

# AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO CURSO DE GESTÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO SUS

*RELATÓRIO DE PESQUISA*



Ministério da  
Saúde

Governo  
Federal

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS**  
DE ENSINO E PESQUISA



**HOSPITAL**  
SÍRIO-LIBANÊS

FUNDAÇÃO DOM CABRAL  
**FDC**  
DESENVOLVIMENTO DE EXECUTIVOS E EMPRESAS

## **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH**

José Rubens Rebelatto – Presidente

Celso Fernando Ribeiro de Araújo – Diretor de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos

Garibaldi José Cordeiro de Albuquerque – Diretor de Logística e Infraestrutura Hospitalar

Walmir Gomes de Sousa – Diretor Administrativo Financeiro

Jeanne Liliâne Marlene Michel – Diretora de Gestão de Pessoas

Cristiano Cabral – Diretor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

Arthur Goderico Forghieri Pereira – Assessor de Planejamento Estratégico

## **HSL – Hospital Sírio-Libanês**

Vivian Abdalla Hannud – Presidente da Sociedade Beneficente de Senhoras

Gonzalo Vecina Neto – Superintendente Corporativo

Paulo Chapchap – Superintendente de Estratégia Corporativa

Roberto de Queiroz Padilha – Superintendente de Ensino

# AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO CURSO DE GESTÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO SUS

## *RELATÓRIO DE PESQUISA*

AUTORES:

Romeu Gomes

Suely Ferreira Deslandes

Camila Aloisio Alves

Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva



Ministério da  
Saúde

Governo  
Federal



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS



**Ficha Catalográfica**  
**Biblioteca Dr. Fadlo Haidar**  
**Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**

© Reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

**A963**

Avaliação de Resultados do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais/ Romeu Gomes [...]. -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015.

84p. (Projeto de Apoio ao SUS)

ISBN: 978-85-66757-50-7

Vários autores: Romeu Gomes; Suely Ferreira Deslandes; Camila Aloisio Alves; Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.

1. Avaliação. 2. Hospital Universitário. 3. Gestão hospitalar. 4. Educação de pós-graduação em saúde. 5. Avaliação de resultados. 6. Pesquisa qualitativa. 7. Análise quantitativa. I. Título.

**NLM: WA 590**

## Resumo

O presente relatório trata da pesquisa que avaliou os resultados do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, desenvolvido em parceria entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital Sírio-Libanês (HSL). A pesquisa em questão teve como **objetivo geral** avaliar os resultados do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS. Os **objetivos específicos** foram: (a) analisar a satisfação dos especializandos com o processo de aprendizagem; (b) analisar as áreas de competência desenvolvidas no curso e (c) avaliar a consistência dos Planos Diretores Estratégicos (PDE) produzidos. Dois **marcos teórico-conceituais** orientaram o estudo: a análise avaliativa (atividade comprometida em aplicar um julgamento de valor de uma intervenção através de um conjunto de procedimentos científicos capaz de fornecer informações válidas e socialmente legítimas) e a análise de competência segundo uma perspectiva dialógica (desenvolvimento de capacidades ou atributos combinados para realizar ações e características de uma prática profissional com sucesso).

O **desenho metodológico** – baseado na triangulação de métodos quantitativo e qualitativo – apoiou-se em estratégias observacionais a partir de temporalidade ante-post de aplicação de instrumentos. Como estratégia metodológica, definiram-se as seguintes questões: (1) Qual é a satisfação dos especializandos com o processo de aprendizagem vivenciado no curso? (2) Qual é a percepção de domínio dos especializandos sobre as áreas de competência propostas pelo curso? (3) Os produtos apresentados (PDE) demonstram coerência, viabilidade e mecanismos de monitoramento e avaliação? No que tange à coleta de dados, utilizaram-se questionário estruturado a partir de escalas; entrevista semiestruturada e ficha de avaliação dos PDE. Os dados coletados a partir da escala foram tratados descritivamente e de forma analítica. As informações fornecidas pela entrevista foram analisadas por meio do método hermenêutico-dialético de interpretação de sentidos. Os PDE foram avaliados por meio de indicadores ancorados nos desempenhos das áreas de competência.

Em termos de **resultados**, destacam-se os seguintes: (a) a motivação e as expectativas iniciais dos especializandos mostraram-se vinculadas à missão institucional e à perspectiva de aperfeiçoamento para execução do trabalho; (b) os especializandos perceberam possuir maior domínio nas capacidades voltadas para a área de gestão em saúde do que nas capacidades das áreas de assistência à saúde e educação na saúde; (c) os PDE demonstraram ter havido maior investimento no texto para descrever o seu processo de construção do que para a descrição das ações, dando pouca ênfase à justificativa das escolhas por determinados problemas e nós críticos; (d) a avaliação da satisfação tanto relacionada aos objetivos do curso quanto às atividades concentrou-se nas respostas satisfatória com excelência/satisfatória, com percentuais no intervalo de 66,7% a 89,7% e 79,8% a 95,2%, respectivamente, nos itens avaliados; (e) a autoavaliação do grau de domínio nas áreas de competência concentrou-se nas respostas “domino com excelência/domino”, com a variação de percentuais no intervalo de 43,4% (para a área Assistência à Saúde nos Hospitais Universitários do SUS) a 64,5% (para Gestão em Saúde), nos itens avaliados e (f) não foram encontradas diferenças significativas nos escores totais dos eixos (satisfação em relação aos objetivos do curso; às atividades desenvolvidas durante o curso e ao grau de domínio que o respondente obteve em relação às capacidades desenvolvidas durante o curso), segundo região do país, ao nível de 5% de significância.

No que se refere à **conclusão**, destaca-se que a primeira hipótese relativa à satisfação dos especializandos em relação ao curso foi respondida, evidenciando-se em toda a análise um alto grau de satisfação dos cursistas com a experiência de aprendizagem proporcionada pelas metodologias ativas. Já em relação à segunda hipótese, o PDE, o acervo dos planos mostrou altos desempenhos na maioria dos quesitos avaliados, expressando coerência entre os problemas escolhidos e as estratégias para enfrentá-los. Contudo, não se evidenciou a defesa e explicitação da eleição de determinados problemas e nós críticos em detrimento de outros. Os critérios de escolha dos nós críticos estavam implícitos na aplicação da metodologia, e não se apresentou uma defesa de argumentos que sustentassem tais eleições.

Por fim, em termos de **recomendações** ressaltam-se aquelas que abordam os seguintes aspectos: estratégias de seleção e divulgação do curso, logística, metodologia do curso e elaboração do PDE. Entre essas recomendações, destacam-se: conferir maior investimento em conhecimentos e práticas voltadas ao setor administrativo, observando as características e a legislação do setor público; reforçar estratégias educacionais voltadas para a constituição de redes de assistência à saúde no SUS; e assegurar no PDE a articulação entre os âmbitos de competência, ressaltando igualmente a assistência e a educação na saúde.

## Lista de Quadros

Quadro 1 – Critérios para a análise de consistência dos planos .....	13
Quadro 2 – Ficha de avaliação dos PDE .....	14
Quadro 3 – Plano operativo da pesquisa .....	17

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição absoluta e proporcional do perfil dos entrevistados .....	17
Tabela 2 – Distribuição absoluta e proporcional dos cursos de graduação .....	18
Tabela 3 – Distribuição absoluta e proporcional dos tipos de curso de pós-graduação .....	18
Tabela 4 – Distribuição absoluta e proporcional do tempo de experiência na área de gestão em saúde .....	19
Tabela 5 – Informações sociodemográficas referentes aos entrevistados .....	19
Tabela 6 – Principal motivo que levou a fazer o curso .....	20
Tabela 7 – Satisfação e alta satisfação dos especializandos com o cumprimento dos objetivos do curso .....	23
Tabela 8 – Satisfação e alta satisfação dos especializandos com vivências da metodologia construtivista .....	28
Tabela 9 – Nível de satisfação dos especializandos com as atividades presenciais e a distância .....	32
Tabela 10 – Distribuição do domínio percebido por capacidades da área de gestão em saúde .....	43
Tabela 11 – Distribuição do domínio percebido por capacidades da área de competência de assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS .....	45
Tabela 12 – Distribuição do domínio percebido por capacidades da área de competência para educação no contexto do HU .....	47
Tabela 13 – Análise descritiva do escore total segundo eixos de análise .....	81

