G1).

Quando identifico talentos, busco junto com a área de gestão nomear ele para um cargo de gerência, ocupar um espaço de gestão, baseado no conhecimento, na habilidade, na capacidade de se relacionar (G8).

O que a gente tenta para reter talentos é oferecer gerências, identificando conhecimentos, capacidades e tentando alocar essas pessoas de acordo com essas observações (G9).

Profissionais talentosas ocupam cargos de chefia e comissões específicas, temporárias ou permanentes (G12).

Em relação a retenção de talentos [...] tem uma política de promover, sempre os nossos funcionários (G4).

Para o COFEN (2009), um cargo é composto por atividades desempenhadas por um profissional com características e grau de complexidade que correspondem a uma posição na estrutura organizacional. Para promover um profissional a gerente é necessário saber quais competências são fundamentais para o cargo a ser ocupado, além do conhecimento, a

experiência e a formação acadêmica do profissional, para o cargo a ser ocupado, aliado a capacidade de liderar pessoas e de tomar decisões frente as várias situações problemas que poderão surgir. Contemplar profissionais considerados talentosos com cargos de gerência é uma forma de reconhecer, valorizar e manter talentos. Destarte, considera-se essa estratégia autolimitada, por depender do tamanho da estrutura organizacional e do quantitativo desses profissionais talentosos.

Reter talentos por ambiente de trabalho favorável e designar profissional para funções que o mesmo se identifica e que gosta de atuar, foi apontado pelas gestoras:

As pessoas acabam optando por ficar aqui, porque entendem que o ambiente de trabalho é um ambiente mais sadio do que em outras instituições [...] (G2).

A retenção de talentos tá muito voltada para aquilo que o profissional se identifica, como ele gosta de atuar como profissional (G6).

O ambiente de trabalho, referido como sadio para manter os profissionais, foi citado como um diferencial. As condições do ambiente de trabalho agradam aos profissionais de enfermagem, pelo entendimento de que ambiente saudável é suficiente para manter os talentos. O ambiente organizacional é influenciado pelo modo de ser e agir das pessoas, quando esse ambiente se torna negativo, há perda de foco cooperativo e de integração do grupo, impedindo o progresso e a motivação dos profissionais. Assim, quando o ambiente é positivo, há troca, participação e colaboração (MAGALHÃES FILHO; PEREIRA, 2013).

Ainda, o ambiente de trabalho interfere na produção, seja relacionado à estrutura física, condições de trabalho, seja pelas relações entre os colaboradores que ocupam cargos hierárquicos ou entre colegas que realizam trabalhos. Dessa maneira, caso isso seja positivo, pode transformar e ampliar os vínculos na organização. Segundo França e Kanikadam (2008), manter a qualidade de vida no trabalho é uma competência de gestão, que fortalece as pessoas, eleva a autoestima e promove a saúde biológica, psicológica e social. O ambiente que promove espaço de criação e valoriza as iniciativas, relações interpessoais positivas, investe em ações, são fundamentais para a permanência das pessoas no trabalho.

Designar profissional para funções que o mesmo se identifica e que gosta de atuar, é uma estratégia utilizada na gestão para reter talentos. Nesse sentido, a gestora, ao conciliar as atividades desenvolvidas no serviço com a área de interesse do profissional, pode favorecer a integração, segurança, bom desempenho, satisfação, comprometimento e o desejo de continuar trabalhando na organização. De acordo com Brooking (1996), o profissional deve

ser tratado como um ativo raro, alocado em áreas e atividades de acordo com suas habilidades e pretensões, visto que cargos ocupados de acordo com as competências e afinidades dos profissionais, aumentam a produtividade que geram o CI.

Outra forma de reter talentos referidos na gestão é a implantação de plano de cargos e salários, incluída nas metas da organização, ou em fase de implantação, conforme as falas abaixo:

Claro que existem outras formas de estar retendo estes talentos como desenvolvendo algumas ações aqui na instituição de planos de cargos e salários, alguns benefícios para esses colaboradores, [...] acredito que agora em 2015, a gente esteja implementando (G4).

A gente incentiva muito a Pós-Graduação, agora com o plano de cargos e salários que está sendo implantado, isso vai também ser pontuado para faixa salarial, isso também está sendo um incentivo (G11).

O plano de cargos e salários é considerado como benefício, que deve contemplar os profissionais com níveis salariais diferenciados, por titulação, assim como incentivo para realização de cursos de Pós-Graduação. Entretanto, a falta de poder decisório da gestora para definir níveis salariais foi relatada.

Na retenção de talentos a gente tem certa dificuldade, porque a gente não tem essa mobilidade de poder aumentar o salário[...] então, isso é um mau crítico [...] (G3).

A falta de autonomia para aumentar salário é vista como um mau crítico, fator que dificulta reter talentos. Assim, o salário e a limitação do poder da gestora são valorizados como importante elemento para a efetividade do processo de retenção de talentos. Recompensas financeiras para os profissionais talentosos têm sido recomendadas nas organizações, pelo fato de isso ser bastante valorizado por muitos profissionais. Entretanto, essa é apenas uma estratégia que estimula, mas não motiva, por se tratar de estímulo temporário, que perde força com o tempo, em razão da desvalorização no contexto social, que não supre as novas necessidades que passam a surgir na vida desses profissionais. É importante que em um país capitalista os profissionais talentosos sejam remunerados de forma diferenciada, de acordo com o nível de produtividade e de responsabilidade que assumem na organização.

Aliada a questão salarial, as gestoras não devem esquecer as recompensas não financeiras, como o reconhecimento da competência diante do próprio profissional e da equipe; os benefícios sociais e a promoção da qualidade de vida no trabalho, para reter talentos e aumentar a produção desses profissionais. Chiavenato (2010, p.274) refere que: “a

recompensa é fundamental na conduta das pessoas em termos de retribuição, retroação ou reconhecimento do seu desempenho na organização”.

Existem, portanto, muitas possibilidades para a gestora recompensar os profissionais talentosos, destacando-se entre elas: as relações abertas entre as gestoras e profissionais; forma de conduta que deem autonomia e espaço de crescimento; diálogo e participação de todos nas decisões organizacionais; satisfação com o trabalho, além de manter carga e jornada de trabalho adequadas. Outras estratégias são apresentadas pela Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (ABTD).

Programas de benefícios, plano de carreira e altos níveis de remuneração não são suficientes para reter talentos. Um ambiente de aprendizagem e inovação mostra-se eficaz como parte da oferta estratégica de retenção e engajamento de talentos. Programas cada vez mais inovadores, tecnológicos, interativos envolventes (*gamemefication, storytelling, mobile learning, etc.*), estão sendo implementados pelas empresas. Dentro deste contexto, os programas abertos, os *MBA's* e pós-graduações são cada vez mais relacionados como parte do plano de desenvolvimento e engajamento (ABTD, 2014 p. 8).

As gestoras, participantes do estudo, utilizam estratégias como oferta de cargos, ambiente saudável e a alocação de interesse do profissional, para funções a serem ocupadas, que cativem os talentos para que não sejam atraídos por outras empresas. Entende-se que essas gestoras podem demonstrar aos dirigentes, o quanto é importante manter o profissional no serviço: lutar pela remuneração diferenciada, incentivos e por melhores condições de trabalho, conforme relatado pela gestora que criou um cargo com condições diferenciadas, para não perder uma profissional talentosa:

Essa noção da importância de se reter talentos, [...] antigamente... a gente perdia as pessoas... A gente conseguiu criar um cargo [refere-se a uma enfermeira que se titulou] com trinta horas para ela fazer também alguma coisa na área que ela se dedicou, quando você faz um pouco essa política de retenção de talentos termina que você está trazendo junto à preservação desse conhecimento e dessa habilidade (G7).

Apesar das estratégias utilizadas para a retenção de talentos, na gestão dos Serviços de Enfermagem, as gestoras exemplificaram algumas situações de perdas de talentos por questões salariais:

[...] talento, às vezes, ele [refere ao profissional] vai para outra instituição, a outra instituição tem plano de cargos e salários; às vezes, o salário pode ser maior [...] (G4).

[...] às vezes o profissional vem e quando ele está pronto, o hospital que paga um pouco melhor acaba pegando esse profissional [...] (G3).

A questão salarial é motivadora de perdas de talentos das organizações privadas, haja vista a existência de valores salariais diferenciados entre organizações, que influenciam na decisão de mudança de emprego, segundo relato de gestora, ao referir que o profissional quando está pronto, sai para outro hospital, que oferece melhor salário. Assim, fica evidente que a mobilidade acontece mesmo após o hospital investir na capacitação e integração do profissional, ficando evidente a perda de talentos para as organizações públicas, o que é retratado nessas falas:

[...] passou no concurso e aí realmente não tem como reter [...] a gente perde para serviço público [...] (G4).

[...] a nossa carga horária é 44h, a pessoa vai trabalhar 30h, vai ter estabilidade e vai ter as outras coisas, e aí é onde a gente perde [...] (G7).

Perdemos talentos para serviços públicos quando passam nos concursos e não conseguem conciliar os dois empregos [...] (G12).

A perda de talentos das organizações privadas para as públicas é evidente quando acontecem concursos, sendo justificadas pela menor jornada semanal e a estabilidade de emprego. Esses aspectos são relevantes no contexto da enfermagem, que luta nacionalmente pela a redução da sua jornada de trabalho. A estabilidade do emprego citada, permite maior segurança aos profissionais nos hospitais públicos, sendo atrativo importante no contexto do mercado de trabalho. A realidade nos mostra a existência de vínculo empregatício de profissionais com o setor público e o privado, quando conseguem conciliar.

Ressalta-se que a perda de talentos e, conseqüentemente, a rotatividade de profissionais deve ser evitada na organização, devido aos custos do processo seletivo; custos de investimentos na capacitação de novos contratados; perda de capital humano, representado pela *expertise* do profissional, que deixa de contribuir com seu talento no desenvolvimento organizacional e o reflexo na qualidade da assistência, pela perda da continuidade do cuidado (STEWART, 1998).

5.2.1.3 Subcategoria 3 – Capacitação dos profissionais

A capacitação de profissionais é uma das funções importantes da gestão de pessoas, que envolve o preparo, o aperfeiçoamento e o treinamento. Nesse processo, ocorre o desenvolvimento e a integração do profissional no ambiente de trabalho, para aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para melhor desenvolvimento das suas

atividades profissionais. As organizações, também, treinam e desenvolvem seus profissionais, continuamente, para se diferenciarem dos concorrentes, pois cada mudança requer o aprendizado de novos padrões e de novas competências (SANTOS, 2006).

As gestoras desenvolvem a capacitação de profissionais nas organizações quando referem realizar treinamentos e apoiar o autodesenvolvimento. Em relação ao treinamento, nos relatos das gestoras, predominou o treinamento formal, com aula expositiva e rodas de conversas, realizadas pelas coordenadoras, chefes e enfermeiras de referência. Essas modalidades de treinamentos têm importantes repercussões, porque não tem custo e é uma forma de compartilhar conhecimentos, discutir os problemas, visando a tomada de decisão coletiva e o estímulo para busca de conhecimentos. Exemplos nos excertos:

O treinamento é realizado para todos os profissionais [...] (G12).

A gente vai estimulando [...] incentivando que participe do treinamento (G6).

A gente vem buscando sempre fazer treinamento. [...] hoje tem mais ajuda da instituição que antes (G8).

Existe um envolvimento das coordenadoras e das chefias com relação a treinamento, elas preparam as aulas [...] (G1).

Temos treinamento *in loco* [...] a cada dois meses nós temos treinamento com 100% da equipe [...] temos os fóruns [...] discutindo algum assunto [...] funcionários são treinados pela enfermeira de referência (G4)

Estudo em grupo com as coordenações de 15 em 15 dias, toda quarta-feira à tarde é reunião de estudo, de melhoria de conhecimento [...] as coordenações fazem roda de conversa com seus funcionários [...] em relação a todos os protocolos implantados, as rotinas implantadas, e a leitura sistemática de todos os manuais técnicos, que tem na unidade [...] (G11).

O treinamento praticado pelas enfermeiras, por décadas, continua como prática ativa, em razão do baixo custo para a organização, pois utiliza a própria estrutura física e a equipe. É notório que, na era da Informação, o processo de aquisição do conhecimento assume papel de destaque nas organizações, que passam a requerer profissional preparado para os novos desafios do mercado de trabalho. Oliveira, Nicola e Souza (2014) consideram palestras, seminários, videoconferências, áudio conferências, cursos, eventos científicos, como atividades de treinamento. Essas autoras entendem como improdutivas as práticas unificadas e mecanicistas, recomendando a participação ativa, com ação reflexiva do trabalhador.

Devido ao acelerado avanço tecnológico na área da saúde, a capacitação contínua dos profissionais deve ser prioridade na gestão e incorporada ao seu plano de investimento financeiro, de modo a atender de forma periódica e sistematicamente às necessidades de

treinamento. Nesse sentido, Oliveira, Nicola e Souza (2014) afirmam que o número de horas de treinamento, o valor destinado para a sua realização e o número de pessoas treinadas, são indicadores de avaliação de qualidade nas organizações. Portanto, precisam implementar programas de capacitação dos profissionais, a fim de alcançar seus propósitos, como prestar serviço de qualidade, garantindo a fidelização e a satisfação do cliente.

Treinar profissionais para o cuidado de enfermagem é função do enfermeiro, e as ações educativas devem ser promovidas pelas gestoras, com apoio de setores específicos de Treinamento e Desenvolvimento, Educação Permanente e o de Gestão de Pessoas. Desse modo, o treinamento deve ser planejado, sistemático e responder às necessidades específicas da organização, direcionado para: o coletivo; as não conformidades; a capacitação de procedimentos técnicos; ao uso de novas tecnologias e aos processos assistenciais, com o intuito de aumentar a eficiência e o desempenho da equipe (SANTOS,2006).

As gestoras do estudo promovem capacitação com a realização de cursos pela organização, segundo as falas abaixo:

[...] a gente solicita e o RH [Recursos Humanos] vem e traz os cursos[...]a gente entra naquela questão específica [...] todos os gestores lá participaram de curso [...] feitos com mais frequência da área de gestão, de liderança, cursos na área de informações trabalhistas, de elementos legais do trabalho [...] (G7).

A gente tem investido muito em cursos também, tivemos recentemente o curso de metodologia, curso de gerenciamento do serviço de enfermagem [...] (G3).

[...] eu consegui inscrever as pessoas que fizeram o curso hoje, com o benefício, a gente precisava ter capacitação [...] isso nós estamos fazendo até hoje (G8).

[...] a gente procura aqui sempre capacitar os enfermeiros [...] se a gente ganha da diretoria um curso, a gente quer envolver também os nossos enfermeiros [...] escolhe de cada setor, um ou dois enfermeiros e eles vão com a gente fazer esse curso, junto com os coordenadores, com a gerência (G10).

Cursos na área de gestão de serviços são importantes diante das mudanças influenciadas pelos novos paradigmas da administração e da saúde, a fim de atender aos avanços, em especial na área da gestão de pessoas, de custos e conhecimentos, possibilitando à organização inovar e competir no contexto econômico.

No estudo de Cassini e Tomasi (2010), sobre o desenvolvimento de prática de gestão do conhecimento em um hospital, foi relatada a experiência de realização de treinamentos, por meio do levantamento de necessidades, e desenvolvido com aulas técnicas e discussões

clínicas, envolvendo questões assistenciais e técnicos de referência, gerências, chefias e coordenadores de serviços, concluindo que essas estratégias são ações educacionais, que objetivam promover oportunidades de desenvolver o trabalhador, com vistas a uma atuação efetiva e eficaz.

Segundo a Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (2014), a estratégia de treinamento deve ser aplicada com 70% no local de trabalho; 20% em ações de *coaching e mentoring* e 10%, destinado ao treinamento formal. Destaca que há nas organizações, maior investimento em programas de treinamento e desenvolvimento, compartilhamento de conhecimento, objetivando novas possibilidades de aprendizagem e melhoria do desempenho.

As gestoras, participantes do estudo, apoiam o autodesenvolvimento dos profissionais, considerando as necessidades do serviço, em relação às especialidades e aos cargos ocupados:

[...] damos liberação [refere-se à jornada] para os auxiliares passarem de auxiliares para técnicos, fazer a capacitação, então, na casa, a quantidade de auxiliares é muito pequena [...] (G10).

Se ele [refere-se ao profissional] quer fazer um curso que seja externo[...] para ele participar ele precisaria de liberação, a depender do profissional, a gente procura também dar (G6).

[...] a gente faz escala especifica para que o profissional possa estudar, libera em algumas situações, quando a gente tem condições, não libera a carga horária integral, a gente já fez isso para capacitação de auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem (G9).

A gente entrou em comunicação com[...] escolas de auxiliares e técnicos de enfermagem [...] para negociar e para o hospital dar um incentivo para quem gostaria de fazer, [...] a gente quer todo mundo técnico aqui (G11).

Se tem profissionais que tem uma identidade maior com a área de oncologia, a gente tende a colocar na oncologia, fica estimulando a fazer cursos, especialização na área de oncologia, se gosta da área de pediatria[...] (G6).

[...] recentemente, a gente contratou uma enfermeira para diálise; então, essa enfermeira, para instituição aperfeiçoar a prática dela, financiou uma especialização [...] para trazer um pouco das boas práticas de lá (G4).

Conforme se vê, as gestoras demonstram apoiar o autodesenvolvimento ao flexibilizar as escalas do trabalho; negociar vagas em cursos, junto às instituições formadoras e estimular os profissionais a participarem de cursos. Segundo Silva (2006), quanto maior o nível educacional dos indivíduos, maior será a disseminação do conhecimento. Assim, o profissional deve investir na auto formação e na construção do seu Capital Pessoal, de modo a se tornar um diferencial no mercado de trabalho.

Ressaltamos que, ao investir no desenvolvimento de pessoas, no serviço de enfermagem, a gestora necessita reconhecer os profissionais que geram e aqueles que não geram ativos, visto que a riqueza organizacional é produzida em torno de habilidades e talentos. Pessoas com esses requisitos, segundo Stewart (1998), são talentos nos quais a organização deve investir.

Covell e Sidane (2013) comprovaram, em pesquisa, que as organizações que investem no desenvolvimento do profissional apresentam níveis elevados de Capital humano de enfermagem, associado a níveis elevados de qualidade do atendimento ao paciente.

Segundo Caldas (2014), as Organizações devem focar para a qualidade da formação e treinamento dos profissionais, objetivando evitar dispersão de informações necessárias ao desenvolvimento do conhecimento, e evitar o comprometimento da qualidade do Capital Humano. Vale lembrar, que o conhecimento é a base para o que fazemos e produzimos e que precisa ser administrado e compartilhado com todos os profissionais da organização, conforme Stewart (1998). Essa afirmação é importante, principalmente quando se refere ao trabalho coletivo de enfermagem.

5.2.1.4 Subcategoria 4 – Trabalho coletivo da enfermagem

Registra-se que, a existência de relações hierárquicas na equipe de enfermagem, impossibilita a ideia de trabalho em equipe, pois segundo Rosa (2010), esse tipo de trabalho remete às relações hierárquicas horizontais e há congruência da opinião de diferentes atores, com responsabilidade e colaboração coletiva. Nesse sentido, adotamos, neste estudo, o termo Trabalho Coletivo.

Dessa maneira, o trabalho coletivo, para a autora, se estabelece em um grupo mínimo de duas pessoas, que interagem de forma interdependente e dinâmica e com objetivos comuns, sendo efetivo quando os envolvidos têm autonomia. Nesse sentido, podemos afirmar que o trabalho coletivo da enfermagem são atividades realizadas e articuladas com enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e outros profissionais de apoio administrativo.

As gestoras, participantes do estudo, articulam o trabalho coletivo, ao envolver os profissionais no planejamento, na construção dos processos e na avaliação dos resultados por desempenho, para a promoção de um ambiente organizacional eficiente e eficaz.

Sempre que a gente vai implantar alguma coisa, a gente vai na área, ouve, também é um dos objetivos da instituição envolver os nossos colaboradores na construção dos processos[...] (G4).

As mudanças que nós fizemos ai, fizemos sempre assim, em grupo, criando inclusive um projeto piloto, uma unidade piloto, implantando, avaliando para depois expandir [...]. Eu não consigo trabalhar sozinha, eu acho que o trabalho precisa ser feito em grupo, com opiniões [...] (G8).

[...] a gente procura saber, ouvir de cada profissional porque que a gente não está conseguindo alcançar aquela meta, para poder a gente melhorar [...]. Hoje não temos como não trabalhar em equipe de forma integrada e de forma sistêmica [...] (G6).

[...] também é bem claro a necessidade da importância de trabalhar em equipe de forma multiprofissional, para que a gente possa atingir os objetivos que queremos, que é atingir, no final, a satisfação do nosso cliente (G6).

A importância e a necessidade do trabalho coletivo foram citadas pelas enfermeiras gestoras, quando referiram estimular a participação de todos para a construção e reconstrução dos processos, ouvindo e discutindo de forma coletiva. Nesse sentido, para Rosa (2010), a organização do trabalho coletivo favorece a *performance* e a qualidade do serviço de enfermagem, ao utilizar uma comunicação eficaz e a manutenção de boas relações entre seus membros, resultando em melhores cuidados. Saber desempenhar o trabalho coletivo é um requisito importante e essencial para os profissionais da enfermagem. As pessoas que trabalham juntas produzem resultados mais valiosos do que aquelas que trabalham individualmente, pela diversidade de ideias que lhes permitem articular, combinar recursos limitados e inovar, fundamentados no sentir, julgar, criar e desenvolver.

O papel da gestora é outro aspecto importante apontado pelo autor, no sentido de direcionar o trabalho coletivo para atividades que resultem em inovação, a fim de minimizar o trabalho burocrático, irracional, inútil e as competições internas (STEWART, 1998). Organizar o trabalho é função de gestão, e quando compartilhada, gera situações em que os próprios profissionais são convocados a produzir escolhas, sobre a sua atuação (BRASIL, 2011).

O trabalho coletivo não é espontâneo e nem ocorre de forma generalizada, ele se estabelece por processos de negociação e experimentação e não será igual em todos os hospitais, assumindo características impostas pela cultura organizacional e o grau de disposição e/ou reatividade coletiva. Assim, ele desfragmenta o trabalho e busca articular diferentes saberes tecnológicos (ROSA, 2010).

Entende-se, também, que o ambiente interfere na produção, em todos os sentidos: em relação à estrutura física; às condições de trabalho e às interações dos colaboradores que

ocupam cargos hierárquicos ou de colegas que realizam trabalho em grupo. O ambiente organizacional foi descrito pelas gestoras, conforme depoimentos abaixo:

O ambiente organizacional é um ambiente bom, as pessoas conseguem se relacionar e tem uma outra característica [...] apesar de ser gerente de enfermagem, eu também sou responsável pela nutrição e pelo serviço social [refere-se a diretoria técnica] então isso acaba interagindo um pouco as equipes (G2).

A gente procura também criar um ambiente com um clima organizacional que as pessoas se sintam bem a vontade para pode estar colocando a sua opinião, dar também sessão de feedback de relação interpessoal (G6).

A gente se preocupa com o clima do ambiente, pede para reavaliar se o profissional está adequado a área, se o estresse tem a ver com a área, a gente manda a medicina[refere-se a ocupacional] fazer uma análise do clima daquela área [...] (G7).

O ambiente organizacional é um ambiente harmônico, todos gostam de trabalhar aqui (G11).

O ambiente é de abertura, confraternização e aproximação entre chefias e profissionais (G12).

É o ambiente que promove espaço de criação, valoriza as iniciativas e as relações interpessoais positivas, que são fundamentais para a permanência das pessoas no trabalho, ampliando os vínculos na organização e favorecendo a vida nesse trabalho. Segundo França e Kanikadam (2008), manter a qualidade de vida no trabalho é uma competência de gestão que fortalece as pessoas, eleva a autoestima e promove a saúde biológica, psicológica e social.

Quando existe um ambiente de trabalho harmonioso ficam visíveis comportamentos construtivos que, certamente, aumentarão a produtividade e a qualidade de vida do profissional, principalmente quando o trabalho é prioritariamente coletivo, como é o da Enfermagem. Nesse contexto, o estabelecimento e a manutenção de relações interpessoais harmoniosas são estratégias utilizadas pelas gestoras no gerenciamento de conflitos/feedback e como forma de compartilhar e definir ações de melhoria e avaliações de processos.

As gestoras do estudo referiram-se as reuniões como estratégias para o desenvolvimento de relações interpessoais:

A gente trabalha muito a questão do relacionamento interpessoal; a gente tem um treinamento grande, que trabalha relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, não fala nada de técnica, só relação entre as pessoas (G4).

Faz festa, um café, alguma coisa, aniversário, a gente faz[...] procura fazer para unir a equipe, então a gente procura fazer não só com enfermeiro, mas com o técnico, também (G10).

A gente exige muito do profissional, essa questão do relacionamento interpessoal [...] exige de a gente estar buscando que, cada vez mais o profissional entenda a importância das relações interpessoais em seu ambiente de trabalho (G3).

A preocupação da gestora para a manutenção de relações interpessoais produtivas é, evidentemente, essencial para o trabalho coletivo inerente a enfermagem.

O ambiente de trabalho precisa estar em estado de harmonia e integração, para que não haja desgaste físico ou descontrole emocional, capazes de gerar condições de risco para o trabalhador, os clientes e o patrimônio organizacional (TRAESEL; MERLO, 2011).

Nesse sentido, a administração de conflitos é uma estratégia que as gestoras fazem uso para manter o ambiente organizacional saudável, a exemplo:

[...] quando tem algum momento de conflito maior a gente está próxima acompanhando junto com a diretoria para que esse relacionamento não se desgaste no desenrolar do trabalho (G3).

[...] o *feedback* comportamental, é uma ferramenta importante porque ai a gente vai estar desenvolvendo uma relação saudável, e isso a gente procura também estimular bastante [...] (G6).

Entende-se que sofremos influência do ambiente e que o influenciemos. Esse fluxo precisa ser equilibrado pela atuação das gestoras em promover um ambiente positivo e de qualidade, reduzindo conflitos, tensão ou estresse, gerados por relações interpessoais difíceis. O diálogo nas relações é fundamental, assim como o entendimento de que conflitos interpessoais interferem na continuidade do cuidado, e esses problemas repercutem em posturas inadequadas e no negligenciamento do cuidado (AMESTOY et al, 2014).

5.2.2 Categoria 2 – Gestão de processos operacionais

Nesta categoria, apresenta-se como as enfermeiras gestoras realizam a gestão de processos operacionais, representado por duas subcategorias: tecnologia assistencial e tecnologia administrativa. Na gestão de processos, os gestores articulam recursos e atividades, para alcance de objetivos e metas, a fim de gerar resultados (BIAZZI; BIAZZI; MUSCAT, 2006).

5.2.2.1 Subcategoria 1 – Tecnologia Assistencial

As tecnologias assistenciais gerenciadas por enfermeiras englobam saberes e habilidades aplicadas no desenvolvimento de processos e do conhecimento, ou seja, modo de fazer para e no cuidado. Para Rocha et al (2008), a depender da natureza do cuidado a ser prestado, a Enfermagem pode utilizar a tecnologia dura, ao utilizar instrumentos e equipamentos ou a tecnologia leve- dura, como o conhecimento estruturado, teorias e modelos; e a tecnologia leve, nas relações de vínculo e acolhimento.

Nesse sentido, as gestoras do estudo referiram utilizar as tecnologias duras e a produzirem as tecnologias leve- dura e leve, que representam a inovação para o processo assistencial na organização: aplicação de novas ideias, oriundas de conhecimentos e experiências validadas; adoção de melhores práticas; aperfeiçoamento de processos, modelos assistenciais e protocolos, exemplificados pelos excertos:

Eu gosto muito de inovar aqui, de ter uma ideia boa, eu fiz um curso... quando eu cheguei lá eu fiquei apaixonada com tudo que eu aprendi, eu implantei aqui e deu certo (G10).

A gente sempre tem procurado inovar dentro da nossa área [...] a gente pega uma coisa de um hospital grande e traz isso para uma realidade, até para cumprir todas as normas da vigilância [...] (G11).

A gente sempre está inovando. Agora mesmo, a gente está tentando ajustar alguns formulários, aplicar algumas escalas [...] de avaliação e prevenção [...] aquela de segurança do paciente, queda, decúbito, a gente está tentando entrar nesses métodos assistenciais, estamos nesse processo (G9.)

Boas práticas que a gente adota baseadas em evidencia científica, mas existe as boas práticas que até o próprio funcionário, o técnico de enfermagem, o enfermeiro assistencial, sugerem [...] construir novas ações para melhorar a prática de enfermagem. [...] (G4).

Eu acho que a enfermagem é um ambiente cheio de inovação e tanto o técnico, o enfermeiro, se a pessoa está diante do problema, ele também vai buscar a solução para o problema, então, a maioria das vezes, essa inovação vem da atitude daquele funcionário [...] (G5).

As gestoras referiram que o serviço de enfermagem é rico em inovação, proveniente da solução de problemas e das transformações dos processos assistenciais. Entretanto, essa inovação não deve surgir apenas da solução de problemas, mas também, surge como resultante de estratégia de gestão do Capital Humano, baseada na aplicação do conhecimento de profissionais que sejam úteis para a organização, para a saúde e para o crescimento

profissional. Assim, fica evidente que as necessidades surgidas no cotidiano do trabalho e a capacidade decisória proveniente dos talentos, aliadas ao espaço oferecido para a criatividade e a iniciativa, podem incrementar a inovação na Enfermagem.

A inovação na Enfermagem implica no desenvolvimento de novas tecnologias nas diversas dimensões de cuidado, aproximando, somando, unindo os diversos saberes e tecnologias, para a integração das partes em um todo e vice-versa (BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

Nesse sentido, produz conhecimentos tecnológicos, em vários níveis de aplicabilidade, e está em conformidade com a Lei 10.973, de 2 de dezembro de 2004, que dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo. Essa Lei, no seu inciso 4, define a inovação como a introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social, que resulte em novos produtos, processos ou serviços (BRASIL, 2004). A inovação de produto e serviço, para Gubiani (2011), é um bem ou serviço novo ou melhorado em suas características.

O aperfeiçoamento de processos e a implantação de programas são tecnologias inovadoras, relatadas pelas gestoras:

A produção em termos de tecnologia foi construída pela enfermagem [...] implantamos programas de qualidade, ambiente organizacional, relações interpessoais, reuniões mensais [...] (G1).

[...] diretrizes clínicas também são feitas pela enfermagem e, além de tudo, isso a gente faz, esse monitoramento e acompanhamento (G3).

O aperfeiçoamento de processos; como a gente tem uma notificação das ocorrências adversas de todos os setores, pega esses dados, tabula, vê a maior incidência, qual é a ocorrência adversa de maior incidência, e em cima disso as áreas fazem um programa de ação para minimizar esses erros (G11).

[...] aperfeiçoamento contínuo [...] tudo o que for para melhorar a segurança do paciente e que precisa estar aperfeiçoando em termos de processos [...] a gente tem muito isso focado, se é para a segurança do paciente (G6).

O hospital é acreditado e tem que passar naturalmente anualmente por avaliação, obrigatoriamente a gente precisa mostrar inovação dos processos, aperfeiçoamento de processos [...] (G7).

Considerando as falas acima, tem-se que todo trabalho pode ser considerado um processo, como meio de proceder à atividade, que transforma entradas em resultados, sendo passível de melhorias e desenvolvido quando as organizações oferecem produtos e serviços mais ricos em valores intangíveis (LIMA, 2006).

O aperfeiçoamento de processos consiste na análise de todas as atividades que compõem cada um deles, e está associado, pelos gestores, à melhoria contínua, reengenharia, inovação, reestruturação ou redesenho. Visa mudanças significativas, a fim de adequar as atividades às necessidades da organização e dos clientes, para alcance de vantagem competitiva, ou para melhorias, que proporcionem ganhos gradativos e contínuos de desempenho (BIAZZI; BIAZZI; MUSCAT, 2006). O aperfeiçoamento de processos na gestão de enfermagem é fundamental para acompanhar a evolução tecnológica, as mudanças no contexto organizacional e assegurar a qualidade da assistência ao cliente.

A implantação de programa direciona ações a serem executadas, como modo técnico de intervenção, para produzir assistência e requer planejamento, visto ser uma proposição de trabalho. A exemplo, o Programa de Qualidade e de Certificação e Acreditação Hospitalar é que direciona a adequação de processos em nível assistencial, administrativo, ensino e pesquisa, além de proporcionar mudanças na atuação do profissional, ao lhe oferecer segurança nas suas atividades e na melhoria dos processos, para o atendimento ao cliente (VELHO; TREVISIO, 2013).

Temos que, as gestoras produzem tecnologias assistenciais, quando elaboram, implantam e atualizam protocolos para o desenvolvimento do processo assistencial:

[...] todos os protocolos de enfermagem estão implantados e revisados, todos atualizados, e isso é feito pela equipe...são sistemáticos esses protocolos, já é algo deliberativo da enfermagem (G2).

Os protocolos dos modelos assistenciais foram feitos pela enfermagem que revigora todos os POPs institucionais (G3).

Temos protocolo de tudo aqui, a gente não tinha, mas agora a gente tem um conceito de qualidade no hospital (G10).

Os protocolos foram elaborados e implantados pela enfermagem e construído em equipe, são protocolos clínicos e administrativos (G12).

Quando as gestoras referiram que existem protocolos no serviço, entende-se que são os protocolos utilizados para o cuidado e os processos administrativos. Existem protocolos clínicos, direcionados para o manejo do cliente, em determinadas situações, como ações preventivas, promocionais e educativas, e os protocolos administrativos para organização do trabalho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A elaboração, atualização e utilização de protocolos têm sido uma realidade no serviço de enfermagem, visto que essas ações sistematizam e norteiam a assistência, com base em

evidências científicas. Trata-se de uma construção coletiva e faz parte das recomendações do programa de qualidade no serviço de saúde. Portanto, é uma tecnologia leve-dura, produzida pela Enfermagem, consistindo em uma inovação, que contribui para as melhores práticas no atendimento ao cliente e para o desenvolvimento do Capital Estrutural da organização (ROCHA et al, 2008).

Para Alves et al (2014, p.180), o “protocolo de enfermagem é um instrumento de empoderamento e transformação da prática [...], que fortalece a estrutura científica a partir do respaldo em evidências científicas”. Desse modo, os protocolos são baseados em informação científica e auxiliam no manejo de um problema específico ou de uma circunstância clínica (BRASIL, 2008).

As gestoras referiram utilizar a tecnologia dura para agilizar o processo assistencial, exemplificado nos recortes das falas abaixo:

[...] a gente diminuiu muito o tempo do técnico de enfermagem... faz a glicemia beira leito, ela já sai no controle automaticamente... hoje não; lá na beira leito, com o aparelho, a gente já faz todo esse processo e sem demandar esse tempo (G4).

Os monitores agora estão integrados com toda a área eletrônica e aí isso também vai demandar uma mudança no processo de trabalho na enfermagem, por causa de uma tecnologia nova [...] mas todos com a ideia de reduzir tempo de processo de trabalho [...] a gente consegue fazer isso na própria tela do monitor sem precisar sair pra outra área (G7).

Tecnologia em hospital público [cita o hospital] é pioneiro. Acho que faz tudo, a gente só não tem ressonância magnética, mas de exame e procedimento a gente faz tudo, faz tudo, tecnologia a gente não tem nenhum problema (G9).

Equipamentos que facilitam o trabalho de enfermagem são utilizados pelas gestoras, que trabalham em organizações hospitalares públicas e privadas. O uso de tecnologia dura, faz parte da estrutura do atendimento de enfermagem, aos pacientes em situações críticas de saúde, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Central de Material, hemodinâmica e hemodiálise.

O avanço da tecnologia exige atualização e adaptação constante dos profissionais, e a gestão desses recursos para otimizar seu uso e evitar danos, por utilização inadequada. Entretanto, para Baggio, Erdmann e Sasso (2010), o manuseio de uma nova ferramenta tecnológica é inicialmente entendido pelos profissionais, como uma atividade extra que diminui e sobrecarrega de trabalho, provocando posturas, opiniões e comportamentos distintos. A tecnologia assistencial produzida e utilizada pela enfermagem é inerente ao seu

trabalho, porém para assegurar a qualidade da assistência, torna-se essencial desenvolver ações, baseadas em evidências científicas e na gestão assistencial. Essas ações são consolidadas, quando as enfermeiras gestoras desenvolvem e utilizam tecnologias administrativas, na operacionalização dos processos e produção do trabalho da Enfermagem.

5.2.2.2. Subcategoria 2 – Tecnologia administrativa

A tecnologia administrativa, utilizada pelas enfermeiras gestoras, engloba saberes e habilidades, aplicadas no desenvolvimento de processos gerenciais, e na aplicação do conhecimento, a fim de otimizar a produtividade do serviço e alcançar as metas organizacionais. Para isso, foi importante para as gestoras descrever o tipo de gestão e estratégias de operacionalização do serviço, utilizadas por elas, as quais estão exemplificadas nos excertos das falas:

A minha gestão é totalmente descentralizada. Eu não tenho uma gestão corporativa [...] eu tenho assessoria técnica, tenho supervisão administrativa 24h, sempre um supervisor dentro do hospital que responde todas as questões técnicas e administrativas, nas 24h (G9).

Eu utilizo o plano de ação, que é uma coisa mais estratégica [...] A gente tem comissão de controle de infecção, comissão de processamento de artigo, que a gente não tinha e implantou; comissão de revisão de prontuário e alta, comissão de ética, que a gente tem feito essas comissões realmente atuar (G11).

A gente trabalha com as comissões na enfermagem, ligadas a coordenação geral de enfermagem, essas comissões são [...] a referência para a assistência, no sentido de trazer evidências, trazer boas práticas e elaborar, também, boas práticas junto com a equipe [...] (G4).

A gente colocou umas caixinhas nas unidades para as pessoas sugerirem o que deveria ser feito, alguma mudança, eu fiz e ficou legal; o pessoal participou, ficou uma gestão participativa [...] (G10).

A gente procura sempre estar envolvendo para que eles [refere-se a equipe] conheçam e participem [...] por exemplo, como é que está sua área em termo de rentabilidade, em termos de produção, que pontos poderiam ser melhorados, aí é uma administração bem participativa (G6).