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	<b>6</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>8</b>
<b>3. Marco teórico-conceitual</b>	<b>8</b>
<b>4. Hipóteses</b>	<b>10</b>
<b>5. Metodologia</b>	<b>11</b>
5.1. Avaliação por triangulação de métodos	11
5.2. Natureza do estudo	12
5.3. Questões avaliativas	12
5.4. Parâmetros avaliativos	12
5.5. Operacionalização do estudo	15
<b>6. Caracterização dos sujeitos da pesquisa</b>	<b>17</b>
<b>7. Motivações e expectativas dos especializandos</b>	<b>20</b>
7.1. Motivação para a participação no curso	20
7.2. Expectativas iniciais em relação ao curso	21
7.3. Objetivos do curso e conteúdo programático	22
7.4. Vivências educacionais	26
7.5. Organização do curso: a distribuição da carga horária e das atividades	31
7.6. Satisfação em relação ao curso	32
7.7. Síntese Interpretativa	39
<b>8. A percepção de domínio dos especializandos sobre as áreas de competência</b>	<b>42</b>
8.1. Avaliação do ganho de competência para a gestão em saúde	42
8.2. Avaliação do ganho de competências para assistência no contexto do HU	45
8.3. Avaliação do seu ganho de competências para educação no contexto do HU	47
8.4. Síntese Interpretativa	48
<b>9. A avaliação dos Planos Diretores Estratégicos</b>	<b>50</b>
9.1. Clareza e pertinência do problema ou objeto da intervenção	50
9.2. Coerência da análise de contexto com a abrangência de sua proposta	51
9.3. Clareza dos objetivos e adequação ao enfrentamento do problema ou da problemática	52
9.4. Coerência entre nós críticos e ações propostas	52
9.5. Parâmetros de monitoramento ou avaliação	52
9.6. Coerência com os princípios do curso e áreas de competência desejadas	53
9.7. Coerência entre a teoria explicativa e a prescrita do plano	54
9.8. Viabilidade política e financeira dos PDE	54
9.9. Validade de conteúdo, validade pragmática	55
<b>10. Conclusões e recomendações</b>	<b>56</b>
<b>Referências</b>	<b>58</b>
<b>Apêndices</b>	<b>60</b>
<b>Anexo</b>	<b>83</b>

## 1. Introdução

O presente relatório trata da pesquisa que avaliou os resultados do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS. Esse curso – que se desenvolveu no período de agosto de 2013 a junho de 2014 – faz parte do Projeto de Capacitação e Planos Diretores Estratégicos dos Hospitais Universitários Federais (HUs), resultado da parceria entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital Sírio-Libanês (HSL). O curso voltou-se para o desenvolvimento de competência do grupo de governança dos hospitais universitários, a partir das necessidades de gestão, assistência à saúde e educação de cada hospital envolvido. Quatro diretrizes nortearam o curso: (a) Viabilizar a assistência de excelência, favorecendo a evolução do ambiente de ensino e pesquisa; (b) Promover a cultura da relevância dos HUs nos SUS e na formação de profissionais para o país; (c) Adotar padrões baseados nas melhores práticas, respeitando a autonomia responsável e a vocação dos hospitais universitários e (d) Comprometer-se com a transparência das informações e com o aprimoramento da missão pública, com qualidade e eficiência<sup>1</sup>.

6 | O objetivo geral do curso foi contribuir para a qualificação da gestão dos hospitais universitários federais por meio de um programa de capacitação de profissionais. Seus objetivos específicos foram: (a) Orientar a capacitação de profissionais dos HUs segundo o perfil de competência do gestor do hospital universitário construído pela EBSERH e pelo HSL; (b) Capacitar 100 profissionais, sendo 9 participantes de cada um dos 10 HUs indicados e 10 profissionais da EBSERH; (c) Apoiar a elaboração de 10 Planos Diretores Estratégicos (PDE), sendo um para cada hospital universitário, considerando seu contexto interno e inserção no SUS; (d) Promover a construção, a disseminação e o desenvolvimento dos conceitos, das ferramentas e dos dispositivos de gestão, de assistência à saúde e educação na saúde, segundo melhores práticas e diretrizes de referência; (e) Apoiar e fortalecer a constituição de redes de assistência à saúde orientadas às necessidades de saúde dos usuários, segundo os princípios do SUS; (f) Promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde.

O curso visou à capacitação de profissionais de 10 hospitais universitários, situados em nove estados da federação, e esses profissionais devem orientar outros profissionais na melhoria do sistema de saúde brasileiro, nos respectivos hospitais e redes de assistência.

Os profissionais pertenciam aos seguintes hospitais:

1. Hospital Universitário Getúlio Vargas (UFAM)/AM
2. Hospital Universitário de Brasília (HUB – UnB)/DF
3. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (UFES)/ES



4. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)/MA
5. Universidade Federal da Grande Dourados (HU – UFGD)/MS
6. Hospital de Clínicas (UFTM)/MG
7. Hospital das Clínicas (UFMG)/MG
8. Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI)/PI
9. Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)/RN
10. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)/RS

Esses profissionais distribuíram-se em equipes, com professores que atuaram como facilitadores de aprendizagem. Os agrupamentos variaram de acordo com as atividades do curso. Em determinados momentos, houve atividades envolvendo toda a turma, em outros foram formadas equipes. Nesse sentido, os participantes compuseram, em diferentes momentos, Equipes Diversidade e Equipes de Afinidade. As primeiras foram formadas por nove participantes de diferentes hospitais e um participante da EBSERH, com a finalidade de ampliar os diferentes pontos de vista nas discussões. Já as segundas constituíram-se de nove participantes que integravam um mesmo hospital e um participante da EBSERH, com a atribuição de desenvolver o Plano Diretor Estratégico (PDE), visando à transformação de situações-problemas identificadas na realidade.

O curso desenvolveu-se a partir das áreas de competência (gestão, assistência e educação) que integram um conjunto de capacidades necessárias ao exercício de uma prática considerada competente para a gestão de hospitais universitários. Cada área é composta por ações-chave, detalhadas por desempenhos (integração de capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais). Dois eixos nortearam o curso: simulação da realidade e contexto real do trabalho do participante.

O trabalho de conclusão do curso foi um Plano Diretor Estratégico (PDE), que caracterizou por:

*“uma atividade coletiva, desenvolvida pela equipe afinidade visando à construção de uma intervenção na realidade. Trata-se de uma proposta de intervenção que envolve todos os participantes da equipe, a partir de uma leitura ampliada da realidade na qual se identificam os problemas a serem trabalhados no Plano Diretor Estratégico – PDE. O PDE deve ser orientado às melhores práticas, no sentido da promoção da qualidade e segurança da assistência à saúde no hospital e na respectiva rede”1 (p. 27).*

O PDE materializa um importante resultado do curso, uma vez que tanto reflete domínios de competências desenvolvidos quanto projeta ações que apontam para a operacionalização de mudanças a serem realizadas após o curso. Assim, o PDE constitui-se em um produto relevante a ser utilizado para avaliar os resultados do curso.

## 2. Objetivos

A pesquisa em questão teve como **objetivo geral** avaliar os resultados do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS.

Os **objetivos específicos** foram os seguintes:

- Analisar a satisfação dos especializandos com o processo de aprendizagem.
- Analisar as áreas de competência desenvolvidas no curso.
- Avaliar a consistência dos Planos Diretores Estratégicos produzidos.

## 3. Marco Teórico-Conceitual

A definição de avaliação aqui adotada, entre tantas possíveis, é de uma atividade comprometida em aplicar um julgamento de valor de uma intervenção através de um conjunto de procedimentos científicos capaz de fornecer informações válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção aos diferentes atores envolvidos, subsidiando que se posicionem e elaborem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de gerar ação<sup>2</sup>.

O estudo proposto alinhou-se ao escopo das pesquisas avaliativas de caráter somativo. Assim, tratava-se de uma pesquisa com propósito de emitir um julgamento sobre o valor de dada intervenção após seu término, visando fornecer subsídios para a tomada de decisões no sentido da correção dos rumos e de estratégias adotadas, caso nova ação seja realizada ou mesmo visando aquilatar a importância dessa intervenção para uma audiência externa<sup>3</sup>. As avaliações somativas também se prestam a analisar se dada intervenção alcançou os resultados desejados<sup>4</sup>.

A avaliação tomou como foco os resultados da intervenção. Esse tipo de avaliação pode priorizar os produtos, os efeitos (esperados e não esperados) ou o impacto da intervenção. Por produtos entende-se a materialidade de resultados que correspondem a atividades realizadas a partir de determinados recursos previstos e vinculados a certos objetivos da intervenção (número de cursistas formados, número de planos apresentados etc.). Os efeitos esperados dizem respeito aos resultados decorrentes do cumprimento do objetivo geral da intervenção sob análise (o Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS).