A gerência é um processo de liderança, que se coloca na linha do saber e da competência, pautada na habilidade de interpretar pessoas, gerenciar as emoções e os potenciais dos profissionais sob sua responsabilidade, além de dominar conceitos envolvidos no exercício da Enfermagem e domínios de métodos, que envolvam o planejamento, tomada

de decisão, supervisão e auditoria, para que o cuidado ocorra de forma eficiente e eficaz (CARDOSO et al., 2011),

Para Trevisan et al (2011), o estilo de gerenciar pessoas e serviços está mudando para uma postura administrativa mais humanizada, aberta, flexível e que valoriza o aprendizado contínuo. Esse estilo de gerencia está fundamentado em paradigma que contempla a valorização das pessoas, desde que seja desenvolvido em uma organização, que tem foco na criatividade, inovação e excelência da qualidade. Destarte, não cabe padrões obsoletos em novas realidades.

As gestoras deste estudo referem utilizar gestão participativa, corporativa, e modelos de organização do trabalho, através de comissões, planos de ação, indicadores de avaliação, metas e resultados. A gerência participativa impulsiona novas ideias e opiniões, compartilhamento do conhecimento e participação nos processos decisórios, sendo importante que o gerente exerça liderança, de forma a orientar e facilitar essas atividades (LIMA, 2006). O uso do modelo de gestão participativa, e a constante busca de encontrar formas para dar visibilidade à produção da profissão, devem fazer parte dos avanços na gestão da Enfermagem.

A gerência participativa, descentralizada ou corporativa é definida pela forma de liderança exercida pelo gestor. Em qualquer uma dessas formas, o que se espera para desenvolver a gestão do CI, é que a gestora atue de maneira aberta e flexível, estimule à motivação, a autonomia, a participação, a cooperação e proporcione condições para que o profissional aplique o seu potencial criativo e se comprometa com os resultados (STEWART, 1998).

O modelo desenvolvido nos Estados Unidos, *Nurse Leadership Institute (NLI)*, apresenta linhas de competência para gestoras na enfermagem, a exemplo de: poder pessoal; efetividade interpessoal; gestão de recursos humanos, cuidados com o *staff*, com pacientes e consigo mesmo; pensamento sistematizado; otimismo e capacidade de tomar decisões na resolução de problemas. Nesse modelo, há a valorização do humano, poder pessoal da gestora, dos profissionais, clientes e a efetividade das relações e gestão de pessoas, com vistas ao Capital Intelectual (CARAMEZ, 2010).

As gestoras utilizam indicadores, construídos pela Enfermagem, para avaliar processos assistenciais e administrativos, que norteiam a análise periódica das ações para a tomada de decisão, na prevenção de riscos assistenciais, melhorias contínuas e resolução de problemas administrativos. Como mostra os recortes dessas falas:

A gente já consegue ter pelo menos todos os nossos indicadores e dados pelo sistema que aí existe [...] a gente tem até acompanhado os indicadores mensalmente, também feitos pela enfermagem (G2).

Tem outros indicadores que a gente tem; absenteísmo, tudo formatado, por dia, por turno, por nome do colaborador, por pessoa; quando a gente vê aquele colaborador que se repete, a gente analisa em reunião (G7).

A gente tem trabalhado com indicadores e com monitoramento [...] os indicadores a gente avalia mensalmente, tanto os indicadores assistenciais, quanto aos indicadores gerencias [...] então a gente tem indicadores de absenteísmo, a gente tem risco de queda com assistencial, escala de gerenciamento da dor [...] erros de administração de medicamentos; então, alguns indicadores são pontuados, e esses são mensalmente avaliados e analisados (G3).

Nós enxergamos através de indicadores [...] é sistematizado [...] avaliar aqueles indicadores, saber retirar dali novas ideias, fazer os planos de ação, a história das melhorias contínuas (G5).

A gente trabalhava com indicadores, [...] a gente mostrava esse resultado e eles [refere-se aos profissionais] ficavam muito ansiosos por esse resultado [...] (G1).

No processo administrativo, os gerentes precisam avaliar sistematicamente, com uso de indicadores, todas as atividades realizadas no serviço para atender o Programa de Qualidade (LIMA, 2006).

Para a gestão do CI, é imprescindível construir indicadores específicos, selecionar e trabalhar informações necessárias, com objetivo de medir fator impactante na organização. Isso exige observação e metodologia organizada e sistematizada, sem desmerecer os indicadores tradicionais, que, às vezes, só fornecem informações. Nesse aspecto, historicamente, é destaque nas ações gerenciais da enfermeira a elaboração e utilização de indicadores, a fim de avaliar a equipe sistematicamente.

Em estudo realizado por Kurcgant, Melleiro e Tronchin (2008), foram identificados indicadores gerenciais, como: número de horas de treinamento/funcionário; investimento institucional/funcionário; absenteísmo e rotatividade, na dimensão qualitativa, para o conhecimento das causas que levam a ausências no trabalho; saúde do trabalhador e a qualidade de vida no trabalho; remuneração adequada e a progressão na carreira. As autoras identificaram a necessidade de treinamento para os profissionais de enfermagem, que fosse focado em competências técnico-científicas, em competências socioeducativas e ético-políticas.

A gestão de custos faz parte do trabalho das gestoras no processo operacional e envolve a tecnologia administrativa, senão vejamos:

Sobrevivência financeira do hospital, a enfermagem participa muito desse processo [...] procuro passar muito, principalmente para equipe de técnicos, ter o cuidado, ter o zelo, ter a consciência do que é o desperdício... (G2).

A implementação de todo material descartável foi justamente fazendo o levantamento de custo benefício e implantando materiais descartáveis (G8).

Observamos nos relatos que as enfermeiras atuam no controle de custos de várias formas, como: ao evitar desperdícios; prevenir danos aos equipamentos; uso racional de materiais; redução de retrabalho e avaliação de benefícios, para implementação de mudanças que possam elevar os custos assistenciais. Assim, é imprescindível o controle de custos no contexto hospitalar, seja público ou privado, pela alta complexidade dos serviços oferecidos.

O custo, para realização de todas as atividades assistenciais, deve ser administrado para que o orçamento esteja de acordo com o previsto pela organização, e possa garantir a realização dos procedimentos propostos, com segurança para aos usuários (clientes/colaboradores) e assegurar a manutenção da assistência aos pacientes. Desse modo, é importante a racionalização na utilização de recursos materiais, o que envolve o controle de estoques, evitando excessos, gerando perda ou escassez de capital, o que pode implicar na interrupção do serviço.

As enfermeiras, também, controlam a estrutura física e demais recursos considerados de longa duração, como mobiliários, instrumentos cirúrgicos e equipamentos, os quais precisam de cuidados e manutenção, a fim de evitar danos e depreciação. As gestoras do estudo revelaram que fazem a previsão e provisão de todos os recursos necessários aos serviços. Para isso, há necessidade de se relacionar com fornecedores para o conhecimento e aquisição de novos produtos e equipamentos destinados ao serviço, conforme relatado:

A gente tem parceria com o fornecedor; assim, eu tenho na minha agenda toda a sexta-feira de manhã destina a recebê-los [...] existe todo um fluxo, eu recebo [...] vejo toda a proposta, encaminho para suprimentos [...] eu vejo tal dispositivo, tal curativo, não tem problema, traz para cá, passa na Comissão de Compras, porque também precisa ver a viabilidade econômica [...] (G4).

Eu recebo, eles [refere-se aos fornecedores] conversam, e vejo e peço para eles entregarem a medicação na farmácia [...] A gente participa sim, todo medicamento que a gente vai comprar para o hospital, a especificação da enfermagem, a gente especifica, passa para a área de compras (G11).

Temos serviços prestados por empresas terceirizadas, higienização, esterilização de materiais especiais e fornecedores de consignados, por exemplo, (G12).

A relação com fornecedores de produtos e equipamentos utilizados no serviço, foi destacada pelas gestoras. Os fornecedores são parceiros e clientes em potencial e influenciam positivamente a inovação e as mudanças da estrutura organizacional. Manter parceiros que proporcionam relações comerciais de credibilidade e confiabilidade, faz parte das ações gerenciais (STEWART, 1998).

A relação com fornecedores deve objetivar o estabelecimento de clima de confiança, com benefícios mútuos, gerando, dessa forma, uma parceria importante. Nessa parceria, o fornecedor participa do desenvolvimento do projeto do produto, de melhorias do processo produtivo do seu cliente, contribuindo para qualidade do serviço. O cultivo de bons e dedicados fornecedores é uma forma de capital, que pode ser mensurada e capitalizada como recursos da organização, para aumentar os esforços de *just-in-time*, a qualidade, além de reforçar a velocidade necessária, para atingir as metas de comercialização (VAZ et al., 2015).

Desse modo, atualmente, existem em muitos hospitais serviços organizados especificamente para esse fim, e a enfermeira continua participando desse processo, fazendo parte da equipe que desenvolve essas atividades. É crescente, também, a participação de empresas terceirizadas, que prestam diversos serviços de apoio, com a participação efetiva da gestora, a qual mantém relação direta no acompanhamento e avaliação dos serviços que são prestados (STEWART, 1998).

Outro aspecto importante é que a qualidade de relacionamentos da organização com clientes e fornecedores, garante espaço no mercado, ampliando o fluxo de produtos e serviços (GRACIOLI et al, 2012). Faz parte também das estratégias utilizadas pelas gestoras para a operacionalização da tecnologia administrativa, a abertura, valorização de ideias e atitudes oriundas dos profissionais, durante o exercício do trabalho, na resolução de problemas.

[...] tanto o técnico, o enfermeiro, se a pessoa está diante do problema, ele também vai buscar a solução para o problema; então, a maioria das vezes, essa inovação vem da atitude daquele funcionário; ele tá capacitado, ele tá diante da situação e ele apresenta a sugestão (G5).

[...] utilizo muito aquele profissional, que ele faz bem e se esse conhecimento não está ainda padronizado, então eu parto dele, para a gente padronizar... quando a gente padroniza ele se sente reconhecido, então é uma coisa que traz uma experiência muito boa (G6)

[...] a gente sempre está avançando, eu tenho algumas pessoas, alguns colegas aqui que trabalham em outros hospitais, com um avanço maior tecnológico, que consegue trazer sempre alguma inovação (G9)

[...] o técnico sugeriu assim e assim [...] vamos experimentar, se não der certo... mas se der certo, é bom. Eu acho que isso faz com que ele se sinta mais perto [...] eu gosto muito disso (G10).

A gestora, quando valoriza a opinião do grupo, permite e estimula a manifestação criativa dos profissionais, amplia a capacidade de inovação, o desenvolvimento do serviço e aumenta o comprometimento de todos (CALDAS, 2014).

O espaço de criação, para Stewart (1998), só ocorre quando há infraestrutura apropriada nos ambientes físico, virtual e mental, favorecendo o seu desenvolvimento e a aplicação do conhecimento, iniciativa e envolvimento com o trabalho, ao se valorizar as opiniões das pessoas. Fica claro o esforço das gestoras em proporcionar esse espaço, e o reconhecimento de que precisam melhorar nesse sentido.

A participação da enfermagem nas decisões da organização está exemplificada nos seguintes recortes das falas:

As ideias de enfermagem eles acatam [refere a direção do hospital] a enfermagem produz riqueza dentro da instituição... acho que a referência é muito forte, eu faço com o apoio de todos [refere a equipe] (G1).

Aqui a enfermagem participa muito dos processos e das decisões do hospital como um todo [...] a gerência médica como na diretoria médica, eles costumam ouvir bastante, não só a mim como a minhas coordenadoras também (G2).

Os gestores de enfermagem participam das decisões, a diretoria nos envolve, [...] eu acho que isso é importante [...] quando tem alguma decisão, a diretora vem e pergunta para a gente, claro que quando está diretamente relacionado com a nossa prática [...] a gente faz muito e produz pouco como cientista: constrói vários processos, facilita a prática e não compartilha [...] (G4).

A enfermagem no nosso hospital é bastante respeitada, bastante convidada a opinar, participar das decisões e ela é bem participativa e ela é reconhecida e respeitada, um respeito grande por parte de todos (G6).

As gestoras referem que a diretoria e a gerência médica ouvem a enfermagem, mas não deixam claras a sua participação no processo decisório do hospital. No entanto, a Enfermagem detém informações e conhecimentos sobre o funcionamento organizacional e sobre as necessidades dos clientes, que são capazes de permitir que ela seja elemento importante na definição das políticas e decisões organizacionais. A organização é uma das funções básicas da gestão/administração, e consiste em uma atividade complexa, envolvendo a definição das pessoas, tecnologias, materiais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos organizacionais (LORENZETTI, 2014).

Na gestão de Enfermagem, um processo de comunicação claro, rápido e efetivo, utilizando os meios tradicionais, como a reunião, ou a tecnologia da informação, é importante para compartilhar conhecimentos e agilizar os processos operacionais. As reuniões formais são utilizadas pelas gestoras para comunicar e decidir, conforme os depoimentos abaixo:

O processo de comunicação com as enfermeiras de outras unidades é através de comunicação direta e reuniões [...] a reunião é para a gente sentar, programar alguma coisa nova, socializar se aquilo for crescimento para grupo, se não, a gente resolve na hora [...] (G9).

[...] nós temos lá reuniões semanais, com enfermeiro, com técnicos que estão trabalhando nos dias [...] no processo de comunicação, a equipe tem que estar ciente do que é que se espera deles em termos de resultados, para que a gente possa estar acompanhando [...] avaliando, revendo onde é que a gente precisa melhorar [...] (G6).

[...] todas as áreas, elas têm um programa de ação, e, em reunião, se discute, estuda e ver como aplicar essas ações; então, todo o grupo de coordenação reunido [...] uma ação que aplica num lugar, aplica no outro [...] é levado para toda equipe [...] (G11).

As gestoras referiram reuniões frequentes, objetivando planejar e socializar experiências e avaliar resultados. Reuniões são utilizadas como meio de obter mudanças, e quando bem planejadas e coordenadas positivamente, favorece a qualidade dos processos organizacionais. Porém, estudo sobre os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público constatou a insatisfação de enfermeiras gestoras sobre o excesso e improdutividade das reuniões, que se limitavam a reproduzir informações, cobranças e diretrizes normativas (MOTTA; MUNARI; COSTA, 2009).

A comunicação organizacional é importante ferramenta de gestão, que integra e coordena o fluxo de informação, permitindo o compartilhamento e padronização de ações. As falhas e barreiras da comunicação provocam ruptura nesse processo e comprometem a qualidade do trabalho (MANZO; BRITO; ALVES, 2013). A comunicação efetiva, através do diálogo, interação e compartilhamento de ideias entre gerentes e profissionais, gera impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar (SANTOS et al., 2011).

O sistema de comunicação informacional está implantado ou em fase de implantação no serviço de algumas gestoras de organizações públicas e privadas, possibilitando a realização de reuniões virtuais e comunicação rápida, com aproveitamento do tempo de todos os profissionais. Por outro lado, destaca-se que a operacionalização do processo de comunicação, de qualquer modalidade, precisa ser planejada e efetiva.

O processo de informação gerencial utiliza o sistema computacional, o qual transfere dados básicos para todas as decisões na organização. Desse modo, através da conectividade, as pessoas, mesmo distantes, trabalham juntas e, com o correio eletrônico, podem ocorrer reuniões virtuais, tráfico de documentos e grupos de discussão (ROCHA et al, 2008).

Nós, em termos de sistema [refere a informatização], somos muito desassistidos; nós não temos o prontuário eletrônico [...] é uma briga minha [...] porque a gente sabe da deficiência, e da eficácia de um processo todo interligado (G2).

A gente tem trabalhado muito em apoio do treinamento com a Tecnologia da Informação e o pessoal do Treinamento e Desenvolvimento (G3).

O enfermeiro hoje tem muita coisa burocrática; então, a gente junto, com o TI, a gente está desenvolvendo interatividade, por exemplo, interatividade no sistema que tem nos ajudado (G4).

A gente tem muita ferramenta de informática hoje; então, isso dá muita rastreabilidade e isso ajuda muito na gestão (G7).

Aperfeiçoamento de processo, tudo no sistema, [refere a tecnologia da informação] a gente foi implantando e isso foi um estímulo para a instituição (G1).

As gestoras deste estudo reconheceram a importância de informatizar, para se obter informações rápidas e interligadas no processo assistencial e gerencial. Essa afirmação é corroborada pelo estudo de Labbadia (2011), que aborda os benefícios à atuação da equipe de saúde e à qualidade do cuidado após a implantação de um sistema informatizado, voltado para o gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem.

Para Pereira (2011), uma organização, ao utilizar bem a informação, poderá se transformar naquela que aprende e produz conhecimentos, com vistas a desenvolver e produzir o seu Capital Intelectual. A informação é necessária para o desenvolvimento do processo de trabalho e de mudanças no sistema hospitalar.

Reitera-se que o conhecimento se desenvolve rapidamente e a tentativa de codificá-lo por completo pode ser impossível, principalmente na área da saúde, onde a evolução tecnológica é contínua. Por meios eficazes de gerenciamento, a informação transformada em conhecimento individual é reunida para obter o conhecimento coletivo (SILVA, 2006).

Conforme Stewart (1998), informação e conhecimento podem e devem substituir os ativos financeiros e físicos. A informação precisa ser gerenciada para a descoberta do conhecimento útil, o qual deve fluir rápido e facilmente entre os profissionais. Outro aspecto relevante para o autor é que, na era do conhecimento, os clientes são empoderados pelo acesso a informação.

Prontuários padronizados, baseados em sistemas de processamento digital, têm sido implantados em vários serviços de saúde, que registram informações clínicas e administrativas, envolvendo o cliente na organização. Estes são reconhecidos como de grande impacto e benefício para melhoria dos processos assistenciais. No prontuário eletrônico, as informações sobre a história e trajetória de saúde e doença do cliente são armazenadas e mantidas em rede, compartilhadas com os profissionais e serviços da saúde (BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

Como explicitados nas falas, essa ferramenta vem sendo utilizado, porém, ainda não é realidade para todas as gestoras:

A gente tem trabalhado com prontuário eletrônico (G3).

[...] estamos com o prontuário eletrônico (G5).

O prontuário ainda não está informatizado; o que está informatizado é a consulta de enfermagem, os controles; o mapa de pacientes para você vê o fluxo de paciente no hospital está informatizado (G11).

[...] muitos profissionais falam do tempo no computador, porque como não tem uma mobilidade muito a beira-leito, aí ele sai do doente para fazer isso (G7)

[...] de investimento, muito, nessa área de informática [...] ainda utiliza aquele método bem arcaico que é tudo por escrito [...] a gente tem uma questão de logística da informática aqui... a gente não tem prontuário eletrônico, a gente não tem terminal em todas as unidades (G9).

[...] a gente tem uma rede que é insuficiente para o tamanho do hospital...a gente precisa. A gente está com um piloto de prontuário eletrônico, o único local que a gente tem implantado é na clínica médica (G10).

O uso de rede de informática e do prontuário eletrônico requer investimento em *hardware* (máquinas e seus componentes) e *software* (sistema operacional); manutenção do sistema; treinamento e adaptação dos profissionais, uma vez que pode ocorrer falhas de informações não disponíveis, e dificuldades para abrangência de dados. Sem dúvida, o uso da tecnologia computacional e da informação pela enfermagem é importante para a qualificação do cuidado, destaca a segurança do paciente e da equipe, bem como a otimização das atividades e maior confiabilidade dos registros.

São apontados como aspectos negativos: as cópias de prescrições e o afastamento do profissional do paciente. Nesse sentido, o afastamento do profissional de enfermagem da beira do leito, para alimentar o sistema, foi relatado como fluxo que demanda tempo de trabalho dos profissionais. Ainda, como obstáculos ou dificuldades, citam-se a necessidade de investimento de recursos materiais e financeiros, os quais, entretanto, podem ser contornáveis

pelos benefícios da ambiência do trabalho e o sentimento de orgulho do trabalhador; maior efetividade no processo de comunicação e segurança no processo de cuidado, oferecidos pelo uso dessa tecnologia (MATSUDA et al, 2014).

O banco de dados da organização facilita o acesso do conhecimento e ajuda a enfermagem a trabalhar de forma global. Quanto mais rápido os profissionais recém-chegados puderem aprender aquilo que a organização já sabe, mais rápido podem contribuir com e para ela, sendo importante acumular estoques de conhecimentos (STEWART, 1998).

[...] banco de dados, eu acho que a enfermagem ainda é muito incipiente nessa área de tecnologia (G4).

Os bancos de dados são extremamente importantes, mas, assim, como comunicação, é uma das coisas mais falhas, onde mais falhamos porque eles não são completos (G5).

A parte toda de controle de infecção hospitalar é toda feita em banco de dados [...] e o grupo tem esse banco de dados e depois a gente gera a incidência de infecção, as complicações não infecciosas, depois que o paciente sai, tenho toda a parte de estatística. [...] Eu tenho esse controle no banco de dados [...] eu busco também o processo de comunicação; a gente tem melhorado bastante; saiu agora o protocolo de comunicação efetivo (G11).

Vê-se que, para as gestoras, os bancos de dados são importantes, porém são falhos, incipientes, embora para quem já utiliza, acompanha e controla fluxos, incidências e outros dados, que servem de indicadores para planejamento e avaliação da capacidade instalada do serviço. O banco de dados é recomendado na gestão do CI, por facilitar a socialização do conhecimento e servir de base para a avaliação do serviço e tomada de decisão.

O estudo de Labbadia et al (2011) demonstra que o sistema informatizado para o gerenciamento de indicadores da assistência de Enfermagem de um hospital brasileiro, é uma experiência positiva, dada a criação de banco de dados, que armazena dados pertinentes aos processos assistenciais de Enfermagem, e estão disponíveis para a avaliação dos resultados da assistência, podem ser consultados e impressos em tempo real, quando necessário, constituindo-se em moderna ferramenta de trabalho, capaz de mensurar e contribuir para a qualidade do serviço.

Dessa maneira, a informação disponível e atualizada no banco de dados, para todos os profissionais na organização, socializa e agiliza o compartilhamento do conhecimento no âmbito individual e coletivo, sendo, também, indispensável para evidenciar a produtividade e os resultados. O banco de dados faz parte do Capital Estrutural e pertence a organização (STEWART 1998).

Segundo Baggio, Erdmann e Sasso (2010), o ambiente informatizado, na Enfermagem, integra os processos, relações e comunicação entre os profissionais, estabelecendo redes de informação, e podem ser utilizadas em benefício do cuidado, dos avanços e da utilização dos recursos tecnológicos; sua presença constante na prática da Enfermagem otimiza os processos e o uso racional do tempo.

A cada dia, as organizações tornam-se mais intensivas em conhecimento e informações tecnológicas e, para ter um diferencial em relação às concorrentes, devem facilitar e proporcionar o ambiente informacional, considerando os funcionários como o seu mais importante e valioso ativo, entendendo também, que a segurança do conhecimento, aplicado de forma eficiente, trará a indispensável solidez econômica e financeira para qualquer negócio (SANTOS, 2006).

Ainda, considerando a importância da tecnologia da informática no trabalho da Enfermagem, é oportuno reforçar com o pensamento de Stewart (1998, p.47), que a ascensão do computador não desumaniza as pessoas: “está forçando as máquinas a se adaptarem à nossa humanidade”, visto que a máquina trabalha para o homem e não ao contrário. Portanto, o uso da tecnologia informacional é um diferencial que agrega valor na produção do trabalho, e contribui para o compartilhamento do conhecimento.

As gestoras também informaram participar da gestão, como se fosse o seu próprio negócio. Consideraram a gestão de Enfermagem complexa, e que a maturidade no cargo amplia as condições de visibilidade, conduzindo à eficiência e à eficácia do trabalho:

[...] para assessoria e gerência, o tempo de experiência nisso, titulação, tantos anos de formado é importante pela maturidade que aumenta a visibilidade do todo (G7).

Enfermeiras experientes e competentes ocupam cargo de gestão, vice - direção, auditoria, higienização, licitação, compras e outros por eficiência (G3).

Participamos da construção de tudo como se fosse nosso negócio, salvo algumas questões de viabilidade organizacional (G4).

No exercício da gerência é um aprendizado constante, aprendi a gostar muito de estar aqui dentro [...] porque eu tenho ainda muita coisa para fazer aqui dentro como gerente, muita coisa para investir (G10).

O cargo de gerência é muito complexo; a maturidade é fundamental para a eficiência e eficácia na gestão (G12).

As falas das gestoras em relação à necessidade de maturidade adquirida durante o exercício da gerência, destacam que esta aumenta a capacidade e o desenvolvimento das

funções gerenciais, ampliando a visão do contexto. Santos et al (2013) referem que o exercício da gerência é uma responsabilidade exclusiva do enfermeiro; é um processo coletivo; uma experiência diferencial de vida; conquista da maturidade profissional e um desafio para os enfermeiros, no qual a experiência no exercício profissional e, especialmente, na prática gerencial, possibilita realizar a função com segurança, e o sucesso depende da cooperação e articulação com os demais profissionais de enfermagem, da saúde e dos gerentes/gestores da instituição.

Nesse sentido, Cardoso et al (2011) afirmam que não basta o gerente ter apenas conhecimentos técnicos, mas outros conhecimentos, mediados pelos valores e crenças, incorporados ao longo das experiências, que influenciam o seu modo de agir. Portanto, obtivemos que as gestoras enxergam os indicadores de forma sistemática para a tomada de decisão, sempre levando em conta o custo benefício na implantação de mudanças e a redução do retrabalho e do consumo de tempo em demandas menos efetiva.

5.2.3 Categoria 3 – Gestão do atendimento ao cliente

A gestão do atendimento ao cliente deve ser a prioridade das gestoras de Enfermagem, visto que o cliente é a razão dela existir, e representa o capital mais importante para a sobrevivência da organização. Estratégias para captar e fidelizar clientes devem ser implementadas e a avaliação do atendimento precede ao planejamento das ações, as quais visam satisfazer ou encantar os clientes atendidos no serviço, o que faz parte da qualidade assistencial.

Neste estudo, o termo cliente foi utilizado para denominar o paciente/usuário, visto que ele, na teoria do Capital Intelectual, proposta por Stewart (1998), é um dos elementos formadores mais importantes, sendo fonte de desenvolvimento e inovação na organização.

Ainda, os termos cliente-paciente-usuário são utilizados com o mesmo significado pela Enfermagem. De acordo com Saito et al (2013), o termo cliente é vocábulo atual, pela relação com a qualidade na administração e associação com a inovação na teoria gerencial, reporta-se àquele que usa o serviço e paga por ele, seja no setor privado ou público, através de pagamento direto, convênios ou impostos, e são considerados, portanto, potencial nuclear e complexo das organizações. A autora refere que a terminologia usuário foi mais utilizada pelos participantes do seu estudo, estando vinculada a prestação de serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Afirma, também, que não importa a terminologia utilizada, mas a forma como ocorre a relação dialógica entre os profissionais e cliente-paciente-usuário, como o respeito a autonomia, considerando o serviço de saúde como direito de todos. A

avaliação da satisfação do atendimento de Enfermagem, ao cliente, foi relatada na utilização dos componentes do Capital do cliente pelas gestoras do estudo.

5.2.3.1 Subcategoria 1 – Avaliação de satisfação do atendimento da enfermagem

A avaliação da satisfação do cliente é realizada nos serviços de Enfermagem, utilizando instrumento de avaliação, busca ativa e dados da ouvidoria, cujos resultados resultam em mudanças e aprimoramento do atendimento. Assim, as gestoras utilizam a busca ativa e sistemática, para obter a avaliação do cliente sobre o atendimento e implementam as melhores práticas, norteadas por essas avaliações:

Eu trabalho justamente na busca de que o processo da assistência seja bem feito, viabilizando, inclusive, condições que o hospital possa atender esse cliente, trabalhando de forma indireta, mas buscando a satisfação do cliente (G8).

A gente faz um trabalho todo com foco na satisfação do cliente [...] quando o cliente sai ele preenche um boletim de satisfação, avaliando o serviço; então, esse boletim vem para a gente e a gente leva para o RH [...] às vezes, quando o paciente sugere, a gente implanta e liga para eles para dizer que a gente implantou aquela sugestão que ele tinha dado (G11).

Atender as necessidades dos clientes é motivo de preocupação das gestoras, o que é demonstrado por viabilizar condições para o hospital atender ao cliente, com foco na satisfação. A avaliação realizada quando o cliente recebe a alta e a implantação de mudanças no serviço são utilizadas pelas gestoras. Essa avaliação produz direcionamentos para melhorar o atendimento, no entanto, deve ser realizada durante todo o processo de aquisição ou utilização dos produtos/serviços. As organizações de saúde precisam satisfazer o cliente, de forma semelhante às empresas, que necessitam reter seus clientes, visto que prestam e vendem serviços que o cliente, espontaneamente, não gostaria de receber ou que não são desejáveis: a recuperação da sua saúde ou a manutenção da vida (SAITO et al., 2013)

Segundo Lima (2006), para satisfazer o cliente é necessário conhecer, atender, avaliar e estabelecer parceria com ele. Assim, organizações devem conhecer a percepção e expectativas dos clientes, e analisar frequentemente os resultados dessa avaliação, visto que eles detêm o poder de determinar até que ponto um produto ou serviço atende ou não as suas necessidades, sendo capaz de satisfazer suas expectativas (STEWART 1998).

Quando o serviço tem foco no cliente, deve ter objetivos que atendam às suas expectativas, traduzidas em necessidades importantes, que, por vezes, não são explicitadas. A

satisfação dos clientes, em todos os processos e serviços oferecidos devem atender e superar os seus desejos ou os encantarem (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

As expectativas do cliente fazem parte dos padrões de qualidade, pois quando os serviços atendem as suas expectativas, os resultados são favoráveis na fidelização. Quanto mais se conhece o cliente, mais evidentes se tornam as suas expectativas, possibilitando estratégias de melhoria (POLIZER; D'INNOCENZO 2006). As autoras enfatizam que o cliente ao se sentir valorizado e confiante é capaz de manifestar críticas e sugestões com clareza e sem medos, em relação ao serviço oferecido.

Atualmente, as organizações de saúde se preocupam em atender às expectativas dos clientes para sobreviverem no mercado, estimuladas por programas de qualidade. Esses aspectos, aliados a compreensão de que o enfermeiro gerente deve direcionar suas ações para compatibilizá-las com os objetivos organizacionais e às necessidades do cliente, com vistas a uma melhor assistência de enfermagem, promoverão tanto o crescimento do profissional, quanto da organização (FURUKAWA; CUNHA, 2015),

O uso de instrumento para avaliar a satisfação do cliente é referido pelas gestoras:

A gente construiu também esses formulários de satisfação do cliente, e eles eram muito ativos [...] (G1).

A gente também faz a mensuração da satisfação do cliente [...] (G2).

A gente tem uma pesquisa de satisfação do usuário [...] um dos serviços que é avaliado é o Serviço de Enfermagem (G3).

A mensuração de satisfação do cliente sobre o serviço de Enfermagem é realizada através de formulários próprios, elaborados pelas enfermeiras. Existem instrumentos de avaliação, validados para o serviço, que estão disponíveis e podem ser adaptados de acordo com o contexto organizacional. A pesquisa de satisfação, com uso de instrumento de avaliação, realizada por Freitas et al (2014), permitiu a identificação de potencialidades e deficiências no hospital estudado, fornecendo subsídios para a reorganização das atividades assistenciais, gerenciais e de ensino. Nessa pesquisa, as autoras utilizaram um instrumento validado: versão brasileira do *Patient Satisfaction Instrument*, denominado de Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP). As gestoras referiram utilizar os dados de formulários para avaliar a satisfação do cliente fornecidos pela Ouvidoria, e realizam a busca ativa, através de visitas às unidades de internação.

Outra experiência de adaptação de escalas de avaliação de satisfação foi relatada por Martinho, Martins e Ângelo (2014), que adaptaram e validaram a escala *The Satisfaction with*

Decision Scale (SWD), traduzindo-a para a língua portuguesa. Essa escala tem base em um modelo conceptual, que considera a decisão implementada eficaz quando ela é informada e coerente com os valores determinados. As autoras concluem que a satisfação do paciente tem sido elemento importante na avaliação dos cuidados da Enfermagem, nos impactos das intervenções e qualidade dos cuidados, além do que, associar a satisfação com o processo de tomada de decisão, pode ajudar as enfermeiras, também, no processo de intervenções.

Instrumentos utilizados para a avaliação da satisfação de atendimento ao cliente devem conter elementos para a avaliação das experiências vivenciadas por estes em situações do atendimento, como: forma adequada de acolhimento desde a recepção à unidade prestadora do cuidado; informações e orientações recebidas; trajetória nos diversos setores; agilidade e a resolutividade dos problemas que levaram os clientes à organização.

A busca ativa para a avaliação da satisfação do cliente e a utilização das informações da ouvidoria serve de referências para o desenvolvimento de melhores práticas no atendimento de enfermagem, conforme excertos:

Temos a pesquisa de avaliação, temos visita, que são as buscas ativas mesmo; a gente faz as visitas nos quartos porque o cliente só pega o formulário para dizer que está insatisfeito; então a gente tem essa outra forma de ir buscar também essa avaliação... (G4)

Nós temos um trabalho muito de pró-atividade. Eu não espero que o cliente venha apresentar uma queixa; eu procuro visitar aquele cliente; a gente estimula que seja feita essa visita diária (G6)

Comecei uma busca ativa, fazer o serviço contrário; ela [pessoa responsável] ia orientar os clientes, qual era a importância deles se manifestarem através do opinário (G2)

[...] uma coisa que eu estou sempre analisando é a satisfação do cliente [...] como é que ele verbaliza nos dados da Ouvidoria e nos dados de pesquisa de satisfação do cliente (G8)

[...] a questão da satisfação do cliente, eles trazem muitas informações e a partir dela você também muda muito, mas a gente cresce, a gente transforma e faz a mudança [...] a satisfação do cliente é um dos elementos de mudança que sempre provoca isso. Estimulamos os pacientes para avaliar o serviço (G5)

[...] procuro saber o que é que a gente precisa melhorar para atender a satisfação dele, e com isso a gente tem, eu acredito, melhorado bastante a questão da satisfação do cliente [...] (G6)

A gente tem a Ouvidoria, que é uma das ferramentas que a gente utiliza para avaliar e classificar as avaliações de satisfação [...] a Ouvidoria, tanto faz do cliente, como do profissional; então eu recebo elogios e críticas, tanto do serviço, quanto dos profissionais (G9)

A Ouvidoria aqui [...] é para os clientes e também os funcionários que estão insatisfeitos com algumas coisas; a Ouvidoria traz aqui e eu chamo coordenadoria [...] tem muita gente aqui que elogia e cita o nome da pessoa. (G10)

A enfermagem na organização hospitalar está presente vinte e quatro horas, por dia, sendo a mais requisitada e, dessa forma, encontra-se mais exposta a situações que, além de produzir elementos estressores, favorece, também, a possibilidade de insatisfações dos clientes (ROSA, 2010). As gestoras utilizam a busca ativa para fazer um atendimento individualizado, para obter informações ou reclamações e fazerem mudanças, reestruturação e inovação no serviço.

Lorenzetti et al (2014) consideram fragilidades da gestão em saúde, no Brasil, a ausência ou cultura incipiente de avaliação dos resultados desses serviços. A auditoria é mais comum, e está focada em custos e aspectos financeiros, porém a acreditação hospitalar vem mudando esse contexto, onde é necessário implantar e manter determinados padrões de qualidade no resultado do serviço, a exemplo da avaliação da satisfação do cliente.

Nesse contexto, muitas organizações hospitalares não valorizam ou tratam de forma eficaz as reclamações recebidas, porque o cliente, por falta de opção, não tem como escolher o hospital ou o profissional. A falta de concorrência contribui para essa postura. As organizações não compreendem que as reclamações são um dos meios mais eficazes para que os pacientes-clientes-usuários informem caminhos para melhoria da assistência prestada (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

No entanto, os relatos das gestoras apontam para a utilização das informações da Ouvidoria para identificar queixas ou insatisfações dos clientes e implementar melhorias no atendimento.

A Ouvidoria funciona como um setor responsável para receber sugestões e/ou críticas do cliente sobre o atendimento, instalações e serviços oferecidos na organização; é um canal de comunicação do usuário com a gestão, aberto a todos, inclusive profissionais, que serão ouvidos e atendidos em suas reclamações. Quando efetivo, as demandas geradas nesse canal promovem mudanças em organizações, sejam públicas ou privadas. Entretanto, torna-se essencial que a gestão valorize as informações oriundas desse departamento, e que elas subsidiem resultados, favorecendo a todos que precisam do serviço (PEREIRA, 2011).

5.3 PRESENÇA E UTILIZAÇÃO DOS COMPONENTES DO CI NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Apresenta-se nesse item, a presença e a utilização dos componentes do CI na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares.

O Capital do Cliente foi o elemento do CI mais presente na gestão das enfermeiras, obteve 82,6%. O componente com maior média foi Sistema de Parceria/Integração (91,7%) e a menor média foi do componente Captação e Retenção de Clientes (66,7%). A utilização dos componentes do Capital do Cliente ocorre quando as gestoras realizam ações para a Avaliação da Satisfação do Atendimento de Enfermagem, categoria de análise neste estudo. Para isso, as gestoras utilizam instrumento de avaliação, busca ativa e dados da Ouvidoria, cujos resultados desencadeiam mudanças e aprimoramento do atendimento.

A gente faz um trabalho todo com foco na satisfação do cliente (G11)

A gente tem uma pesquisa de satisfação do usuário [...] um dos serviços que é avaliado é o serviço de enfermagem (G3).

Nos componentes desse Capital foram avaliadas variáveis sobre o aumento de atendimento de novos clientes e a fidelização; satisfação do atendimento do serviço e organização e comprometimento, relacionamento e reputação dos profissionais em relação aos clientes e fornecedores.

Nos relatos apresentados pelas gestoras, em relação ao Capital Cliente, o componente Captação e Retenção de Clientes está associado a qualidade do atendimento da organização, voltada para a satisfação do cliente. Ficaram evidentes as estratégias focadas na assistência com qualidade técnica e no atendimento as necessidades do cliente, porém ao se avaliar o nível de sua presença, utilizando os indicadores propostos, foi o único que obteve nível de ausência, o que nos permitem inferir que há lacunas a serem preenchidas por ações direcionadas à satisfação do cliente, de modo a estabelecer rede de relacionamento eficaz, principalmente, para as gestoras que não utilizam a avaliação da satisfação do cliente, em relação ao atendimento de enfermagem.

A Enfermagem, no âmbito hospitalar, atua para atender as necessidades do cliente, que se encontra fragilizado e em situação de diagnóstico ou de terapêutica dos agravos à saúde. Nesse processo, a qualidade da assistência de enfermagem, para a recuperação do cliente, exige ações profissionais competentes, intervindo, identificando e atendendo as necessidades manifestas ou não do cliente, utilizando uma infraestrutura, que possibilite agilidade e a agregação de valor na prestação do serviço.