Esses efeitos espelham os resultados positivos diante do problema que a intervenção pretendeu enfrentar e modificar (qualificação da gestão hospitalar universitária). Os efeitos não esperados, por sua vez, demandam análise caso a caso, pois são derivados da intervenção, mas podem ser positivos ou negativos em relação aos propósitos delimitados pela intervenção. Finalmente, grosso modo, por impacto definem-se os resultados esperados que perduram ao longo do tempo, mesmo após findada a intervenção<sup>5</sup>.

Nesse sentido, buscou-se avaliar os efeitos e os produtos após a intervenção sob análise.

Os efeitos esperados segundo a proposta do Curso dizem respeito ao desenvolvimento de áreas de competência de gestão, assistência e educação, balizadas pelo conjunto de ações-chaves descritas: promover a construção e a implementação do projeto organizacional do hospital universitário; acompanhar e avaliar o desenvolvimento do hospital universitário; promover a construção de planos de ação para a melhoria da assistência à saúde no SUS; avaliar a qualidade e a segurança da assistência à saúde dos usuários do SUS; identificar necessidades de aprendizagem; propor e avaliar ações educacionais; e promover, gerenciar e avaliar a produção e a disseminação de novos conhecimentos<sup>1</sup>. Tais efeitos foram analisados a partir do prisma da satisfação dos cursistas com o desenvolvimento dessas áreas de competência.

Nessa pesquisa, os produtos esperados foram dez Planos Diretores Estratégicos – PDE. Entretanto, na época da finalização da pesquisa, um PDE não havia sido entregue à secretaria do curso. Assim, foram analisados nove planos.

Outro marco conceitual desta análise se relaciona à definição de competência. Essa definição é vista a partir de diferentes abordagens. Aqui ela é entendida com base na perspectiva dialógica. Segundo Lima<sup>6</sup>:

*“A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional” (p. 372).*

Lima<sup>6</sup> observa que essa abordagem – que põe em diálogo a formação com o mundo do trabalho – leva em conta tanto a história das pessoas quanto a das sociedades, perpassadas por processos de reprodução e transformação de saberes e valores que influenciam os resultados que são esperados numa determinada área profissional.

Ainda segundo a mencionada autora, não se pode observar diretamente a competência, mas essa pode ser inferida pelo desempenho, que é a capacidade em ação. Nesse sentido, conjuntos de desempenhos configuram áreas de competência. A competência não é algo que se possa observar diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho. Numa determinada profissão, agrupamentos de desempenhos de natureza afim conformam áreas de competência complementares refletindo contextos e padrões de excelência<sup>6</sup>.

Considerando-se que a intervenção em pauta é um processo formativo, certamente boa parte de seus resultados são intangíveis e não consolidados imediatamente ao término do Curso.

É corrente na literatura a crítica de que muitas análises de resultado ignoram a riqueza dos processos e do contexto da intervenção, atendo-se exclusivamente aos efeitos produzidos. Essa perspectiva, denominada como modelo da caixa-preta, abstrai o aprendizado que as dificuldades e soluções criadas pelos atores podem representar para a análise<sup>7</sup>. Visando minimizar tal reducionismo, o projeto delinea em seu percurso investigativo a coleta de depoimentos dos principais atores que protagonizam a ação em foco, analisando os processos e contextos do curso a partir de suas perspectivas e experiências.

Como já dito, outro aspecto avaliativo tratado foi a satisfação dos cursistas com os processos pedagógicos e ganho de competência. A satisfação geralmente é tratada como um elemento coadjuvante na análise de resultados, sendo associada pelos beneficiários como retrato da efetividade do serviço ou como um ganho obtido a partir da intervenção. Nesse campo predominam os estudos de avaliação dos usuários de serviços públicos e privados (de saúde, de educação etc.). O conceito de satisfação é pouco consensual e irá variar consideravelmente de acordo com suas teorias de origem, seja da psicologia, do marketing, ciências políticas ou administração. Pode ser definida como: (1) a diferença existente entre as expectativas e a percepção da experiência (teoria da discrepância); (2) a diferença entre o desejado e o efetivamente obtido (teoria da realização); (3) a confirmação de expectativa e (4) a comparação entre ganhos e perdas obtidos em comparação com os de outros usuários (teoria da equidade)<sup>8</sup>.

Os estudos sobre satisfação são criticados pela pouca formalização teórica e ampla polissemia em torno da sua categoria central. A satisfação pode ser influenciada por um conjunto vasto de variáveis e condições que não necessariamente dizem respeito à intervenção analisada. Escolaridade, nível socioeconômico, nível de expectativas quanto à intervenção, condição de usufruto de direitos, gênero e geração são atributos, entre outros, capazes de influenciar a satisfação<sup>8,9,10</sup>.

A avaliação de consistência dos PDE foi conduzida pelas referências da análise estratégica e da análise lógica.

A análise estratégica visa determinar a adequação ou coerência existente entre os problemas que se buscam resolver e os objetivos da intervenção proposta. Segundo as orientações de Champagne et al<sup>11</sup>, três questões de análise norteiam esse percurso, que tratam da pertinência: (1) da escolha do problema em relação ao conjunto de problemas enfrentados pela organização; (2) da proposição dos objetivos (as causas do problema eleitas como objetivo de enfrentamento e as populações a quem se dirigem); (3) da eleição das parcerias para a realização da intervenção.

A análise lógica visa analisar o mérito do modelo teórico que sustenta a intervenção proposta (plausibilidade das hipóteses) e a análise da validade do modelo operativo (exatidão dos meios). Busca-se analisar a adequação entre esses dois componentes, ou seja, a adequação entre as hipóteses sobre as causas do problema e os meios propostos para superá-las<sup>12</sup>.

## 4. Hipóteses

Duas hipóteses serviram de baliza para a pesquisa:

- a) Cursos de especialização com metodologias ativas conseguem obter, entre seus resultados, alta satisfação dos participantes (aferida objetivamente pela atribuição de conceitos “bom” e “muito bom” pelos cursistas), uma vez que esses são estimulados a refletirem acerca do seu contexto real do trabalho e ensaiam respostas voltadas para suas próprias demandas.
- b) Um Plano Diretor Estratégico consegue definir adequadamente a escolha do problema em relação ao conjunto de problemas enfrentados pela organização quando é construído por pessoas que serão responsáveis pela sua própria gestão.

## 5. Metodologia

### 5.1. AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

A triangulação serviu como orientação metodológica dessa pesquisa, tomando-se como pressuposto que essa opção permite uma abordagem capaz de agregar maior complexidade e maior validade do objeto de estudo diante da totalidade do real a que pertence.

A triangulação foi conceituada inicialmente em 1959 por Campbell e Fiske num estudo do campo da psicologia<sup>13</sup>. Já designava a combinação de metodologias para o estudo de um mesmo fenômeno. Todavia, será Denzin<sup>14</sup> a notabilizar a conceituação de triangulação ao indicar seus quatro tipos possíveis:

- a) Triangulação de dados: refere-se à utilização de uma variedade de fontes de dados. Entende-se que os achados podem ser corroborados, assim como suas deficiências podem ser minimizadas pela diversidade das informações obtidas, desde que coletados por meio de procedimentos rigorosos e a partir de fontes confiáveis.
- b) Triangulação de investigadores: é a utilização de mais que um pesquisador, entrevistador, observador ou analista de dados em um estudo. A concordância entre os achados e interpretações entre diferentes pesquisadores, obtida por meio de discussão prévia ou negociação, revela alta credibilidade.
- c) Triangulação de teorias para a interpretação dos dados: aponta a utilização de distintas teorias ou hipóteses teóricas para examinar uma mesma situação ou fenômeno.
- d) Triangulação de métodos: é a utilização de mais de um método para estudar determinada situação ou fenômeno. Busca-se diminuir as deficiências e vieses que advêm da adoção de um método único. Acredita-se que os pontos fortes de um método podem compensar as fraquezas de outro.

A maior validade que a triangulação pode aportar demanda uma leitura crítica, pois esse ganho não é dado a priori, mas somente a partir de profunda reflexão sobre os dados divergentes e inconsistentes. É inegável que possibilita uma diversidade e complexidade de elementos ao(s) investigador(es), a quem caberá a elaboração de uma proposição significativa do objeto ou fenômeno analisado<sup>13</sup>.