Para a implantação de programas de qualidade e para se submeter a avaliação da acreditação, os serviços passaram a avaliar a satisfação do cliente, permitindo identificar deficiências e não conformidades. Com base nas resoluções de problemas identificados e no redirecionamento e melhorias dos serviços para atender os clientes, as gestoras consideraram que a Enfermagem tem alto comprometimento com eles, e que se encontram satisfeitos com o atendimento.

Freitas et al (2014) estudou a relação entre a satisfação do cliente e a qualidade da assistência de enfermagem, e constataram alto nível de satisfação do cliente, mesmo com déficit de qualidade, em nível moderado e fraco. O atendimento das necessidades emocionais obteve forte relação com a satisfação e a relação dos profissionais com os clientes culminou em resultados positivos, porém, a existência de vieses, pelo sentimento de gratidão dos clientes por conseguirem atendimento não foi descartada.

Para Stewart (1998), a interação com o cliente permite saber o que esperam e valorizam no atendimento, quais as necessidades expressas e não expressas e quais produtos e serviços são necessários para atendê-lo. O Sistema de Parceria /Integração é um componente, que envolve o cliente e fornecedores e deve ser fortalecido pelo diálogo e interação dos profissionais. Vale ressaltar, que o cliente e o fornecedor são parceiros, que contribuem para o processo de produção e inovação da organização. A relação com fornecedores é uma realidade na gestão das enfermeiras, conforme excerto de gestora.

Temos serviços prestados por empresas terceirizadas, higienização, esterilização de materiais especiais e fornecedores de consignados, por exemplo. (G12)

O cultivo de bons e dedicados fornecedores é uma forma de capital. A identificação desses componentes e o uso de gestão norteada por princípios da teoria do CI, pode desencadear desenvolvimento e crescimento profissional, ampliar a visibilidade da produção de enfermagem e otimizar o processo de gestão dos serviços.

O Capital Humano obteve a frequência média de 81,9 % de indicação de presença do conjunto de seus componentes, o segundo elemento do CI mais presente. O componente com maior média foi Retenção de Talentos (89,6%), e a menor média foi para o componente Escolaridade/ Desenvolvimento /Investimento em Educação (77,1%).

As gestoras utilizam os componentes do Capital Humano, quando realizam a gestão de pessoas. A utilização dos componentes desse elemento está articulada em ações gerenciais, as quais estão enquadradas em quatro subcategorias: Processo Admissional, Manutenção de Talentos, Capacitação dos Profissionais e Trabalho Coletivo.

A designação para cargos e áreas de interesse do profissional e a manutenção de ambiente de trabalho favorável são estratégias utilizadas para manter os talentos nos serviços de enfermagem, conforme excertos da subcategoria 2 – Manutenção de Talentos, representado pelas falas abaixo:

O que a gente tenta para reter talentos é oferecer gerências, identificando conhecimentos, capacidades e tentando alocar essas pessoas de acordo com essas observações (G9)

As pessoas acabam optando por ficar aqui porque entendem que o ambiente de trabalho é um ambiente mais sadio do que em outras instituições [...] (G2)

O componente Conhecimento/Habilidade/Capacidade obteve a maior média de presença do Capital Humano, e o componente Escolaridade/Desenvolvimento/Investimento em Educação, a segunda maior média de presença. Esses componentes são utilizados, conjuntamente, pelas gestoras do estudo, quando realizam o processo admissional (subcategoria 1) e a capacitação dos profissionais (subcategoria 3), o que exige especialização e tempo de experiências como critérios para a seleção. Elas executam treinamentos e apoiam o autodesenvolvimento, conforme excertos representados pelas falas:

Os profissionais que atuam nas unidades mais específicas como UTI e Emergência, a gente exige [...] curso de especialização na área [...] (G2)

[...] tem que ter no mínimo seis meses de atuação anteriormente [...] (G3)

Temos treinamento *in loco* [...] a cada dois meses nos temos treinamento com 100% da equipe[...] temos os fóruns para poder estar discutindo algum assunto[...] funcionários são treinados pela enfermeira de referência (G4)

Se ele [refere ao profissional] quer fazer um curso que seja externo... para ele participar ele precisaria de liberação, a depender do profissional a gente procura também dar (G6)

As organizações precisam investir continuamente em capacitação, através de treinamentos, disponibilizando recursos, incentivando e apoiando o profissional no desenvolvimento da carreira. Para a maioria das gestoras, o treinamento é realizado pelas próprias enfermeiras, utilizando a estrutura do serviço. Dessa forma, as gestoras devem envidar esforços junto à direção para aumentar o investimento e criar setores específicos, responsáveis por esta função.

O componente Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal obteve a média mais baixa de presença do Capital Humano, é utilizado na gestão das enfermeiras visando a realização do trabalho coletivo (subcategoria 4), através do envolvimento dos profissionais no planejamento, construção dos processos, avaliação dos resultados por desempenho, da

utilização prática de comunicação formal e informal, interação, compartilhamento e socialização das experiências no ambiente organizacional.

A gente procura também criar um ambiente com um clima organizacional que as pessoas se sintam bem à vontade para pode estar colocando a sua opinião, dar também sessão de *feedback* de relação interpessoal (G6)

Recomenda-se, para a gestão deste componente, que haja confiança entre a organização e os profissionais, clima agradável para a realização das atividades e participação de todos nos processos decisórios, sendo indispensável para aumentar a qualidade e produtividade do trabalho (STEWART, 1998). Além das relações interpessoais do coletivo da Enfermagem, é importante destacar que a enfermagem tem relação de complementaridade no processo assistencial com os demais profissionais da área da saúde, os quais, no mesmo cenário, executam as suas atividades, necessitando de condução gerencial adequada no processo de comunicação para evitar conflitos que possam prejudicar o ambiente organizacional.

O Capital Estrutural foi classificado como o terceiro capital presente na gestão das enfermeiras, obteve 73,6% do nível presente. O componente Aperfeiçoamento de Produtos e Processos obteve a maior frequência de indicação do nível presente (81,3%) e o componente Tecnologia a menor frequência de indicação com 62,5%.

Ao analisar a utilização dos componentes desse capital, verificamos que existe articulação entre eles, nas ações das gestoras, que possibilitou o enquadramento na categoria Gestão de Processos Operacionais. As ações gerenciais nesses processos, contemplam a condução e o uso da produção de tecnologias assistenciais e administrativas, classificadas como subcategoria neste estudo.

A subcategoria Tecnologia Assistencial englobou o componente: Aperfeiçoamento de Produtos e Processos, evidenciado pela produção de protocolos; modelos assistenciais e diretrizes clínicas; gestão do uso de tecnologia avançada para procedimentos e cuidados ao cliente; implantação do sistema de informação e interatividade para agilizar a assistência.

Em relação a subcategoria Tecnologia Administrativa, os componentes Eficiência e Eficácia/Gestão e Processo de Comunicação/Banco de Dados estão inter-relacionados, demonstrado quando as enfermeiras utilizam estratégias para a participação coletiva, o estabelecimento de metas e indicadores gerenciais para avaliar desempenho, assim como, quando realizam reuniões frequentes, para planejar e socializar experiências.

A produção de tecnologias na organização é oriunda da capacidade de inovar dos talentos e das diretrizes gerenciais de criar condições de estrutura e apoio. Para as gestoras, a

Enfermagem produz tecnologia, quando aplica novas ideias provenientes de conhecimentos e experiências validadas; adoção de melhores práticas; aperfeiçoamento de processos, modelos assistenciais e protocolos. Inovam ao utilizarem outras formas de gerenciar, de otimizar fluxos, de usar indicadores e tecnologias da informação para operacionalizar e produzir banco de dados.

Nós enxergamos através de indicadores [...] é sistematizado [...] avaliar aqueles indicadores, saber retirar dali novas ideias, fazer os planos de ação, a história das melhorias contínuas (G5).

A gente sempre está inovando; agora mesmo, a gente está tentando ajustar alguns formulários, aplicar algumas escalas [...] de avaliação e prevenção [...] aquela de segurança do paciente, queda, decúbito; a gente está tentando entrar nesses métodos assistenciais, estamos nesse processo (G9).

Para Stewart (1998), o Capital Estrutural pertence a organização. Logo, os recursos tecnológicos precisam ser utilizados para a gestão operacional dos serviços, de forma a produzir ativos de infraestrutura e desenvolvimento. Para o autor, o componente Eficiência e Eficácia/gestão é importante, por que o foco para esse Capital é a gestão. Ações que implementem mudanças, para evitar desperdícios, retrabalho, queixas do cliente e demora para o atendimento, são alguns exemplos. Stroeckicht (2012), em seu estudo sobre a gestão estratégica do CI orientado para inovação em empresas de engenharia civil, concluiu que gestores dispõem de conhecimentos sobre as práticas, modelos e sistemas de gestão, importantes para alavancar a capacidade de inovar em suas empresas, mas encontram limitações em traduzir esse conhecimento em ações práticas, alinhadas estrategicamente, de forma a elevar sua capacidade de inovar.

O ambiente hospitalar e a organização do trabalho da Enfermagem não são favoráveis para o desenvolvimento pleno da produção de tecnologias, devido ao espaço e tempo reduzido dos profissionais por intensas atividades diárias, tanto assistenciais como administrativas, além da falta de preocupação de enfermeiras em patentear as criações. No entanto, as gestoras reconhecem que o seu trabalho e o da Enfermagem resultam em inovação e em crescimento das organizações hospitalares.

A enfermagem é uma estrutura de base para o hospital, se você tira enfermagem, você tira a estrutura [...] (G)

Boas práticas que a gente adota baseadas em evidências científicas, mas existe as boas práticas que até o próprio funcionário, o técnico de enfermagem, o enfermeiro assistencial, ele sugere construir novas ações para melhorar a prática de enfermagem. G4[...]

Os componentes do Capital Estrutural são utilizados para atender os objetivos

organizacionais, através de modelos gerenciais e ações estratégicas, visando alcançar metas. Porém, a gestão do conhecimento é incipiente, falta eficiência no processo de informação e de compartilhamento do conhecimento e, dessa forma, interfere na inovação. Segundo Stewart (1998), a informação e o conhecimento são bases para criar CI, que devem ser aplicados e compartilhados em um processo coletivo.

[...] a gente faz muito e produz pouco como cientista: constrói vários processos, facilita a prática e não compartilha [...] (G4).

O processo de gestão do Capital Estrutural na organização é que a transforma e a torna inovadora. Os componentes do Capital Estrutural são utilizados pelas gestoras do estudo na gestão dos processos operacionais, para a produção de bens intangíveis na organização, ao produzirem tecnologias e infraestrutura com vistas ao desenvolvimento do trabalho de todos os profissionais. Assim, as gestoras estão atuando em conformidade com o pensamento de Stewart (1998), a produção do Capital Estrutural serve a dois propósitos: acumular estoques de conhecimento, que sustentem o trabalho e o fluxo de informação dentro da organização, de modo que, aquilo que se precisa esteja disponível prontamente.

A utilização dos componentes do CI na gestão das enfermeiras deve ser articulado de forma a não perder de vista o princípio da inter-relação dos elementos formadores do CI proposto por Stewart (1998 p.147): “O capital humano, estrutural e do cliente trabalham juntos. Não basta investir em pessoas, sistemas e clientes separadamente. Eles podem apoiar uns aos outros; eles podem subtrair uns aos outros” (figura 8).

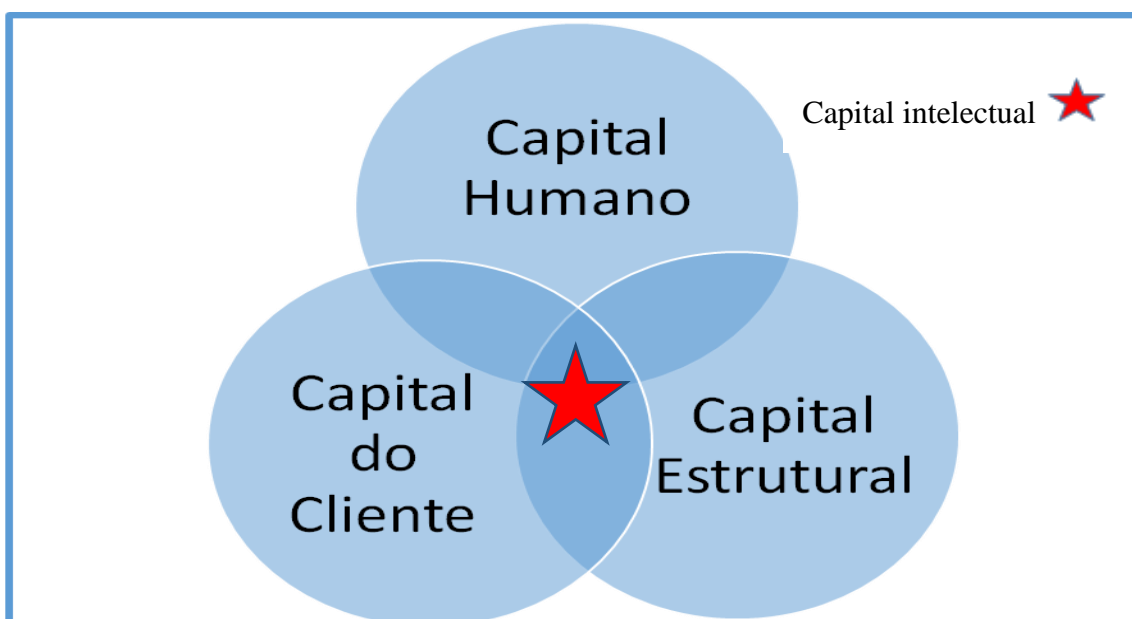


FIGURA 8 - Representação do princípio da inter-relação dos elementos formadores do CI segundo Stewart (1998)

Fonte: elaborado pela autora

Ressaltamos que o processo de produção administrativa da enfermeira nas organizações hospitalares, constitui-se em um sistema dinâmico e complexo, servindo de cenário inesgotável de estudo, objetivando a compreensão das estratégias de ação e dos processos organizativos (CARDOSO, 2007).

A utilização dos componentes do capital intelectual, presentes na gestão das enfermeiras desse estudo, dá-se de forma inovadora e desafiadora, ao possibilitar a obtenção de ativos, a qualidade assistencial e a visibilidade das potencialidades e produtividades para o desenvolvimento do serviço de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos responderam aos questionamentos sobre a presença dos componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente, e como eles são utilizados na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares. Os objetivos foram alcançados utilizando a abordagem mista, visando à complementaridade e melhor análise do objeto deste estudo. A pesquisa do tipo exploratório, descritivo-explicativo utilizou a estatística descritiva, para analisar os dados quantitativos obtidos através de questionário, e a análise de conteúdo temático, para análise das entrevistas semiestruturadas.

Para melhor análise do objeto, foi utilizado os fundamentos sobre o Capital Intelectual, especialmente, a teoria proposta por Thomas Stewart (1998), que considera o conhecimento e a informação básicos, para gerar o CI da organização, mas que precisam de gestão em relação aos elementos do Capital Humano, do Capital Estrutural e do Capital do Cliente, responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento organizacional, ao gerar riqueza e valorização no mercado.

Os objetivos referentes à identificação de presença e os níveis de presença dos componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares foram atingidos conjuntamente, visto que a escala aplicada possibilitou estabelecer o nível de presença e de ausência. Dessa forma, foi possível comprovar que os componentes que foram analisados, estão presentes na prática das gestoras em diferentes níveis, com valores mínimo de 62,5% e máximo de 91,7% de frequência média. Os níveis de presença dos componentes na gestão das enfermeiras foram determinados pela média de frequência individual e a média do conjunto de componentes, resultando na identificação do Capital mais presente.

Na gestão das enfermeiras, os componentes do Capital do Cliente obtiveram a maior média de presença, seguidos do Capital Humano e Capital Estrutural, respectivamente.

No Capital do Cliente, o componente Captação e Retenção de Clientes destacou-se com média de indicação de presença mais elevada, pelo aumento e manutenção de clientes na organização. A entrada ou a conquista de novos clientes e a fidelização dos antigos são indicadores de avaliação positivo para o crescimento organizacional, e estão atrelados a satisfação do cliente, considerando a qualidade dos cuidados, o comprometimento dos profissionais com os clientes e a reputação em relação a clientes e fornecedores. A qualidade dos Serviços de Enfermagem repercute na satisfação do cliente em relação à organização, pelo número de procedimentos realizados e de profissionais envolvidos na assistência, diuturnamente e pela sua interação com o cliente.

O componente Sistema de Parceria/Integração obteve a menor média de indicação de presença. Desse modo, precisa de maior incremento para a melhoria da atuação da Enfermagem. Esse componente envolve relacionamento dialógico, integração e parceria com clientes e fornecedores, considerados importantes para desencadear o processo produtivo na organização.

No Capital Humano, o componente com maior média de indicação de presença foi Conhecimento/Habilidade/Capacidade, que engloba o perfil do profissional, desempenho, competências e compartilhamento de conhecimento.

Na Enfermagem são notórios os avanços no sentido de desenvolver competências e acompanhar o desenvolvimento da ciência. Porém, é necessário também, admitir e reter profissionais talentosos, apoiar o autodesenvolvimento, treinar, promover espaços de inovação e de satisfação do profissional.

Nesse sentido, as organizações devem acompanhar as mudanças contínuas que ocorrem provenientes do desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, o que pode torná-las mais dependentes dos talentos e da dedicação dos seus profissionais. Entretanto, pelo investimento do profissional e da organização no processo de aprendizagem e de renovação constante, espera-se que ele possa ir além do compromisso e da rotina estabelecida.

O componente Ambiente Organizacional/Relação Interpessoal obteve a menor média de presença do Capital Humano, o que evidencia a necessidade de reforçar ações gerenciais voltadas para a manutenção de ambiente adequado para o desenvolvimento do trabalho e compartilhamento e participação de todos nas decisões. Um ambiente saudável e agradável é, também, importante para o trabalho coletivo, cujos interesses devem sobrepor aos individuais.

No Capital Estrutural, o componente Eficiência e Eficácia/Gestão foi o único que apresentou a maior média de indicação de presença em relação a todos os componentes analisados. Engloba a eficiência no atendimento ao cliente, redução de retrabalho, reclamações dos clientes e dos custos por perdas e desperdícios. Este resultado reforça o foco de ações gerenciais direcionadas a gestão operacional, fluxos dos processos e otimização dos recursos organizacionais. Nesse sentido, o papel das gerentes, está direcionado para o alcance de metas e a obtenção da máxima cooperação e desempenho dos profissionais.

O componente Aperfeiçoamento de Produtos e Processos obteve a menor média de indicação de presença do Capital Estrutural; foi analisado pelo crescimento de novos métodos e sistemas, investimento em tecnologia da informação, filosofia participativa e pelas sugestões dos profissionais que foram implementadas. Este resultado reflete a dependência do Capital Estrutural em relação a política organizacional e aos recursos disponibilizados.

Reforça-se que, o Capital Estrutural é criado e desenvolvido pelo Capital Humano, o qual, por sua vez, apoia seu desenvolvimento. É considerado um Capital que pertence exclusivamente a organização e o mais fácil de gerenciar. Os seus componentes proporcionam a infraestrutura para o funcionamento do serviço e otimizam a prática profissional.