A autora brasileira que mais se dedicou ao desenvolvimento de uma proposta de avaliação por triangulação foi Minayo<sup>15,16</sup>. Minayo<sup>17</sup>, tomando por base as premissas kantianas do entendimento humano (intuição, antecipação da percepção, analogias da experiência e postulados empíricos), o pensamento de Morin sobre complexidade e auto-organização e a perspectiva comunicativa habermasiana, defende uma relação colaborativa e complementar entre os aportes quantitativos e qualitativos, entendidos como uma síntese de maior complexidade diante da totalidade e historicidade dos objetos avaliados. Concorda-se com o entendimento de Minayo, que o conhecimento gerado traduz as dimensões estruturais dos fenômenos, mas também as construções forjadas pela experiência no mundo da vida, num exercício discursivo que reconhece o movimento dinâmico da realidade, a organização recursiva e as influências do acaso e da indeterminação, bem como a associação entre conceitos e teorias complementares e concorrentes.

A autora, no clássico texto “Avaliação por triangulação de métodos”<sup>17</sup>, vai conceituar essa metodologia avaliativa como:

*“expressão e uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um constructo”<sup>17</sup> (p. 29).*

A perspectiva aqui apresentada inclui as quatro modalidades de triangulação (de dados, observadores, teorias e métodos), analisando as perspectivas dos sujeitos em suas distintas manifestações a partir do contexto da experiência analisada.

## 5.2. NATUREZA DO ESTUDO

O estudo apoiou-se em estratégias observacionais, portanto não experimentais, a partir de temporalidade ante-post de aplicação de instrumentos (aplicados após a intervenção). Considerando-se a natureza dos estudos observacionais, os estudos avaliativos possuem considerável caráter descritivo das condições e contextos que dão os contornos de compreensão dos processos empreendidos e seus efeitos. Todavia, tendem a priorizar o caráter analítico da explicação, buscando analisar a relação entre a ação realizada e seus efeitos.

## 5.3. QUESTÕES AVALIATIVAS

A avaliação tomou como referência as seguintes questões:

- 3.1.** Qual é a satisfação dos especializandos com o processo de aprendizagem vivenciado no curso?
- 3.2.** Qual é a percepção de domínio dos especializandos sobre as áreas de competência propostas pelo curso?
- 3.3.** Os produtos apresentados (planos) demonstram coerência, viabilidade e mecanismos de monitoramento e avaliação?

## 5.4. PARÂMETROS AVALIATIVOS

Muitos autores concordam que o primeiro passo para a construção do modelo avaliativo consiste na análise da teoria da intervenção analisada (seja um programa, projeto ou ação)<sup>3,18</sup>. No contexto de avaliação, por teoria entendem-se as conjecturas, hipóteses, inferências, princípios ou conhecimentos que orientam a intervenção. Assim, espera-se encontrar na teoria do programa o que se entende como necessário a ser feito para alcançar os objetivos esperados<sup>3</sup>.

Chen<sup>7</sup>, autor dos mais citados nesse domínio, defende que há que se distinguir entre as teorias causal ou descritiva (hipóteses, teorias e evidências apresentadas para o enfrentamento do problema identificado) e prescritiva ou normativa (conjunto de ações e estratégias propostas como as mais adequadas para o enfrentamento do problema) a fim de se melhor entender suas vinculações.

Embora certos autores tratem como termos equivalentes, é possível ainda diferenciar entre a teoria e a lógica da intervenção. A lógica detalharia os insumos, os componentes, as atividades, os resultados e os vínculos entre esses aspectos<sup>18</sup>.

O modelo lógico ou modelo teórico, portanto, pode ser representado como um esquema visual que apresenta o que a intervenção objetiva e os meios definidos para alcançar essa imagem-objetivo. Pode ser ainda descrito explicitando hipóteses, racionalidade, contexto da ação, população-alvo e meios necessários e forma de operacionalização para alcançar os propósitos almejados.

Nesse sentido, foi considerado o Caderno do Curso<sup>1</sup> como o modelo lógico dessa intervenção.

A definição de uma matriz que apresente critérios para balizar a avaliação é elemento crucial nesse percurso. Em última análise, visa-se à crítica dos efeitos que foram gerados de fato pela intervenção e se estes foram condizentes ao que se preconizava.

A matriz de parâmetros teve três fontes principais:

- a) Para a definição do alcance de áreas de competência foram usados parâmetros normativos. O Caderno do Curso serviu de referência para definir os elementos constituintes e as características das mencionadas áreas com seus respectivos desempenhos.
- b) Para a análise da satisfação dos alunos os critérios foram definidos por parâmetros qualitativos de percepção dos cursistas.
- c) Para análise dos planos foram utilizados parâmetros construídos a partir de aporte de literatura. Foram considerados consistentes os planos que apresentaram os critérios a seguir definidos (Quadro 1).

## QUADRO 1

Critérios para a análise de consistência dos planos

<i>Crítérios</i>	<i>Tipologia de análise</i>
(1) clareza e pertinência da situação-problema descrita	
(2) coerência da análise de contexto com a abrangência de sua proposta	
(3) clareza dos objetivos e adequação ao enfrentamento da situação-problema	<i>Análise estratégica</i>
(4) coerência entre objetivos e estratégias	
(5) parâmetros de monitoramento ou avaliação	
(6) coerência com os princípios do curso e competências desejadas	
(7) coerência entre a teoria explicativa e a prescrita do plano	<i>Análise lógica</i>
(8) viabilidade política, de abrangência, técnica e de recursos	

Fonte: Champagne et al.<sup>11,12</sup>

A partir desses critérios foi construída uma ficha de avaliação detalhando cada tema com questões avaliativas (Quadro 2).

## QUADRO 2

Ficha de avaliação dos PDE

Tipologia de análise	Aspectos e Critérios de Análise
Análise estratégica	<b>1. Clareza e pertinência do problema ou objeto da intervenção</b>
	1.1. Há um enunciado claro sobre o problema a ser trabalhado ou objeto da intervenção?
	1.2. O problema é apresentado com dados ou argumentos de sustentação?
	<b>2. Coerência da análise de contexto com a abrangência de sua proposta</b>
	2.1. Há uma coerência entre o contexto descrito e a proposta?
	2.2. Há uma coerência entre o contexto descrito e a abrangência da proposta?
	<b>3. Clareza dos objetivos e adequação ao enfrentamento do problema ou da problemática</b>
	3.1. Os objetivos estão expressos em ações concretas, passíveis de serem observadas em termos de seus resultados?
	<b>4. Coerência entre os nós críticos e as ações propostas</b>
	4.1. Para cada nó crítico há ações correspondentes?
4.2. Há coerência entre os nós críticos e as ações correspondentes?	
4.3. As ações propostas são suficientes para o enfrentamento dos nós críticos?	
<b>5. Parâmetros de monitoramento ou avaliação</b>	
5.1. Há uma descrição clara e precisa sobre indicadores ou critérios a serem empregados?	
5.2. Há coerência entre indicadores/critérios e os resultados esperados?	
<b>6. Coerência com os princípios do curso e as áreas de competência desejadas</b>	
6.1. A proposta em geral ou as ações específicas expressam a integração assistência, ensino e pesquisa?	
6.2. Pelo menos dois desempenhos de cada ação-chave da área de gestão em saúde são evidenciados?	
6.3. Pelo menos dois desempenhos de cada ação-chave da área de assistência à saúde são evidenciados?	
6.4. Pelo menos dois desempenhos de cada ação-chave da área de educação na saúde são evidenciados?	
Análise lógica	<b>7. Coerência entre a teoria explicativa e a prescrita do plano</b>
	7.1. Há coerência entre a base teórica explicitada e a intervenção proposta?
	<b>8. Viabilidade política e financeira</b>
	8.1. Os atores que apresentam capital de decisão/influência estão envolvidos nas ações previstas?
	8.2. Há previsão de recursos para a aplicação do PDE?
	<b>9. Validade de conteúdo, validade pragmática</b>
	9.1. As ações previstas apresentam meios técnicos e recursos adequados aos dos problemas?



Com base na análise do acervo dos PDE, observou-se a necessidade de realizar adaptações no item 4, uma vez as estratégias apresentadas nos referidos planos relacionavam-se à busca de solução de nós críticos ao invés de responder aos objetivos e ao problema de forma mais abrangente.

## 5.5. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo se desenvolveu em cinco etapas:

**Etapa 1:** Submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (aprovado sob o CAAE número 26223414.3.0000.5461). Revisão da literatura; programação do instrumento online e planejamento da aplicação dos questionários e das entrevistas.

**Etapa 2:** Realização de entrevistas semienterradas com uma amostra qualitativa de especializandos a fim de analisar a satisfação com o processo de aprendizagem.

O roteiro da entrevista pautou-se por um conjunto de temáticas elencadas para aprofundar as perspectivas e a satisfação dos sujeitos acerca do processo de aprendizagem e o seu ganho de capacidades; motivações para participação no curso; vivência didática com as estratégias pedagógicas propostas no curso; autoavaliação sobre o ganho de capacidades de gestão, assistência e educação (Apêndice 1).

Foi apresentado a cada um dos entrevistados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Em termos de entrevistados, foram levados em conta os princípios da amostra qualitativa. Nesse sentido, foram estudados sujeitos selecionados na qualidade de informantes-chaves com os seguintes princípios: (a) escolher os sujeitos com os atributos relacionados ao que se pretende estudar; (b) considerar tais sujeitos em número suficiente para que possa ter reincidência das informações; (c) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa<sup>19</sup>.

Com base nesses princípios, inicialmente buscou-se entrevistar três especializandos de cada uma das 10 equipes dos hospitais, sendo sorteados três representantes da cada hospital, totalizando 30 participantes. As entrevistas foram previamente agendadas, observando-se o comparecimento de 27 entrevistados.

Finalizadas essas entrevistas, o conteúdo do material foi avaliado sendo considerado suficiente, sem demandar ser completado com outros depoimentos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e revisadas.

**Etapa 3:** Disponibilização de instrumento quantitativo para os 100 especializandos acerca da satisfação do processo de aprendizagem e da identificação da percepção de domínios das áreas de competência. O questionário, precedido de uma apresentação da pesquisa e solicitação de consentimento do especializando, configurou-se em quatro partes (Apêndice 3): (I) caracterização do sujeito, da

sua formação e da sua experiência profissional; (II) avaliação da satisfação em relação aos objetivos do curso; (III) avaliação da satisfação em relação aos resultados das atividades do curso e (IV) avaliação da percepção sobre o grau de domínio em relação às capacidades desenvolvidas no curso. Essas partes foram dispostas numa adaptação da escala de Likert<sup>20</sup>. Nessa escala costuma-se solicitar aos sujeitos que apontem o seu grau de concordância ou discordância em relação a declarações relativas à atitude que está sendo medida. Atribuem-se valores positivos ou altos às declarações de concordância e valores negativos ou baixos às declarações de discordâncias.

Na versão adaptada dessa escala, foi levada em conta a percepção do grau de domínio dos sujeitos depois do curso. Os domínios foram relacionados a desempenhos das áreas de competência de gestão em saúde; assistência à saúde nos hospitais do SUS e educação na saúde.

O questionário foi distribuído para os 100 especializandos. No entanto, obteve-se um retorno de 84 especializandos, e em algumas questões nem sempre havia as respostas de todos esses sujeitos.

**Etapa 4:** Análise dos Planos Diretores Estratégicos (PDE) a fim de avaliar as suas consistências lógica e estratégica.

Os PDE foram avaliados a partir de um quadro avaliativo (Quadro 1). Cada plano foi avaliado por dois especialistas a fim de se estabelecer uma triangulação de análise. Os pontos discordantes foram submetidos a um terceiro especialista. Dos 10 PDE previstos, um deles não foi disponibilizado para análise.

**Etapa 5:** Análise final dos dados e conclusão da pesquisa

Os dados coletados a partir da escala foram tabulados a fim de se criar um banco de dados. Depois foram tratados descritivamente por meio de distribuição de frequência. Em seguida, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis para cada um dos eixos temáticos da pesquisa. Esses eixos correspondem às partes II, III e IV do questionário. A parte I desse instrumento refere-se às características de perfil dos respondentes.

A análise das entrevistas baseou-se no Método de Interpretação de Sentidos de Gomes et al<sup>21</sup>. Esse método ancora-se em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições. Assim, além de compreender sentidos e significados subjacentes aos textos, problematizam-se ideias à luz de seu contexto. Na trajetória analítico-interpretativa dos textos, foram percorridos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, com vistas à impregnação, à visão de conjunto e à apreensão das particularidades do material da pesquisa; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das ideias e sentidos explícitos e implícitos nos depoimentos; (d) busca de significados socioculturais mais amplos relacionados às falas dos sujeitos da pesquisa; (e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Em síntese, a pesquisa foi operacionalizada a partir do Quadro 3.

## QUADRO 3

Plano operativo da pesquisa

<i>Questões de avaliação</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Sujeitos</i>
1. Qual é a satisfação dos especializandos com o processo de aprendizagem proporcionado pelo curso?	Questionário com questões relacionadas a desempenhos distribuídos numa escala.	84 especializandos
2. Qual é a percepção de domínio dos especializandos sobre as competências propostas pelo curso?		
3. Os resultados apresentados (planos) refletem as competências que o curso de capacitação se propôs a desenvolver?	Entrevista semiestruturada	27 especializandos
4. Os resultados apresentados (planos) demonstram coerência, viabilidade e mecanismos de monitoramento e avaliação?	Ficha de avaliação	3 pesquisadores

## 6. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

No que se refere ao **perfil dos respondentes** da parte quantitativa, observa-se um pequeno predomínio do sexo feminino (51,2%). Em relação à faixa etária, 46 a 55 anos foi a mais frequente (44,0%), seguida de 36 a 45 anos. Sendo assim, aproximadamente um terço dos sujeitos tinha entre 36 e 55 anos de idade. Destaca-se ainda que a raça/cor branca foi predominante (63,9%) (Tabela 1).

TABELA 1

Distribuição absoluta e proporcional do perfil dos entrevistados

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo (n = 84)</b>		
Masculino	41	48,8
Feminino	43	51,2
<b>Faixa etária (n = 84)</b>		
De 26 a 35 anos	8	9,5
De 36 a 45 anos	25	29,8
De 46 a 55 anos	37	44,0
De 56 a 65 anos	11	13,1
Acima de 65 anos	3	3,6
<b>Raça/cor (n = 83)</b>		
Branca	53	63,9
Parda	26	31,3
Preta	3	3,6
Amarela/asiática	1	1,2

Em relação à formação superior dos sujeitos destaca-se que a maioria tinha formação em Medicina (31,0%), seguida daqueles com formação em Enfermagem (tabela 2). Deve-se ressaltar que 28,6% possuíam graduações em outras áreas, sendo quatro em Ciências Contábeis, quatro em Direito e três em Economia. Dois entrevistados fizeram duas graduações, um deles Medicina e Biologia e o outro Administração e Engenharia da Computação (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição absoluta e proporcional dos cursos de graduação

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Graduado(a) em: (n = 84)</b>		
Administração	10	11,9
Biologia	1	1,2
Enfermagem	14	16,7
Farmácia	5	6,0
Medicina	26	31,0
Psicologia	2	2,4
Serviço Social	2	2,4
Outras	24	28,6

A maioria tinha cursado pelo menos um curso de especialização ou residência. Destaca-se também que 34,1% dos entrevistados possuíam doutorado (Tabela 3).

TABELA 3

Distribuição absoluta e proporcional dos tipos de cursos de pós-graduação

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Pós-graduação (n = 82)</b>		
Especialização	36	43,9
Mestrado	5	6,1
Doutorado	2	2,4
Especialização e Mestrado	12	14,6
Especialização, Mestrado e Doutorado	23	28,0
Especialização e Doutorado	1	1,2
Mestrado e Doutorado	2	2,4
Nenhuma pós-graduação	1	1,2

Em relação ao tempo de experiência na área de gestão em saúde, observa-se que a maioria dos sujeitos possuía de 1 a 5 anos de experiência (38,6%), seguido daqueles com 6 a 10 anos (28,9%) (Tabela 4).

TABELA 4

Distribuição absoluta e proporcional do tempo de experiência na área de gestão em saúde

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Tempo de experiência (n = 83)</b>		
0 a 11 meses	4	4,8
1 a 5 anos	32	38,6
6 a 10 anos	24	28,9
Mais de 10 anos	23	27,7

No que se refere às entrevistas semiestruturadas, foram sorteados 30 especializandos que confirmaram a sua presença. Entretanto, compareceram 27 entrevistados.

Em relação ao **perfil dos entrevistados** da parte qualitativa, predominam as seguintes características: (a) faixas etárias de 36 a 40, 41 a 45 e 56 a 60, sendo cada uma delas representando 18,5% do total; (b) sexo masculino, com 66,6%; (c) cor de pele branca, com 74%; (d) 40,7% formados em medicina; (e) 33,3% atuam na Região Sudeste e (f) 40,7% têm entre 6 a 10 anos de experiência em gestão.