Assim, a presença dos componentes do Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares não é suficiente para a formação do CI, diante da necessidade de articulações e da relação de dependência e interdependência entre eles, em um processo de aprendizado e renovação constante, com vistas ao atendimento do cliente e do desenvolvimento organizacional. Nesse entendimento, o estabelecimento de prioridades para a implementação de estratégias políticas ou de medidas operacionais, a fim de corrigir distorções ou fragilidades que possam existir, torna-se necessário.

Com relação ao terceiro objetivo, que se propôs a descrever como as gestoras utilizam os componentes dos Capitais Humano, Estrutural e do Cliente, foi possível afirmar que os componentes do CI presentes na gestão de enfermeiras são utilizados na Gestão de Pessoas, na Gestão de Processos Operacionais e na Gestão de Atendimento ao Cliente.

As gestoras utilizam os componentes do Capital Humano na Gestão de Pessoas, com foco nas competências e desempenho dos profissionais. Nessa perspectiva, para atender plenamente as concepções da gestão desse Capital, os investimentos por parte da organização devem ser efetivos, objetivando o desenvolvimento de estratégias, que contemplem a contratação de profissionais necessários; a educação permanente, remuneração apropriada, condições de trabalho e a gestão do conhecimento, transformando conhecimentos individuais em coletivo. No entanto, as gestoras do estudo relataram ações consideradas limitadas pelas condições de autonomia e possibilidades do Serviço de Enfermagem.

Diante das limitações e possibilidades para o desenvolvimento de estratégias da gestão do Capital Humano, a gestora precisa saber quais competências e recursos são essenciais para o desenvolvimento do trabalho coletivo, como obtê-los e mantê-los, que tipo de ambiente é necessário para favorecer o sistema de conexão entre os profissionais para o compartilhamento de informações e conhecimento, principalmente, identificar formas de desenvolver relacionamento eficaz com clientes, como medir resultados de processos e projetos implantados e como recompensar os profissionais.

Assim, reitera-se que esforços sejam envidados para influenciar mudanças na política organizacional e na produção de planejamento, a fim de ampliar o fluxo e a articulação das informações para que o conhecimento e a inovação sejam compartilhados de forma estratégica.

Entende-se que, a capacidade profissional para inovar na empresa refere-se ao conhecimento específico, sendo necessário aos interesses organizacionais: a gestão não se resume ao gerenciamento de qualquer conhecimento, mas ao conhecimento estratégico que é efetivamente relevante, significando aproveitar os talentos, *expertise* e conhecimentos dos seus profissionais, ou seja, o material intelectual bruto, que deve ser gerenciado com vistas à transformação em CI.

Desse modo, é importante que a enfermeira gestora saiba o que é considerado como conhecimento estratégico e a sua relevância para a organização em que atua, e, posteriormente, desenvolva ações para a gestão desse conhecimento, que se forem utilizadas de forma organizada e sistemática, transformarão os conhecimentos individuais e coletivos em novas tecnologias, as quais atenderão aos objetivos organizacionais e aos interesses da própria enfermagem, aumentando a visibilidade do produto do seu trabalho,

As gestoras utilizam os componentes do Capital Estrutural na Gestão de Processos Operacionais por meio do uso e criação de Tecnologia Assistencial e da Tecnologia Administrativa. Utilizam a primeira ao aplicar novas ideias, oriundas do conhecimento e experiências validadas; adoção de melhores práticas; aperfeiçoamento de processos; modelos assistenciais e protocolos; implantação de programas e utilização de tecnologia dura e de tecnologia da informática, com sistema de interatividade, porém sentem necessidade de avanços. Utilizam a segunda ao modernizar o estilo de gestão e as estratégias operacionais, no trabalho com: comissões; plano de ação; indicadores de avaliação; metas e resultados; gestão de custos; relação com fornecedores, valorização das ideias individuais e coletivas; reuniões e sistema informacional, com banco de dados.

As gestoras utilizam os componentes do Capital do Cliente, com foco na avaliação da satisfação do atendimento de enfermagem, por meio de instrumentos próprios: realizam a busca ativa, sistemática e as informações da Ouvidoria, cujos resultados causam mudanças e aprimoramentos do serviço. Destaca-se que, toda atividade de prestação do serviço de enfermagem é intensa em conhecimentos, tem relação direta com o cliente, em um processo de interação e de construção operacional, que envolve ações articuladas e efetivas, no contexto da produção, sendo fonte permanente de inovação e diferenciação no atendimento, empregando mão-de-obra especializada e gerando impacto direto na base da produtividade organizacional de bens intangíveis. Assim, a avaliação do atendimento e da qualidade assistencial, deve ser processo contínuo e estratégico, de modo a atender as necessidades e satisfazer os clientes durante toda a sua trajetória na organização. Portanto, não devendo limitar-se ao momento da alta ou das queixas na Ouvidoria.

Ressaltamos que os componentes do CI presentes na gestão das enfermeiras, e a forma como são utilizados, de acordo com os resultados do estudo, estão em conformidade com as ações gerenciais recomendadas para o desenvolvimento do CI das organizações. No entanto, o que deve ser feito para otimizar essas ações requer plano de investimento e estratégia para a otimização da produção e a identificação dos componentes que precisem ser melhor utilizados, modificados ou desenvolvidos, uma vez que, um componente para ser efetivo na produção do CI, precisa ter alto nível de alinhamento e integração com os demais.

Portanto, a presença e a utilização dos componentes do CI de forma isolada, sem gestão estratégica, na prática das enfermeiras gestoras, não garante a produção do CI na organização. Por isso, em decorrência de ser uma abordagem nova, na área hospitalar, e de pouco conhecimento da Enfermagem, justifica-se o fato de não ter sido evidenciado a existência de gestão estratégica pelas gestoras do estudo, no sentido de criar o CI da Enfermagem, visando atingir metas de sustentabilidade para a produção do conhecimento, dando visibilidade dos ativos produzidos, que criam o CI, da organização.

As ações gerenciais sobre o CI, defendidas pelos estudos referenciados, são resultantes de experiências importantes, principalmente, dos princípios que podem guiar a prática da gestora na construção da cultura, baseada no crescimento, desenvolvimento e inovação, considerados nos aspectos individuais, coletivos e organizacionais, visto que é consenso contemporâneo dos pesquisadores que se dedicam a esse tema, que o capital intelectual é o recurso mais importante para criação de valor econômico das organizações. Os conceitos de CI, aplicáveis nos serviços de enfermagem, podem nortear a prática da gestão, por oferecer elementos de reconhecimento, utilização e estabelecimento de indicadores, os quais irão otimizar e aumentar a visibilidade da sua produção, gerando bens e o crescimento da organização, aumentando o desenvolvimento profissional.

Considera-se como dificuldades e limitações, neste estudo, os diversos aspectos relacionados ao objeto da pesquisa, aqui identificadas como limites do campo da enfermagem, que se constitui um serviço da organização. Dessa forma, há limites para que se possa generalizar ou representar, realisticamente, o universo das organizações hospitalares nas quais atuam, além da possibilidade de tendenciosidade, imprecisão e reflexividade das respostas das gestoras, por retratar suas experiências, aliada à escolha que foi realizada dos componentes e das variáveis para a coleta de informações, excluindo-se outras possibilidades.

Quanto ao método utilizado, entende-se que há limites no que se refere a possibilidade de generalização dos aspectos descritivos e da articulação dos dados, com unidades de análise mistas, nos diversos contextos, ainda que semelhantes, resguardadas as especificidades

relativas ao campo de estudo, e as infinitas formas de se explorar os dados. Assim como, a limitação do nível de interpretação, em relação às informações apresentadas pelas gestoras; a inexperiência como investigadora relativa ao método utilizado para pesquisa, e o desafio de analisar, na área da Enfermagem, fundamentos teóricos que são propostos para empresas e organizações, na sua totalidade.

Diante dessas considerações, respondendo a tese formulada, conclui-se que os componentes do CI, integrantes dos Capitais Humano, Estrutural e do Cliente, estão presentes na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares, em diferentes níveis, e são utilizadas em ações gerenciais de forma deliberativa e sistemática, na Gestão de Pessoas, na Gestão de Processos Operacionais e na Gestão do Atendimento ao Cliente, contribuindo para o desenvolvimento do CI da organização hospitalar. No entanto, para essas gestoras, faltam planos estratégicos para desenvolver o CI da Enfermagem na organização.

Assim, é oportuno destacar algumas recomendações para as gestoras, fundamentadas na Teoria de Stewart (1998). Para criar o CI na organização, a gestora precisa compreender que não basta investir em pessoas, estruturas e clientes de forma isolada. É preciso organizar o trabalho coletivo, instituir formas de aprendizado contínuo, focar investimento em torno de habilidades e talentos dos profissionais, gerenciar a fim de facilitar o trabalho, acumular conhecimentos que sustentem aquele que é valorizado pelos clientes e acelerar o fluxo de informação, principalmente, as fornecidas por eles.

Torna-se importante destacar algumas contribuições deste estudo: o estudo é inédito e aborda o conhecimento sobre CI, no âmbito organizacional, possibilitando segmentar os elementos formadores do capital intelectual, associando-os com a gestão de enfermeiras; amplia conhecimentos sobre a prática gerencial de enfermeiras para o desenvolvimento da produção do serviço de enfermagem e da organização hospitalar; contribui para os fundamentos teóricos do CI ao abordar o tema em apenas um segmento organizacional - o serviço enfermagem, e não na totalidade organizacional, evidenciando possibilidades de aplicabilidade em serviços que pode servir de referência ou de experiência piloto para a organização; contribui para ampliar o conhecimento das gestoras de enfermagem ao evidenciar quais componentes estão ou precisam estar presentes para o desenvolvimento do CI e quais condições são essenciais ao ambiente organizacional para melhor aproveitar a informação, o conhecimento e os talentos para a inovação na enfermagem.

Pretende-se que o estudo possa contribuir como referencial teórico ou guia para o entendimento dos fundamentos e aplicabilidade do CI na Enfermagem e para a formulação de planos estratégicos e de decisões a serem tomadas na condução do serviço de enfermagem

Por fim, espera-se que o estudo permita iniciar linha de pesquisa que visem analisar o inter-relacionamento dos elementos formadores do CI; detalhar conjuntos de componentes que possam formar o CI na Enfermagem; desenvolver modelo para mensurar o valor econômico do CI da Enfermagem; analisar a importância de cada elemento formador no serviço de enfermagem, sob a ótica de outros profissionais de enfermagem e em outros contextos e analisar o impacto da presença dos elementos componentes e a influência para o desenvolvimento do CI na Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABTD. Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento. Pesquisa Anual MOT/ABTD./**Revista T&D**. O retrato do treinamento no Brasil. 2014. Disponível em: <http://portal.abtd.com.br/portal/home.html>. Acesso em 26 julho 2015.

ALVES, K. Y. A. et al. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de RODGERS. **Rev. Enferm. UFPE** (online), Recife. v.8, n.1, p.177-82, jan.2014. www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../8380

AMESTOY, S. C. et al. Compreensão dos enfermeiros sobre o exercício da liderança no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm.** v.19, n.3, p. 475-82. jul/set, 2014.

ANTUNES, M. T. P., Contabilidade e capital intelectual. **FEA/USP 9ª Semana de Contabilidade do Banco Central do Brasil**. Nov.2000 disponível em <http://www.bcb.gov.br/ftp/denor/maria-thereza-usp.pdf>, acesso em 06/01/2013.

_____. O Capital intelectual segundo o entendimento de gestores de empresas Brasileiras **Revista Brasileira de Gestão de Negócios-FECAP**, ano 7, n. 19, set./dez. 2005. Disponível em: www.spell.org.br/documentos/download/6465 . Acesso em 13/03/2013

AUTHIER, P. Caregivers: the intellectual capital of healing. **Nurs Adm Q.** v.31, n.1, p.81-3, Jan./Mar 2007.

BAGGIO, M. A; ERDMANN A .L ; SASSO, G .T. M.Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Rev.Texto contexto enferm.** Florianópolis, v.19, n.2, Apr./June. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. S.Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BIAZZI, M. R.; BIAZZI, J. L.; MUSCAT, A. R. N. Metodologia de aperfeiçoamento de processos: estudo de casos em instituições públicas brasileiras. In: CONGRESSO DA ENANPAD, 30., 2006, Salvador. Anais... Salvador: Anpad, 2006. Disponível em: http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=subsecao&cod_edicao_subsecao=149&cod_evento_edicao=10>. Acesso em: 22 de maio 2015.

BONACIM, C.A. G.; ARAÚJO, A. M. P. . Influência do capital Intelectual na avaliação de desempenho aplicado ao setor hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 supl.1 Rio de Janeiro, Jun. 2010.

BORGES, M. A Importância de Identificar e Gerir o Capital Intelectual nas Organizações de Saúde. Instituto de Conhecimento, Ensino e Pesquisa, **Boletim Científico** n. 13, Abril.2006 Enfermagem. Disponível em: <http://portal.samaritano.com.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=235>. Acesso em 06/06/2011

BRASIL, LEI No 10.973, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm

BRASIL. Lei nº 11.644, de 10.3.2008 – Acrescenta art. 442-A à Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, impedindo a exigência de comprovação de experiência prévia por tempo superior a 6 (seis) meses.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11644.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008. 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS, Caderno de textos. Cartilha da PNH.. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. 157p. disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução** nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 13/06/2013. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
 acesso em 22/07/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Cem palavras para gestão do conhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva (**Série F. Comunicação e Educação em Saúde**) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos Humaniza SUS** ; v. 3) ISBN 978-85-334-1760-1 <http://www.saude.gov.br/bvs>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS : Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/11/CADERNO-PNASS-2015.pdf>

_____, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Informações de Saúde, Rede assistencial**. Disponível em :
<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/rede-assistencial> Acesso em 01 de julho 2015

BROOKING, A. **Intellectual Capital: Core Asset for the Third Millennium Enterprise**. Boston: Thomson Publishing Inc., 1996.

BUCCHI, S. M.; MIRA, V. L.. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 1003-1010, Dec. 2010.

BUCCHI, S. M. et al . Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 381-387, 2011 .

CALDAS, S.L. **O Lado Oculto da Gestão Empresarial**. 1^A edição. Rio de Janeiro:

Digitaliza. 2014. p.237

CAMPOS, L.L F.; MELO, M. R. A. C. Visão de Coordenadores de Enfermagem sobre Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 15, n.6, Nov./dez.2007.

CANÁRIO, R. Formação e desenvolvimento profissional dos professores, in **Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, Conferência Desenvolvimento profissional de professores para a qualidade e para a equidade da Aprendizagem ao longo da Vida**. Lisboa. 2007.

CARAMEZ, L.F.C. **Competências Gerenciais no Exercício do Enfermeiro em Hospital Privado**. 2010.72f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial). Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2010.

CARDOSO, L. Gestão do conhecimento e competitividade organizacional: Um modelo estrutural. **Comportamento Organizacional e Gestão**, Coimbra, v. 13, n. 2, p.191-211. 2007

CARDOSO, M.L.A.P; RAMOS, L.H; D'INNOCENZO, M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro - líder no contexto hospitalar **Rev Esc Enferm USP**. v. 45,n.3, p.730-7. 2011.

CASSINI, M. R.; TOMASI, A. O desenvolvimento de uma prática de Gestão do Conhecimento em um Hospital Geral de Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 9, n. 3, set. 2010 .

COFEN. Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Brasília. 2009. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/ANEXO3612009.pdf>

_____,Resolução 0458/2014 de 29 de julho de 2014.Normatiza as condições para a Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e Define as Atribuições do Enfermeiro Responsável. Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014_25656.html

COVELL, C. L; SIDANI, S. Nursing intellectual capital theory: implications for research and practice. **Online J Issues Nurs**. v.18, n.2, May, 2013a

COVELL, C. L; SIDANI S. Nursing intellectual capital theory: testing selected propositions. **J Adv Nurs**. v. 69,n.11, p. 2432-45 Mar. 2013b.

COVELL, C.L; SIDANI S. Nursing intellectual capital theory: operationalization and empirical validation of concepts. **J Adv Nurs**.; v.69, n.8,p.1785-96, Aug. 2013c.

COVELL, C. L. The middle-range theory of nursing intellectual capital. **J Adv Nurs**. v.63,n.1,p.94-103, Jul.2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALMORO, M; VIEIRA, K. M . Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de

itens e a disposição influenciam nos resultados? **RGO, Revista Gestão Organizacional**, v. 6, edição especial, p.161-174. 2013.

DAVIDSON, D. Strength in nursing leadership: the key to the evolution of intellectual capital in nursing. **Nurs Adm Q.** v.31,n.1, p.36-42, Jan./Mar.2007.

DIAS, R. M. Redes Estratégicas: a influência do capital social na formação do capital intelectual de empresas focais. Rio de Janeiro: **Tese (Doutorado)** – Fundação Getulio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e Empresarial, FGV/EBAPE, 2009. 219p.

EDVINSSON, L.; MALONE, M. S. **Capital Intelectual: descobrindo o valor real de sua empresa pela identificação de seus valores internos.** Tradução Roberto Galman. São Paulo: Makron Books, 1998. 214 p.

FELDMAN L.B; RUTHES R.M, ; CUNHA I.C.K.O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.61,n.2,p. 239-42. mar-abr. 2008.

FIDALGO, F.; OLIVEIRA, M. A. M. & FIDALGO, N.L. R. Introdução. In: FIDALGO, N. L. R.; FIDALGO, F.& OLIVEIRA, M. A. M (Org.). **Educação profissional e a lógica das competências.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p.11-16.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução Joice Elias Costa. 3 eds. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FRANÇA; A. C. L.; KANIKADAN, A. Qualidade de Vida no Trabalho: fatores críticos de gestão e competência. In: DUTRA, J. S.; FLEURY, M. T. L.; RUAS, R(Org.). **Competências: conceitos, métodos e experiências.** São Paulo: Atlas, 2008. 198-211p.

FREITAS, J. S et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**v.22,n.3,p.454-60, mai./jun. 2014

FURUKAWA, P.O; CUNHA, I.C.K.O. Perfil e Competências de Gerentes de Enfermagem de Hospitais Acreditados. **Rev.Latino-Am.Enfermagem** [internet]. v. 19. n, 1.p.1-9, jan./fev, 2011, Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421953015>. Acesso em 16 de agosto 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p disponível em: "<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001399/139968por.pdf>" acesso em 01 de julho de 2010

GRACIOLI, C.; CERETTA, P. S. **Capital Intelectual: Porque e como medir este ativo intangível.** XXIV Encontro Nac. de Eng. de Produção - Florianópolis, SC, Brasil, 03 a 05 de nov de 2004 ENEGEP 2004 ABEPRO 4492 http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0902_0677.pdf acesso em 10/06/2011

GRACIOLI, C. **Impacto do Capital Intelectual na Performance Organizacional,** 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado em administração). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria- Rio Grande do Sul, 2005.

GRACIOLI, C. et al. Capital intelectual: uma ferramenta inovadora na busca por vantagens competitivas. **RAI Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 9, n.4, p. 96-120, out. /dez. 2012.

GUBIANI, J. S. **Modelo para diagnosticar a influência do Capital Intelectual no potencial de inovação nas universidades**. 2011. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

HALL, L. M. Nursing intellectual capital: a theoretical approach for analyzing nursing productivity. **Nurs Econ**. v.21, n.1, p. 14-9, Jan./Feb, 2003.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014**.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf. Acesso em 13 de setembro de 2015.