TABELA 5

Informações sociodemográficas referentes aos entrevistados

<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>N</i>	<i>Cor Autorreferida (IBGE)</i>	<i>Região em que atua</i>
<b>Faixa Etária</b>		Branca	20
30 – 35	4	Parda	5
36 – 40	5	Preta	2
41 – 45	5	<b>Graduação</b>	
46 – 50	3	Administração	3
51 – 55	3	Biblioteconomia	1
56 – 60	5	Comunicação	1
61 – 65	0	Direito	2
66 – 70	2	Enfermagem	3
<b>Sexo</b>		Engenharia	3
Masculino	18	Farmácia	2
Feminino	9	Letras	1
		Medicina	11
		<b>Anos de experiência em gestão</b>	
		Menos de 1 ano	2
		1 a 5 anos	7
		6 a 10 anos	11
		11 a 15 anos	1
		16 a 20 anos	3
		21 a 25 anos	2
		26 a 30 anos	0
		31 a 35 anos	1

## 7. Motivações e Expectativas dos Especializandos

### 7.1. MOTIVAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO NO CURSO

A motivação em participar do curso foi o primeiro tema abordado no estudo qualitativo e quantitativo. Na abordagem compreensiva foi tratado a partir de duas perguntas mobilizadoras: O que te motivou a participar deste curso? Quais eram as suas expectativas iniciais em relação a este curso? Na enquete quantitativa a partir da pergunta: “qual o principal que o levou a fazer o curso?”.

Considerando-se o conjunto de especializandos que respondeu à enquete quantitativa, a maioria afirmou ter tido como motivação a busca de aperfeiçoamento profissional, tendo como foco os ganhos técnicos advindos da formação (Tabela 6).

TABELA 6

Principal motivo que levou a fazer o curso

<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Aperfeiçoamento das atividades que exerço atualmente	43	53,8
Indicação de gestores ou chefia imediata	37	46,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Todavia, no decorrer do estudo qualitativo, a maioria dos entrevistados apontou que não foi fruto de iniciativa pessoal a busca pelo curso. Quase todos mencionaram que receberam um “convite” ou “indicação” da direção de seu hospital. Uma hipótese explicativa para tal diferença entre as dimensões quantitativa e qualitativa é o fato de, no estudo qualitativo, o entrevistado poder tecer considerações mais complexas, que não são dicotômicas, falando de relações dinâmicas e mesmo complementares entre as duas respostas (“escolha com interesse no aperfeiçoamento” e “indicação da chefia”).

Uma minoria (3 entrevistados) comentou que não possuía uma motivação, mas acatou à “solicitação” para participar do curso, insinuando relações pautadas em rígida hierarquia institucional.

*Nós fomos solicitados como gestor a participar do curso, da capacitação [gagueja neste ponto]. (Região Nordeste/29)*

Os que foram “convocados” – e alguns poucos entrevistados que se sentiram “convidados” – mencionaram que não tinham maiores informações sobre o curso e pouco sabiam como seria sua dinâmica.

*Não houve um detalhamento de qual seria a abrangência deste curso, nós viemos inclusive sem nenhum conhecimento do que seria exposto, o que nós iríamos fazer (Norte/03).*

As mudanças de gestão que seriam operadas nos hospitais universitários foram constantemente citadas como de reconhecimento da necessidade do curso e motivação adicional para dele participar. Esse chamado inicial, seja como “convite” ou “solicitação”, foi interpretado pelos entrevistados ora como uma “missão institucional”, uma “oportunidade de novos aprendizados” e também como forma de reconhecimento pela gestão ao seu trabalho.

*Eu diria que quase que uma exigência da minha atividade lá. Eu fui convidado para exercer a tarefa de gerente de atenção à saúde, eu conheço muito meu hospital, mas certamente faltariam muitos detalhes em administração que eu devia me inteirar melhor. E apareceu a oportunidade e estou aqui (Sudeste/22).*

*Eu fui escolhida lá no meu hospital (...) eu trabalho lá tem 20 anos, sempre no setor administrativo (...) formo opinião lá no hospital. Fiquei muito feliz, assim gratificada, foi um reconhecimento (...) fico até emocionada [chorando] (Sudeste/11).*

O tempo de formação e as origens regionais não indicaram diferenças nos sentidos atribuídos pelos sujeitos em relação à motivação.

## 7.2. EXPECTATIVAS INICIAIS EM RELAÇÃO AO CURSO

Muitas e diversas foram as expectativas mencionadas nos depoimentos qualitativos em relação ao curso. As expectativas de ganhos pessoais com os novos conhecimentos foram citadas, mas vinculadas a um senso de compromisso com a melhoria de seu trabalho, com a aplicação do aprendizado na gestão. Tais sentidos se alinham de forma coerente às respostas dadas sobre a motivação inicial para participar do curso.

As expectativas percorreram um largo espectro. Desde perspectivas genéricas de aprender sobre “gestão” e aquelas focadas na “gestão de hospital universitário” e do cumprimento adequado de suas missões de ensino, assistência e pesquisa.

Alguns entrevistados mencionaram que, mesmo exercendo cargos de gestão há muitos anos, nunca tinham participado de um curso na área. Citaram que os conhecimentos teóricos sobre planejamento estratégico e gestão eram almeçados sem a oportunidade de alcançar tal formação.

Profissionais que já tinham percorrido uma carreira acadêmica e frequentado outros cursos de gestão tinham como expectativa o debate focado no universo dos hospitais universitários e em suas dificuldades mais frequentes e em formas de inovação em gestão.

Acessar conhecimentos práticos de gestão, saber como lidar com problemas e conhecer “macetes”, formas de aumentar a eficácia e a efetividade dos processos de gestão também foram bastante citados. Conhecer meios e “dicas” de agilizar processos administrativos da gestão pública foram recorrentemente citados.

*Minhas expectativas iniciais eram a questão prática, de como realmente a gente aborda as dificuldades (Nordeste/30).*

*As expectativas iniciais de aprender bastante sobre gestão de hospital mesmo, e talvez aprender os pulos do gato... de aprender como acelera os processos, os processos de compra, licitação etc. são muito travados no sistema público federal. Eu trabalho em outros hospitais onde é tudo muito mais fácil. Realmente esta era a expectativa de aprender truques, macetes e formas de fazer as coisas, as coisas andarem mais rápido (Sudeste/12).*

Os profissionais com mais tempo de formados se distinguiram unicamente ao enfatizar que tinham também como expectativas a possibilidade de “trocar experiências” e conhecer melhor como a gestão se dá em outros hospitais.

*(...) melhorar a capacitação, criar um conhecimento, estreitar conhecimentos com os demais hospitais através da troca de conhecimento, técnicas, experiências (Nordeste/13).*

O fato de ser ministrado pelo Hospital Sírio-Libanês também gerou expectativas quanto à alta qualidade do curso e, para um entrevistado, suscitou a “curiosidade” de como essa instituição abordaria temas da gestão pública de hospitais no âmbito do SUS.

Alguns poucos entrevistados, pelo desconhecimento da proposta e do modelo do curso, tinham “expectativas negativas”, seja em relação à repetição de conteúdos já dados em outros cursos, seja em relação a pensar que seriam submetidos às metodologias “tradicionais”, pautadas em aulas expositivas e passiva participação dos discentes.

Todavia, a maior síntese das expectativas dos cursistas foi a de “aprender algo novo” que “fizesse a diferença” no âmbito da aplicação dos conhecimentos na gestão.

*A gente veio com a expectativa de tentar aprender alguma coisa que pudesse fazer diferença no nosso trabalho (Sudeste/18).*

Nesse item não foram observadas diferenças significativas quanto à inserção regional dos cursistas.

### 7.3. OBJETIVOS DO CURSO E CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

A satisfação do especializando quanto ao cumprimento dos objetivos do curso foi pesquisada pela aplicação da enquete quantitativa, solicitando-se ao cursista o exame de cada um dos sete objetivos propostos pelo curso. A satisfação em face ao conteúdo programático foi abordada diretamente no estudo qualitativo a partir das seguintes perguntas: “Em sua opinião, o curso propiciou os conteúdos (cognitivos, atitudinais e psicomotores) necessários para um grupo gestor de hospital universitário promover a construção e a implementação do projeto organizacional do Hospital?”. “Como foi para você a proposta de analisar macroproblemas na gestão dos hospitais e os modelos de referência que apontariam as melhores práticas aplicáveis aos hospitais universitários?”.

Como pode ser visto na tabela 7, a maioria dos especializando demonstrou altos níveis de satisfação, excedente quase sempre o percentual de 80% daqueles que assinalaram as opções de “muito satisfatório” e “satisfatório”.

O item que gerou percentuais mais baixos de satisfação dos alunos foi o de “promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde”. O cumprimento desse objetivo, ainda que tenha obtido a maioria de avaliações positivas (66,7%), apresentou os resultados mais altos do conjunto dos itens que expressavam “satisfação mediana” (22,6%) ou “pouco satisfatório/nada satisfatório” (10,7%).

O segundo item que também recebeu avaliação mais crítica quanto ao atendimento dos objetivos propostos foi o de “apoiar e fortalecer a constituição de redes de assistência à saúde orientadas para as necessidades de saúde dos usuários, segundo os princípios do SUS”. Como o objetivo anterior, ainda que tenha obtido a maioria de avaliações positivas (69%), apresentou percentuais expressivos nas opções de “satisfação mediana” (20,2%) ou “pouco satisfatório/nada satisfatório” (10,7%).



TABELA 7

Satisfação e alta satisfação dos especializandos com o cumprimento dos objetivos do curso

<i>Objetivos do curso quanto à avaliação de “muito satisfatório”/“satisfatório”</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Contribuir para a qualificação da gestão dos Hospitais Universitários Federais por meio de um programa de capacitação de profissionais e gestores, visando à melhoria da qualidade da assistência à saúde no SUS.”	72	85,7
“Orientar a capacitação de profissionais dos HUs segundo o perfil de competência do gestor do hospital universitário construído pela EBSEH e pelo HSL.”	71	85,5
“Capacitar 100 profissionais, sendo 9 participantes de cada um dos 10 HUs indicados e 10 profissionais da EBSEH.”	68	81,0
“Apoiar a elaboração de 10 Planos Diretores Estratégicos – PDE, sendo um para cada hospital universitário, considerando seu contexto interno e inserção no SUS.”	75	89,3
“Promover a construção, a disseminação e o desenvolvimento dos conceitos, das ferramentas e dos dispositivos de gestão, de assistência à saúde e educação na saúde, segundo melhores práticas e diretrizes de referência.”	72	85,7
“Apoiar e fortalecer a constituição de redes de assistência à saúde orientadas para as necessidades de saúde dos usuários, segundo os princípios do SUS.”	58	69,0
“Promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde.”	56	66,7

Em relação aos conteúdos, em geral, os especializandos avaliaram que o curso conseguiu propiciar um acervo necessário para um grupo gestor de hospital universitário promover a construção e a implementação do projeto organizacional desse tipo de hospital. Essa avaliação não se diferenciou por região, nem pelos anos de experiência profissional desses atores.

Ainda que – na questão acerca do assunto – as categorias de conteúdos (cognitivos, atitudinais e psicomotores) fossem especificadas, as respostas, em geral, referiam-se aos conteúdos, sem fazer essas distinções. Em termos de hipóteses explicativas para tal fato, duas podem ser apontadas. Uma delas diz respeito à natureza do curso. Metodologicamente, o conteúdo programático era trabalhado em situações que levavam os especializandos a pensar, assumir atitudes e desenvolver habilidades ao invés de ser transmitido em exposições docentes. Assim, como as categorias cognitiva, atitudinal e psicomotora foram abordadas de forma integrada nas situações do curso, as respostas também consideraram a expressão “conteúdos” como uma síntese dessas categorias. Em alguns depoimentos, essa integração categorial fica implícita.

*[O curso] trouxe [conteúdo] demais. Nós já percebemos muitas mudanças internas, temos reuniões sistemáticas com o time de colegiado. Todo mundo está se esforçando, descentralizando as decisões. Isso é visível. Eu até disse para minha chefe, passei 17 anos aqui e agora eu estou enxergando uma possibilidade de sucesso porque, na hora que a gente compartilha, há uma força muito grande de estabilidade em toda gestão. Isso já está acontecendo. Graças a Deus, antes de sair do hospital, vou viver esse momento (Nordeste/15).*

*Realmente o curso trouxe os conceitos. Não só o conceito. Mas eu acho que trouxe algo a mais, as plenárias trouxeram principalmente para nós o como fazer. O conceito é importante, mas o como fazer eu acho que é essencial (Nordeste/14).*

*Eu acho que [o curso trouxe] sim. Não é nem pelo conteúdo, mas porque a gente conseguiu refletir com base nas nossas experiências, e vivenciando todos os casos que foram discutidos, as experiências do outro, os principais pontos que a gente deveria realmente atuar, como é que a gente deveria mudar, nas questões de relacionamentos, de planejamento, mesmo do agir estrategicamente, então eu acho que isso foi, deu uma direção (Sudeste/18).*

*Sem dúvida alguma. [O curso] oportunizou todo esse desenvolvimento. Com buscas, com base científica, com bases, com oficinas temáticas, com atividades interativas, e ainda as experiências de campo aqui dentro no próprio Hospital Sírio-Libanês (Sul/27).*

Outra hipótese explicativa a considerar relaciona-se à possibilidade de a expressão conteúdo ser reduzida pelos especializandos à dimensão cognitiva, seja porque em sua percepção houve uma associação exclusiva entre a expressão e essa dimensão, seja porque não conseguiu identificar aspectos que evidenciassem algo além do cognitivo, como o caso do depoimento a seguir.

*Psicomotor eu não sei, mas cognitivo, sim, eu falo que é uma experiência muito grande. Psicomotor eu não sei se teve alguma atividade que me justifique [a sua presença] (Centro-Oeste/07).*

No conjunto dos 27 especializandos, três deles avaliaram o fato de o curso ter proporcionado conteúdos necessários com restrições. Um deles considerou que alguns aspectos importantes não foram abordados, outro reivindicou um maior aprofundamento em algumas questões, e o terceiro cobrou do curso soluções já estabelecidas para que fossem aplicadas de imediato. Tais aspectos serão aprofundados no item “pontos positivos e negativos do curso”. Os depoimentos que seguem tratam, respectivamente, dessas restrições.

*Ficou faltando esse trabalho mais específico do gerenciamento hospitalar universitário. Trabalhou-se muito a gestão num âmbito mais geral. Não é receita de bolo que a gente sabe que não tem. Mas [a parte] administrativa do processo gerencial em si, da gestão, mesmo hospitalar, foi deixado de lado na condução do curso (Sudeste/17).*

*Eu acho que umas coisas como, por exemplo, os pactos, pactuações externas, a própria questão da gestão do leito e da regulação a gente discutiu, teve plenárias boas, mas acho que teriam que ter um aprofundamento (Sudeste/16).*

*[O curso] deu as ferramentas. É a famosa frase: melhor dar o peixe do que ensinar; opa, correção: melhor ensinar a pescar do que dar o peixe [ri]. Ele ensina a pescar. Mas, na minha opinião, o momento que nós vivemos é um momento de crise, de cobrança. O curso poderia nos dar um pouco mais, dar uns peixinhos pequeninhos para nós podermos atuar já no hospital. Seria muito legal se nós já levássemos alguma experiência bem-sucedida ou então o próprio Sírio faz assim, ou o Dom Cabral apresenta uma metodologia assim, porque não já colocar, levem isso, é claro, ficaria facultado a nós, melhorar, não melhorar, corrigir, mas já teríamos algo para trabalhar. Então, acredito que teríamos ganhado muito mais (Nordeste/13).*

Em relação à questão sobre a análise de macroproblemas e aos modelos de referência com vistas a melhores práticas aplicáveis aos hospitais universitários, o destaque nos depoimentos coube ao primeiro aspecto dessa questão. Em geral, tal aspecto foi muito bem avaliado pelos especializandos. Vários foram os depoimentos que valorizaram as estratégias utilizadas pelo curso, no sentido de que houvesse uma aprendizagem para se enfrentar os macroproblemas, identificando prioridades, desdobramentos e ações viáveis para soluções exitosas.