KAPLAN, S. R. ; NORTON, D. P. **A Estratégia em Ação-Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KIM, E. A ; JANG, K. S. Development of a measurement of intellectual capital for hospital nursing organizations. **J Korean Acad Nurs**. v.41,n.1, p.129-40. Feb, 2011.

KLEIN, D. A. **A Gestão Estratégica do Capital Intelectual**. Tradução Bazán Tecnologia e Linguística Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2002.

KUNIYOSHI, M. S. **Institucionalização da gestão do conhecimento: um estudo das práticas gerenciais e suas contribuições para o poder de competição das empresas do setor elétrico-eletrônico**. 2008. 211 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia. Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

KURGANCT, P; MELLEIRO, M. M; TRONCHIN, D .M. R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. bras. enferm**.

[online]. 2008, vol.61, n.5, pp. 539-544. ISSN 1984-0446.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000500002&script=sci_arttext

KUSAHARA D.M, PETERLINI M.A.S, PEDREIRA M.L.G.A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido a terapêutica antineoplásica **Acta Paul Enferm**, v.21, n.1,p.77-83. 2008.

LABBADIA L.L. et al. Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2011 [acesso em 10 novembro de 2012];45(4):1013-7. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a32.pdf>

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settinere. Porto Alegre: Artes Médicas, Belo Horizonte: UFMG, 1999, 340p

LEMOS, V.M.F.; ROCHA, M.H.P. A gestão das organizações hospitalares e suas

complexidades. **VII Congresso Nacional de excelência em gestão**, Rio de Janeiro, agosto.2011, 16p
http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0417_1492.pdf

LIMA, M.B. B. P. B. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP**.2006.176f. Dissertação (Mestrado Profissional) Faculdade de Engenharia Mecânica. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2006.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 417-425, June 2014.

MAGALHÃES FILHO, O. V.; PEREIRA, V. C. Gestão de Pessoas e seu Contexto na Sociedade Contemporânea. **Comunicação & Mercado/UNIGRAN** - Dourados - MS, vol. 01, n. 04, p. 115-125, jan./jul. 2013.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 66,n.1, jan-Feb, 2013: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028450007>. Acesso em: 9 de setembro de 2015.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p

MARTINHO, M.J.C.M; MARTINS, M.M.F.P.S; ANGELO, M. Escala da Satisfação com a decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa **Rev Bras Enferm.** v.67, n.6, p. 891-7, Nov./dez. 2014.

MATHEUS, L. F. Uma análise da Identificação e da Gestão do Capital Intelectual nas Usinas Sucroalcooleiras e da Prática dos Princípios Delineadores do Conceito de Avaliação de Empresas na sua Gestão econômico-financeira: um estudo exploratório em dez usinas paulistas.**Dissertação de Mestrado**. Universidade de São Paulo.São Carlos-SP.2003.168p

MATSUDA, L.M. et al. Percepção de enfermeiros sobre o uso do computador no trabalho. **Rev. bras. enferm.** [online], vol.67, n.6, p. 949-956.nov./dez. 2014 Epub Dec 2014. ISSN 0034-7167. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600949#B03

MATTOS J.R.L; GUIMARÃES L.S. **Gestão da Tecnologia e Inovação: uma abordagem prática**. São Paulo: Saraiva, 2005.

MOTTA K. A. M. B.; MUNARI, D. B.; COSTA F. N. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas- REPSIPP**, v.1 n.1, p. 73-99. 2009,
<http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a5.pdf>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: HUCITEC,2010, 407 p.

_____ et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.;

ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. cap. 2, 244p.71-104.

NEGRI FILHO, A.; BARBOSA, Z.; YONEKURA, T. Dimensionamento de número de leitos e tipografia hospitalar: desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. **Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS**. São Paulo, 2012, 101 p. Disponível em: <http://docplayer.com.br/227033-Dimensionamento-de-numero-de-leitos-e-tipologia-hospitalar-o-desafio-de-fazer-as-perguntas-certas-e-de-construir-suas-respostas.html>. Acesso em 27/09/2015.

NÚÑEZ P. I. A ; NÚÑEZ G. Y. Propuesta de clasificación de las herramientas - software para la gestión del conocimiento. **Acimed**, v.13, n.2. 2005.Disponible en: "http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_2_05/aci03205.htm Consultado: 20/12/2012.

NÚÑEZ, M. O. El capital intelectual en la gestión del conocimiento. **ACIMED** ,Ciudad de La Habana, v.11 n.6 nov./dic. 2003.

OKANO, H. I. H; CASTILHO, V. Levantamento do custo do processo admissional de técnico de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP** [online]., v.41, n.3, p. 492-9. 2007, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300021&script=sci_arttext

OLIVEIRA, E.G. et al. Marketing de Serviços: relacionamento com o cliente e estratégia para a fidelização. **Revista da administração da FATEA**, v.2, n. 2 p.79-93, Jan/dez, 2009.

OLIVEIRA, J.L.C; NICOLA, A.L; SOUZA, A.E.B.R. Índice de Treinamento de Enfermagem Enquanto Indicador de Qualidade de Gestão de Recursos Humanos. **Rev Enferm UFSM**; v. 4,n.1,p.181-188, Jan/Mar. 2014.

PEREIRA, E S. **O papel da ouvidoria em hospital público**: um estudo a partir das manifestações dos usuários do Hospital “Ophir Loyola”.2011. 161f. ;Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Orientador Durbens Martins Nascimento. Belém, 2011.

PERES, A.M. ; CIAMPONE, M.E.T. Gerência e competências gerais do Enfermeiro. **Revista Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,; v.15, n.3,p. 492-9. Jul-Set. 2006.

PÉREZ, M. D.; CONTRERAS, Y. L.; AMADOR, S.R. El factor humano como elemento dinamizador del proceso empresarial en la gestión de la información y conocimiento **ACIMED**, Ciudad de La Habana , v.20, n.5, p.42-55, nov. 2009.

POE, S.S; ABBOTT, P ; PRONOVOST, P. Building nursing intellectual capital for safe use of information technology: a before-after study to test an evidence-based peer coach intervention. **J Nurs Care Qual**. v.26, n. 2,p. 110-9, Apr./Jun, 2011.

POLIZER, R; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]., v.59, n.4, p. 548-551,2006. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400014

ROCHA, P.K. et al. Cuidado e Tecnologia: aproximação através do modelo de cuidado. **Rev. Bras. Enf.** v.61, n.1, p. 113-6, jan/fev, 2008.

ROSA, L. R. **Fatores Intervenientes no Trabalho Coletivo dos Profissionais de enfermagem: uma proposta de ação.** 2010. 127f. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2010.

ROVER, S.; REINA, D.; ENSSLIN, S. R. **Capital intelectual: uma análise da perspectiva contábil financeira no contexto brasileiro: anos 1994 a 2007.** *Rev. ConTexto*, Porto Alegre, v.8 n.13, 1o semestre de 2008.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O.- Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. **Rev. bras. enferm.** vol.62 no.6 Brasília Nov./Dec. 2009.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L.B. CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online], v.63, n.2, p. 317-321. abr, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019594023.pdf>

SAITO, D. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto contexto - enferm.** [online]., vol.22, n.1, p. 175-183, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100021&script=sci_arttext&tlng=pt

SANTOS, M. L; DANTE, G. P. Panorâmica sobre la medición del conocimiento organizacional. **ACIMED** v. 19 n.6 Ciudad de La Habana jun. 2009.

SANTOS, J. L.G, et al. Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.45, n.4, p.959-65, ago, 2011.

SANTOS, A. F. T. A Teoria do Capital Intelectual como Base Ideológica para a Pedagogia Corporativa. In: **XIII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino ENDIPE**, 2006, Recife. Anais do XIII ENDIPE. Recife: UFPE/ENDIPE

SANTOS, A. F. T. Capital Intelectual - verbete. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.F(Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJSJV, p. 72-7, 2009.

SCHMIDT, P.; SANTOS, J. L. **Avaliação de Ativos Intangíveis.** 2. ed. São Paulo, Atlas, 2009. 209 p.

SHINYASHIKI, G. T. ; TREVIZAN, M. A. & MENDES, I. A. C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional, **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . Ribeirão Preto vol.11 no.4 July/Aug. 2003.

SILVA, S.B. Capital Humano e Capital Social: Construir Capacidades para o Desenvolvimento dos Territórios. **Dissertação de Mestrado** em Geografia Humana (Exclusão, Sociedade e Território) Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras, Departamento de Geografia. Lisboa, 2008.

SILVA, M.A; ERDMANN, A.L ; CARDOSO, R.S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n.2, p.448-59. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm> Acesso em 03/06/2011

SILVA, L. A. C. **O capital intelectual e as formas alternativas de sua mensuração pelas empresas: um estudo ilustrativo em a uma empresa de calçados da Paraíba.** 2006. 131 f. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: UFPB, 2006.

SILVA, R. C ; FERREIRA, M .A. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v.45 n.6,p.1403-11, Dez. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600018&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, A. S.; FONSECA, A.C. P. D. Capital Intelectual e tomada de decisão: uma estreita relação. Trabalho apresentado no VI Seminário do Mestrado em Ciências Contábeis PIB 2007 da Universidade Federal do Rio de Janeiro, agosto, 2007

SIMPSON, R. L. Information technology: building nursing intellectual capital for the information age. **Nurs Adm Q.** v.31,n.1, p. 84-8, Jan./Mar. 2007.

STEWART, T. A. **Capital Intelectual - a nova vantagem competitiva das empresas.** Tradução Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus Ltda., 1998.237 p.

STEWART, T. A. **A Riqueza do Conhecimento: O capital intelectual e a organização do século XXI.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 2002

STOECKICHT, I. P. **Gestão estratégica do capital intelectual orientado à inovação em empreendimentos de engenharia civil.** 2012.157 f. Tese (Doutorado em Tecnologia da Construção) –Universidade Federal Fluminense, São Paulo, 2012

SULLIVAN, P. H. Value-driven Intellectual Capital; How to convert Intangible Corporate Assets into Market Value. **Wiley**,2000 p. 238-244. Disponível em: http://www.angelfire.com/planet/formach/BRIEF_HISTORY_IC_MOVEMENT.pdf. Acesso em: 13/03/2013

SVEIBY, K. E. **A nova riqueza das organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

THOMKA, L. A. Mentoring and its impact on intellectual capital: through the eyes of the mentee. **Nurs Adm Q.**v.31,n.1,p.22-6, Jan-Mar.2007.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. bras. Saúde Ocup.,** São Paulo , v. 36, n. 123, p. 40-55, June 2011 .

TREVISAN, M.A et al. Ressocialização do enfermeiro gerente. **Revista de Enfermagem Referência III Série** -n.4, p.161-166, jul.2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 1 ed, 19 reimp. São Paulo: Atlas, 2010. 175 p.

VAZ, R. C. et al. Capital intelectual: classificação, formas de mensuração e questionamento sobre usos. **Navus**. Florianópolis, SC v. 5 n. 2 , p. 73-92. abr./jun. 2015
<http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/viewFile/253/220>

VBM THOUGHT LEADER Thomas Stewart biography. **Value Based Management.net** , , last updated: jan 2nd, 2013..

VELHO, J.M.; TREVISIO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador **RAS** _ v. 15, n. 60, p. 90-4 Jul./Set. 2013 .

VIANA, G; LIMA, J F. Capital humano e crescimento econômico. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 137-148, Dec. 2010.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H. P. ; CAMPOS, K.F.C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG, Coopmed**, 2009, p. 84.

WESTON, M.J; ESTRADA, N.A; CARRINGTON, J. Reaping benefits from intellectual capital. **Nurs Adm Q.** v.31, n.1, p. 6-12. Jan./Mar. 2007.

GLOSSÁRIO

Ativo: compreende os bens e os direitos da entidade expressos em moeda. Por sua vez, são classificados em ativos tangíveis e ativos intangíveis (BROOKING,1996)

Ativos intangíveis: são incorpóreos representados por bens e direitos associados a uma organização. Independentemente de estarem contabilizados, possuem valor e podem agregar vantagens competitivas, tal como é o caso de uma marca (BROOKING,1996)

Ativos tangíveis: são aqueles que possuem existência física (BROOKING,1996)

Capital do Cliente: é o relacionamento da empresa com seus clientes e fornecedores (STEWART, 1998, 2002).

Capital estrutural: é composto por diversidade de componentes, que resultam em toda a infraestrutura que apoia o capital humano: metodologias, processos, tecnologias que permitem o funcionamento da organização, patentes e franquias (STEWART, 1998, 2002).

Capital Humano: são as capacidades, conhecimentos, habilidades e experiências, como também todos os processos envolvidos na dinâmica dessas qualidades individuais dentro da empresa, tais como a criatividade e a inovação organizacionais (STEWART, 1998, 2002)

Capital Intelectual: é o conhecimento útil que surge no momento em que a inteligência é organizada e sistematizada de forma coerente, permitindo que a mesma seja descrita, compartilhada e explorada; é ainda a soma do conhecimento de todos em uma empresa, o que lhe proporciona vantagem competitiva. É a matéria intelectual- conhecimento, informação, propriedade intelectual, experiência que pode ser utilizada para gerar riqueza; conhecimento que transforma matérias-primas, tornando-as mais valiosas (STEWART, 1998, 2001).

Componentes do Capital Intelectual – são conjuntos de elementos que compõem o Capital Humano, Capital Estrutural e Capital do Cliente (STEWART, 1998, 2002).

Conhecimento compartilhado - conhecimento transmitido de forma individual e/ou coletiva entre indivíduos e grupos de profissionais na organização de forma intencional (STEWART, 1998, 2002).

Elementos formadores do Capital Intelectual - composto pelo capital humano, capital estrutural e capital do cliente que são integrados no sistema de gestão na produção de ativos geradores de desenvolvimento e riquezas nas organizações (STEWART, 1998, 2002).

Estratégia: é o caminho definido para concentrar esforços com o objetivo de tornar real a visão da organização (KUNIYOSHI, 2008).

Gestão do Capital Intelectual: é o planejamento estratégico e implementação sistemática de ações gerenciais que resulte na formação do Capital Intelectual na organização (STEWART, 1998).

Gestão estratégica - busca identificar e captar os conhecimentos relevantes e utilizá-los de modo a gerar valor e retorno, alinhado, estrategicamente, à visão competitiva da organização (STEWART, 1998, 2002).

Inovação: é o processo de introduzir, adotar e implementar uma nova ideia (processo, bem ou serviço) em uma organização (KUNIYOSHI, 2008).

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisadora: Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro

Orientadora: Prof^ª. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes

_____, _____ de _____ de 2014

Eu _____ após ter recebido, através do sigilo quanto às informações confidenciais. Esclarecimentos a respeito do projeto de pesquisa intitulado: CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES a ser desenvolvida pela pesquisadora Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro sob a orientação da Dra. Josicélia Dumêt Fernandes na Universidade Federal da Bahia, com o objetivo de analisar a presença e a utilização dos componentes do Capital Intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares, declaro que aceito participar deste estudo e responderei a um questionário contendo um *check list* e à uma entrevista semiestruturada gravada. Tenho o direito de, a qualquer momento, de mudar ou complementar as informações prestadas e de desistir de minha participação com a devolução dos instrumentos de coleta respondidos, inclusive a gravação, sem prejuízo a minha autoestima e/ou meu crescimento profissional. Estou ciente de que não há benefícios financeiros pessoal e organizacional, bem como estou livre de riscos físicos, psicológicos ou morais. Estou ciente também, que serei informada sobre o andamento da pesquisa e terei uma cópia do relatório final. Autorizo que as informações oferecidas por mim sejam utilizadas para fins acadêmicos e científicos e publicação dos resultados da pesquisa, desde que, seja respeitado direito ao meu anonimato e privacidade e da organização hospitalar a qual estou vinculada,

Para dúvidas e esclarecimentos poderei entrar em contato com a pesquisadora através do endereço, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, rua Augusto Viana s/n Bairro do Canela, Salvador, Bahia. [HYPERLINK "mailto:anaarcanjo@hotmail.com"](mailto:anaarcanjo@hotmail.com) anaarcanjo@hotmail.com, Tel (71)32837613.

Salvador, _____ de _____ de 2014

_____ Assinatura da enfermeira

APÊNDICE B - Carta convite para os gestores de enfermagem

PREZADO (A) GESTOR (A),

Estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo analisar a presença e a utilização dos componentes do Capital Intelectual na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares, sob orientação da Profa. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes. Desse modo, convidamos-lhe a participar desse estudo, sendo que foi escolhida em função do seu perfil profissional, do tipo de atividade exercida e pelo perfil de sua organização e sem a sua participação é impossível verificar os elementos formadores e as práticas de gestão na utilização do capital humano, capital estrutural e capital do cliente que constituem o Capital Intelectual da enfermagem. A sua experiência no gerenciamento do serviço, participação em processo seletivo de pessoal de enfermagem, comissões de educação permanente ou de qualidade e avaliação de serviço, são requisitos para a nossa escolha. Entende-se que os resultados desse estudo possam contribuir para identificar quais as competências corporativas da enfermagem e quais os recursos para aproveitar as oportunidades assim como os indicadores de performance do capital intelectual da enfermagem contribuindo também para avaliar suas estratégias, ajudar nas decisões para desenvolvimento, diversificação e expansão de seus recursos. Entretanto, sabemos que diariamente temos pouco tempo disponível, mas garanto que 30 minutos serão suficientes para o preenchimento de um questionário e *check list* e entrevista. Tenho a certeza de que conto com você!

As informações fornecidas serão guardadas por nós durante cinco anos na escola de enfermagem da UFBA e estará a sua disposição sempre que desejar. Afirmamos que quaisquer informações referentes à metodologia e ao andamento da pesquisa lhe serão fornecidas a qualquer momento caso seja solicitado. Garantimos, também, a liberdade de recusar a participar desta pesquisa, bem como de retirar seu consentimento e as informações prestadas em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Informamos que o seu anonimato e da sua organização será assegurado bem como, não haverá riscos, constrangimentos e desconfortos durante a coleta dos dados e durante todo o desenvolvimento da pesquisa, levando em consideração o benefício da pesquisa, cujos resultados serão divulgados através de relatório, artigos para publicação, apresentação em congressos nacionais e internacionais. Os pesquisadores não terão benefícios financeiros diretos ou indiretos; e os custos correrão por conta dos pesquisadores, ou seja, você também não terá despesas pessoais com a pesquisa. Desta forma, torno claro o quanto é importante para nós a sua participação, e caso aceite participar peço que assine o termo de consentimento livre e esclarecido que segue em duas

vias das quais uma fica com você (a) e a outra com a pesquisadora.

Antecipadamente agradeço,

Salvador, _____ de _____ de 2014

Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSITUIÇÃO CO - PARTICIPANTE

Eu,....., diretor responsável pela organização hospitalar....., estou ciente e autorizo a pesquisadora Ana Lucia Arcanjo Oliveira Cordeiro a desenvolver nesta organização o projeto de pesquisa intitulado CAPITAL INTELECTUAL NA GESTÃO DAS ENFERMEIRAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES, Declaro conhecer as Normas e Resoluções que norteiam a prática de pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS, 466/2012, de estar ciente das corresponsabilidades como organização coparticipante do presente projeto de pesquisa, do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos de pesquisa aqui recrutados.

Salvador, ____ de maio de 2014

Assinatura e carimbo do responsável organizacional

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

PARTE 1- Objetivo: caracterizar a gestora de enfermagem

INFORMAÇÕES DA GESTORA

Nome fictício: Gestor (a) de Enfermagem n_____	Cargo que ocupa:
Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)	
Tempo de formada:	Tempo de admissão no Hospital:
Tempo de ocupação no cargo:	Qualificação: (<input type="checkbox"/>) especialização (<input type="checkbox"/>) mestrado (<input type="checkbox"/>) doutorado
Qualificação específica para o cargo: (<input type="checkbox"/>) curso de curta duração (<input type="checkbox"/>) treinamento (<input type="checkbox"/>) aperfeiçoamento, qual ? _____	

INFORMAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO QUE ATUA COMO GESTORA

Natureza Administrativa: publico (<input type="checkbox"/>) privado (<input type="checkbox"/>) filantrópico (<input type="checkbox"/>)	
Número de leitos: _____	Acreditado (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não Nível de acreditação: _____
Porte do hospital: (<input type="checkbox"/>) pequeno (<input type="checkbox"/>) médio (<input type="checkbox"/>) grande	

PARTE 2 - CHECK LIST

Objetivo: identificar o nível de presença dos componentes do capital humano, do capital estrutural e do capital do cliente na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares.

Para melhor compreensão considere as definições que se segue:

Capital humano refere-se tanto à capacidade, à habilidade e à experiência quanto ao conhecimento formal das pessoas que integram uma organização.

Capital estrutural é o conjunto de sistemas administrativos, conceitos, modelos, rotinas, marcas, patentes e programas de computador, ou seja, a infraestrutura necessária para fazer a empresa funcionar.

Capital do cliente é definido como a rede de relacionamento de uma organização com clientes, sociedade e parceiros.

ASSINALE COM UM X NAS COLUNAS DA DIREITA A NUMERAÇÃO CORRESPONDENTE AO NÍVEL DE PRESENÇA DOS ELEMENTOS ABAIXO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM QUE ATUA, DE ACORDO COM A SEGUINTE LEGENDA:						
1. MUITO PRESENTE						
2. PRESENTE						
3. MAIS OU MENOS PRESENTE						
4. RARAMENTE PRESENTE						
5. AUSENTE						
ELEMENTOS DO CAPITAL HUMANO						
RETENÇÃO DE TALENTOS						
1	É elevado o tempo de serviço dos profissionais de enfermagem no hospital	1	2	3	4	5
2	Em relação a retenção dos profissionais, a enfermagem está investindo a longo prazo	1	2	3	4	5
3	Os profissionais de enfermagem estão comprometidos com o hospital e, por isso, planejam permanecer no mesmo por muito tempo	1	2	3	4	5
4	A rotatividade dos profissionais de enfermagem é baixa no hospital	1	2	3	4	5
CONHECIMENTO, HABILIDADE, CAPACIDADE						
5	Os profissionais de enfermagem possuem o conhecimento e a experiência desejada pelo hospital	1	2	3	4	5
6	A equipe de enfermagem executa suas tarefas de forma eficiente e eficaz	1	2	3	4	5
7	As profissionais de enfermagem trabalham de forma eficaz em equipes	1	2	3	4	5
8	As profissionais de enfermagem são bastante capacitadas	1	2	3	4	5
9	O serviço de enfermagem utiliza sistema de avaliação de desempenho	1	2	3	4	5
10	Há compartilhamento de conhecimento individual e coletivo na equipe	1	2	3	4	5
11	A disseminação da informação é efetiva entre os profissionais de enfermagem	1	2	3	4	5
ESCOLARIDADE/ DESENVOLVIMENTO /INVESTIMENTO EM EDUCAÇÃO						
12	É ideal o nível de escolaridade/graduação dos profissionais de enfermagem no hospital	1	2	3	4	5
13	Os profissionais de enfermagem recebem apoio e incentivo para capacitação	1	2	3	4	5
14	O hospital apoia o desenvolvimento de carreira dos profissionais de enfermagem	1	2	3	4	5
15	Os custos com treinamento aos profissionais são elevados na empresa	1	2	3	4	5
AMBIENTE ORGANIZACIONAL/RELAÇÃO INTERPESSOAL						
16	Há um elevado sentimento de confiança entre o hospital e os profissionais de enfermagem, existe um grande orgulho de trabalhar nela	1	2	3	4	5
17	O clima é agradável para que os profissionais de enfermagem possam realizar suas tarefas	1	2	3	4	5
18	A equipe de enfermagem participa das decisões da empresa	1	2	3	4	5
INOVAÇÃO						
19	A capacidade individual dos profissionais de enfermagem permite a combinação de conhecimentos e habilidades para inovar e realizar suas tarefas	1	2	3	4	5
20	Estimula-se a experimentação, isto é, há liberdade para tentar e falhar	1	2	3	4	5
21	Pode afirmar que seus colaboradores são criativos e inovadores	1	2	3	4	5

22	A equipe é incentivada ao uso da criatividade e iniciativa	1	2	3	4	5
23	As habilidades profissionais da equipe de enfermagem são sempre valorizadas pelos seus clientes	1	2	3	4	5
24	O hospital terá enormes perdas se algum profissional de enfermagem importante sair da empresa	1	2	3	4	5
	Outros:	1	2	3	4	5
ELEMENTOS DO CAPITAL ESTRUTURAL						
APERFEIÇOAMENTO DE PRODUTOS E PROCESSOS						
25	Os investimentos em novos métodos e sistemas para no serviço tem crescido	1	2	3	4	5
26	É crescente, no hospital, os investimentos em tecnologia da informação	1	2	3	4	5
27	As sugestões feitas pelos profissionais de enfermagem são, na maioria das vezes, implementadas	1	2	3	4	5
28	A filosofia do hospital é incentivadora e participativa	1	2	3	4	5
TECNOLOGIA						
29	A implementação de novos modelos/métodos tem aumentado nos últimos anos	1	2	3	4	5
30	Tem melhorado significativamente as capacidades técnicas dos processos de assistência e administração da enfermagem	1	2	3	4	5
31	Novos conhecimentos são implementados no serviço de enfermagem	1	2	3	4	5
32	O nº de profissionais de enfermagem trabalhando em pesquisa e desenvolvimento tem aumentado	1	2	3	4	5
33	O tempo gasto com pesquisa e desenvolvimento tem aumentado na enfermagem	1	2	3	4	5
34	O número de equipamentos <i>versus atendimento ao cliente</i> é suficientemente adequado	1	2	3	4	5
EFICIÊNCIA E EFICÁCIA/GESTÃO						
35	O atendimento aos clientes tem sido mais rápido e eficiente	1	2	3	4	5
36	Têm diminuído as reclamações dos clientes	1	2	3	4	5
37	As despesas administrativas têm diminuído	1	2	3	4	5
38	As perdas e os desperdícios têm sido reduzidos na empresa	1	2	3	4	5
39	As taxas de retrabalho na enfermagem têm diminuído significativamente	1	2	3	4	5
PROCESSO DE COMUNICAÇÃO/BANCO DE DADOS						
40	Os sistemas de informações do hospital repassam todos os dados de maneira adequada	1	2	3	4	5
41	As ideias criativas são repassadas a todos na equipe de enfermagem	1	2	3	4	5
42	Os instrumentos gerenciais da enfermagem são eficazes	1	2	3	4	5
	OUTROS:	1	2	3	4	5
ELEMENTOS DO CAPITAL CLIENTE						
CAPTAÇÃO E RETENÇÃO DE CLIENTES						
43	O número de clientes tem aumentado nos últimos anos	1	2	3	4	5
44	É alta a frequência de repetição de internação dos clientes	1	2	3	4	5

SATISFAÇÃO DO CLIENTE						
45	Os seus clientes estão completamente satisfeitos com o serviço de enfermagem	1	2	3	4	5
46	Os clientes estão satisfeitos com Hospital em relação ao atendimento e qualidade dos cuidados de enfermagem	1	2	3	4	5
47	O serviço de enfermagem tem uma ótima reputação em relação aos clientes e fornecedores	1	2	3	4	5
48	O serviço de enfermagem tem alto comprometimento com os clientes	1	2	3	4	5
SISTEMA DE PARCERIA /INTEGRAÇÃO						
49	A enfermagem tem um forte relacionamento de parceria com fornecedores e clientes	1	2	3	4	5
50	Há diálogo e integração dos profissionais de enfermagem com os clientes	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de Stewart (1998); Gracioli (2005); Kim e Jang (2011)

PARTE 3 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Objetivo: Descrever como os componentes do capital intelectual são utilizados na gestão das enfermeiras em organizações hospitalares.

<p>DESCREVA-ME COMO VOCÊ UTILIZA NA PRÁTICA DE GESTÃO OS COMPONENTES DO CAPITAL HUMANO A SEGUIR: Retenção de talentos, Conhecimentos/habilidades/capacidades, Escolaridade/desenvolvimento/investimento em educação, Ambiente organizacional/relações interpessoais) Inovação</p>
<p>DESCREVA-ME COMO VOCÊ UTILIZA NA PRÁTICA DE GESTÃO OS COMPONENTES DO CAPITAL ESTRUTURAL A SEGUIR: Aperfeiçoamento de processos /produtos Tecnologia Eficiência/eficácia/gestão Processo de comunicação/banco de dados</p>
<p>DESCREVA-ME COMO VOCÊ UTILIZA NA PRÁTICA DE GESTÃO OS COMPONENTES DO CAPITAL DO CLIENTE A SEGUIR: Captação e retenção de clientes Satisfação do cliente, Sistema de parceria/integração</p>

ANEXOS

ANEXO 1 Parecer do CEP

MONTE TABOR - HOSPITAL
SÃO RAFAEL HSR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DO CAPITAL INTELECTUAL NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DAS ENFERMEIRAS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Pesquisador: Ana Lúcia Arcaño Oliveira Cordeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36373614.3.0000.0048

Instituição Proponente: Hospital São Rafael/Monte Tabor-BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 812.879

Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação do Projeto:

O reconhecimento dos elementos formadores do capital intelectual da enfermagem e a sua utilização, contribuem para a implementação de práticas de gestão que ampliam a eficiência da produção do trabalho das enfermeiras nas organizações de saúde. Com base nessa premissa este projeto tem como objeto o Gestão do Capital Intelectual da enfermagem, no qual pretendemos responder a seguinte questão: Como estão sendo utilizados os elementos formadores do Capital Intelectual nas práticas de gestão de enfermeiras nas Organizações hospitalares ? objetivo geral: - Analisar a utilização dos elementos formadores do Capital Intelectual nas práticas de gestão das enfermeiras em Organizações hospitalares , da cidade de Salvador-Ba. Objetivos específicos: - Identificar a utilização dos elementos formadores do capital humano, do capital estrutural e do capital cliente da enfermagem nas práticas de gestão das enfermeiras em Organizações Hospitalares; Descrever como os elementos formadores do capital intelectual da enfermagem são utilizados nas práticas de gestão das enfermeiras em Organizações Hospitalares. Metodologia: pesquisa qualitativa exploratória

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

operacionais podem ser tomadas com base no conjunto de conhecimentos disponíveis interna ou externamente (KUNIYOSHI, 2008). Dessa forma, a enfermeira, utilizando a gestão do CI, possivelmente, poderá atingir objetivos estratégicos, gerar novas tecnologias, dar mais visibilidade à sua produção e ampliar a valorização do seu trabalho. No meu entendimento, para a enfermeira desenvolver essa tendência de gestão deve também conhecer quais são os elementos do CI e utilizá-los em ações planejadas e sistemáticas, para otimizar as forças produtivas do conhecimento, compartilhando informação, maximizando a criatividade e inovação através da melhoria de desempenho da equipe utilizando o seu potencial (competências, expertises e talentos), pois, como refere Stewart (1998), isso irá transformar o conhecimento individual e coletivo em CI na produção de riquezas e de bens para a organização, aos quais acrescento também, o crescimento profissional. O desafio das enfermeiras gestoras, é identificar os elementos do Capital Intelectual nas empresas em perspectiva ampliada de valor, e geri-los estrategicamente orientando-os para a inovação. Devem, nesse sentido, desenvolver a competência de integrar o Capital Intelectual de funcionários e colaboradores diretos e indiretos, participantes dos negócios da organização, de forma a otimizar o desempenho organizacional e fomentar o desenvolvimento de novas soluções para um mercado em rápida e constante transformação (STOECKICHT, 2012) A adoção de iniciativas e práticas de gestão do CI decorre de uma decisão política organizacional e do conhecimento da própria gestora do serviço de enfermagem tendo em vista a viabilidade e os benefícios e resultados propostos em termos de informações integradas que agreguem valor nas várias dimensões da empresa. Essa decisão envolve investimentos de recursos financeiros, horas de trabalho, mobilização interna e treinamento, dentre outros. Sabe-se que a implementação da gestão do CI é um meio de ampliar a competitividade (KUNIYOSHI, 2008). É possível perceber as contribuições de práticas e iniciativas da gestão do CI para o poder de crescimento, desenvolvimento, inovação e competitividade da organização em vários estudos publicados, por terem semostrado, fundamentais para aumentar a eficiência e eficácia da empresa sendo fundamental que o administrador realize uma boa gestão do CI identificando, criando, desenvolvendo, mantendo e mensurando o CI da empresa a fim de aumentar a geração de valor (MATHEUS, 2003). Por essas razões as gestoras de enfermagem, precisam acompanhar as novas tendências de gestão assumindo uma postura mais inteligente e racional em relação ao capital humano (RUTHES, CUNHA 2009). As enfermeiras ao atuarem aplicam saberes que agregam valor à organização, pela natureza complexa de seu trabalho na relação direta com o cliente e nos processos estruturais da organização. Dessa forma produz ativos, que são intangíveis e estão diluídos em outras potencialidades geradoras de bens nas Organizações Hospitalares, dificultando a sua

visibilidade tanto pelos gestores, como pelas próprias enfermeiras e clientes. Da mesma forma, acredito ser importante e necessário que as enfermeiras nas suas práticas de gestão saibam identificar, utilizar e desenvolver estratégias úteis e valiosas para desenvolver o CI da enfermagem. Entendo também, que a aplicação da informação e do conhecimento em qualquer organização, sempre será a base para o crescimento e desenvolvimento no mundo, pois a gestão do CI não será mais um modismo administrativo já que uma de suas bases de sustentação, é o conhecimento, consistente e sólido, sofre mudanças apenas para o seu aprimoramento. No serviço de enfermagem, no meu ponto de vista, existem os elementos humanos no desenvolvimento de práticas de gestão, tais como a ênfase na formação de todos da equipe de enfermagem, a seleção baseada em competências e habilidades, treinamento, uso e desenvolvimento de tecnologia, pesquisa e processo de comunicação. Em relação aos elementos estruturais a enfermagem desenvolve, modelos, protocolos e processos relacionados aos cuidados, administração, ensino e pesquisa; assim como em relação aos elementos do cliente interno no qual mantém relacionamento direto para o atendimento das suas necessidades de saúde; ao cliente externo existem os elementos das relações com fornecedores, empresas terceirizadas e outros profissionais de saúde. Nesse aspecto, Stewart (1998) refere que o Capital Cliente deriva das habilidades do ser humano em se relacionar, de manter estratégias de inovação, que gere satisfação e lealdade do cliente a empresa. Dessa forma, trago como pressuposto que a enfermeira na sua prática de gestão, desenvolve ações pontuais, e ao utilizar práticas organizadas e sistemáticas pode transformar os conhecimentos individuais e coletivos da equipe em novas tecnologias materializadas, que sejam compartilhadas e exploradas atendendo aos objetivos organizacionais e o interesse da própria enfermagem, e dessa forma, pode aumentar a visibilidade do produto do seu trabalho, ou seja, aproveitar mais a matéria intelectual representada pelos talentos, expertise e conhecimentos dos seus profissionais, que Stewart (2002) chama de material intelectual bruto, que deve ser gerenciado para transformar em CI. Na organização hospitalar a enfermagem desempenha um papel cada vez mais importante e dela depende a maior parte dos sistemas de atendimento ao cliente sendo fonte permanente de inovação e diferenciação no atendimento às necessidades do cliente, empregando mão-de-obra especializada, gerando impacto direto na base da produtividade organizacional de bens intangíveis. A sua produção é uma atividade intensiva em conhecimento, não existindo pesquisas no âmbito da gestão do CI em hospitais com foco na enfermagem, conforme a literatura analisada, sendo este estudo motivado também, por essa escassez de pesquisas realizadas com o fim aqui proposto. Vale ressaltar o resultado da pesquisa sobre a produção nacional de estudos sobre gestão do CI na enfermagem, realizado em julho de 2013,

nos sites Scielo , periódicos CAPES, BDEF e PUBMED utilizando a palavra-chave Capital Intelectual , foi encontrado um artigo sobre o CI publicado por Rosa Maria Ruthes e Isabel Cristina Kowl Olm Cunha em 2009 sobre gestão do conhecimento descrevendo sinteticamente o CI e sua importância. Apesar dessa escassez, nos chamou atenção a publicação da enfermeira Maria Ivone Chaves Mauro nos anais do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1983, com o título: Economia e saúde na política nacional de desenvolvimento do país: importância do capital humano. Este tema, atualmente, continua em destaque nas organizações e é um componente importante do CI. Hospitalares da cidade de Salvador .

Objetivo Secundário:

- Identificar os elementos formadores do capital humano, do capital estrutural e do capital cliente utilizados na prática de gestão das enfermeiras em Organizações Hospitalares;-
- Descrever como os elementos formadores do capital humano, do capital estrutural e do capital do cliente são utilizados na prática de gestão das enfermeiras em Organizações Hospitalares

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos de constrangimentos e desconfortos durante a coleta dos dados e durante todo o desenvolvimento da pesquisa a serem evitados pela pesquisadora. Os sujeitos terão a liberdade de recusar a qualquer momento de colaborar com a pesquisa.

Benefícios:

Acredito que esta pesquisa será inovadora para o contexto da enfermagem, no qual verifiquei escassez da literatura, e relevante para a compreensão e utilização do CI por ser um tema atual no âmbito das organizações, que objetiva tornar o conhecimento mais produtivo, melhorar o desenvolvimento da prática de gestão das enfermeiras com foco na inovação estratégica e organizacional, como também, para dar visibilidade à produção do trabalho da enfermagem e, dessa forma, valorizá-los nas organizações. Esta relevância já é consolidada como estratégia competitiva no mundo empresarial em outras áreas de conhecimento e em várias partes do mundo. Este estudo trará contribuições para as organizações hospitalares e para as Instituições formadoras, pois explora novos conhecimentos na área de gestão da enfermagem, no que se refere às informações não financeiras que constituem um bem social intangível, além do estabelecimento de parâmetros que contribuirão com a estruturação de eixos norteadores para a avaliação da força produtiva da enfermagem. Espera-se também, propiciar aos gestores das organizações investigadas um melhor entendimento sobre o CI e sua evidência para a sistematização de sua utilização nas práticas de gestão. Os resultados serão divulgados através

de relatório, artigos para publicação, apresentação em congressos nacionais e internacionais. Os pesquisadores não terão benefícios financeiros diretos ou indiretos; e os custos correrão por conta dos pesquisadores, ou seja, você também não terá despesas pessoais com a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante para identificar as práticas de gestão em enfermagem e o uso do capital intelectual (CI).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

Existe uma repetição na apresentação do TCLE, sugiro remover.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP aprova o parecer do relator

SALVADOR, 30 de Setembro de 2014

Assinado por:
Regina Maria Pereira Oliveira
(Coordenador)