*[Em relação aos] macroproblemas, a gente observou uma consonância da leitura da nossa realidade. Houve essa consonância tanto do grupo aqui quanto do grupo lá no hospital. A gente levou para lá. Trabalhou da mesma forma lá para chegar nos macroproblemas lá na instituição e houve essa consonância, essa priorização do que a gente tem de mais complicado, de complicador hoje na instituição. Foi muito interessante, sim, trabalhar e ver que está todo mundo engajado mesmo nesse processo, consegue fazer uma leitura bem dinâmica, bem real da realidade do hospital. Então o que eu vi foi isso, foi muito bom, gostei dessa metodologia, a gente procura levar isso pra nossa prática lá, começar a trabalhar com essa metodologia (Sudeste/17).*

*A gente está vivenciando lá no hospital, sabe que os problemas existem. Quando você tem [modelo de referência], você sabe qual é o problema, define qual ação para resolver e define onde você tem que chegar. Fica muito mais facilitado. Ajudou (Sudeste/11).*

*Eu acho que deu um norte e eliminou muitas das etapas de buscas e tentativas de acerto e erro, eu acho que é excelente. E a gente está usando os termos realmente como referência. Acho que dá segurança pra gente. O termo [de referência] não é a regra, nem tem que encaixar desse jeito, mas eu posso fazer uma interpretação e uma adequação, então isso também é bom. O termo dá essa leveza, que é muito bom (Nordeste/15).*

*Uns macroproblemas a gente trabalhou no nosso hospital de duas maneiras, a gente utilizou a matriz SWOT e a árvore de problemas propriamente dita, que nos deu os nós críticos e tal. Então, tivemos a oportunidade de trabalhar com estas duas ferramentas que nos deram, estas duas ferramentas para o nosso hospital levaram para os mesmos macroproblemas, então a matriz SWOT levou para alguns macroproblemas e depois fazendo a árvore de problemas levou, a gente chegou no macroproblema que constava na matriz SWOT que tinha dado pontuação máxima que a gente precisaria atacar, então. Então, eu achei que as ferramentas que foram postas são ferramentas para auxiliar o processo da gestão (Centro-Oeste/09).*

Ainda que modelos de referência constassem em uma questão da entrevista, apenas quatro depoimentos explicitam considerações sobre isso. Um deles utilizou essa expressão de forma genérica, entendendo o curso como uma referência.

*O curso nos proporcionou um modelo de referência para gente e a gente tem um parâmetro para a visualização dos macroproblemas para tentar atacar as nossas falhas (Nordeste/25).*

Outro depoimento aponta os modelos de referência para o diagnóstico de uma realidade.

*Para analisar, pontuar, definir prioridade, eu tenho um modelo de referência [para verificar como o hospital se encontra em relação a um problema]. Por exemplo, na área de compras eu tenho um modelo de referência que [indica que] eu só estou 40% e que tenho que melhorar 60%. Então eu tenho metas e objetivos que facilitam muito o trabalho (Sudeste/11).*

O terceiro depoimento atribui positividade aos modelos de referência, mas destaca que tais modelos devem ser adaptados em determinadas situações.

*Os modelos de referência são sempre muito bons. [Mas se o modelo se refere a uma] realidade muito diferente da sua aplicação, tem que haver uma adaptação. Se [for para] comparar ou utilizar como referência realidades de coisas que já funcionam de maneira adequada eu acho isso bastante instrutivo (Centro-Oeste/05).*

Por último, no quarto depoimento, observa-se uma crítica aos modelos de referência em si.

*Com relação aos modelos de referências, eu tenho algumas críticas, porque em vários aspectos que contêm nele não dizem respeito à realidade de hospitais públicos. Eles são muito voltados realmente para um hospital de excelência particular e existem legislações, questões que nos impedem. Não tem como fazer daquela forma. Os caminhos são totalmente diferenciados. [Os modelos] falharam neste aspecto (Sudeste/18).*

Esse depoimento aponta a necessidade de, em próximas edições, o curso rever tanto o papel dos modelos de referência quanto seus conteúdos.

## 7.4. VIVÊNCIAS EDUCACIONAIS

As vivências educacionais foram abordadas quanti e qualitativamente através da análise dos especializandos sobre a metodologia adotada, as experiências na comunidade de aprendizagem e a atuação dos facilitadores nas atividades relativas aos grupos afinidade e diversidade.

### **Vivência das metodologias construtivistas no processo de ensino-aprendizagem**

Independentemente da sua região de atuação e dos anos de atuação profissional, os especializandos avaliaram positivamente as suas vivências educacionais relacionadas às experiências que tiveram no curso. Essa positividade se expressa em relação aos três componentes educacionais focalizados pela pesquisa: metodologia do curso, grupos formados pelos cursistas (denominados pelo curso de comunidades) e facilitadores.

Ainda que a experiência (o que foi apreendido nas ações realizadas) possa ter tido incidentes críticos, a vivência (produto da reflexão pessoal sobre a experiência) foi significativamente positiva<sup>22</sup>. Nesse sentido, por exemplo, as dificuldades vividas com uma nova metodologia de aprendizagem foram ressignificadas e transformadas em vivências valorizadas para a gestão hospitalar.

Dos três componentes educacionais avaliados, a metodologia do curso foi o que ocupou maior espaço nos relatos das vivências, apontado em geral como uma experiência marcante.

*Uma das boas experiências do curso (Norte/03).*

*Foi o marco diferencial que o curso trouxe para mim como professora (Centro-Oeste/06).*

*Experiência fantástica (Sudeste/11).*

Mesmo os especializandos que tinham tido conhecimento ou contato com metodologias ativas destacaram que a experiência vivenciada no curso foi diferenciada.

*Eu tinha uma vivência muito pequena mesmo, muito restrita com essas metodologias. Eu aprendi muito, conheci várias que eu não conhecia e não tinha esse domínio (Sudeste/17).*

*Excelente. Já tinha conhecimento, mas não tinha aplicado. Fez com que eu refletisse sobre a forma como eu atuo como professor (Nordeste/24).*

A experiência com a metodologia do curso percorreu um processo que se iniciou para alguns como algo novo, angustiante ou que gera resistência, mas que – aos poucos – vai sendo valorizado até culminar na adesão à metodologia, por avaliá-la de forma bastante positiva. Em outras palavras, os depoimentos das vivências, em geral, tipificam o seguinte processo: surpresa ou experiência negativa, valorização e adesão.

*Inicialmente foi bastante novo. No início você tem uma certa resistência como tudo aquilo que você não conhece. Mas, a partir do momento que você vai se familiarizando, a sua cabeça abre. Aprende a aprender (Sudeste/10).*

*[No início] susto. [Depois] acostumei-me. [No fim] foi interessante (Sudeste/12).*

*No início, resistência. Hoje posso ser a favor, levanto a bandeira (Nordeste/30).*

*Angustiante. Depois eu comecei a gostar realmente (Nordeste/25).*

Entre os 27 especializandos, apenas um criticou a metodologia do curso.

*Não fiquei muito confortável. O curso te ensina a pescar. Mas poderia nos dar um pouco mais, dar uns peixinhos pequeninhos também. Eu estou passando um bocado de fome, até pescar o meu primeiro peixinho [diz brincando] (Nordeste/13).*

Como se verifica na tabela 8, a expressão de satisfação com as vivências da metodologia construtivista atingiu elevados patamares, e em quase todos os aspectos mais de 80% dos questionários assinalaram as opções mais altas de satisfação.

Apenas o item “busca de novas informações da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem” recebeu percentuais mais baixos. Nessa questão, 19% dos respondentes assinalaram estar “medianamente satisfeitos” e 1,2% “insatisfeitos”. Como se verá adiante, a adequação da plataforma para viabilizar as ações de pesquisa foi apontada como ponto crítico.

TABELA 8

Satisfação e alta satisfação dos especializandos com vivências da metodologia construtivista

<i>Fases ou aspectos da metodologia construtivista</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Identificação do problema da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem.	71	85,5
Formulação de explicações da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem.	71	84,5
Elaboração de questões da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem.	72	85,7
Busca de novas informações da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem.	67	79,8
Construção de novos significados da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem.	69	82,1
Avaliação do processo da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem.	70	84,3

**Vivência nas comunidades de aprendizagem (trabalho das equipes diversidade e afinidade)**

Em relação às experiências vivenciadas nos grupos afinidade e diversidade, as avaliações de todos os especializandos foram positivas. Em geral, no grupo afinidade, o fato de haver um relacionamento prévio ao curso entre os membros de um mesmo hospital contribuiu para que a experiência grupal fosse mais produtiva ou fluísse melhor.

*[No grupo] afinidade as pessoas já têm um entrosamento por serem do mesmo hospital (Nordeste/08).*

*O grupo afinidade é mais fácil de trabalhar porque o foco era a construção do PDE [Plano Diretor Estratégico]. Todo mundo na mesma vivência, com os mesmos pensamentos (Sudeste/17).*

*No grupo afinidade, bem, foi mais fácil porque já convivíamos com essas pessoas. Esse processo foi muito mais fácil (Nordeste/29).*

*O grupo afinidade é mais fácil devido ao conhecimento, à amizade e à proximidade que a gente tem com as pessoas. São colegas [do mesmo hospital] (Nordeste/30).*

Para um especializando, o relacionamento prévio não facilitou porque a experiência passada não foi percebida como positiva.

*No grupo afinidade, algumas rugas são transferidas para o grupo. O clima é mais tenso, menos produtivo talvez (Centro-Oeste/05).*

Em outros casos, o desconhecimento foi estimulador para valorar mais a vivência grupal no grupo diversidade.

*Eu me senti mais à vontade no grupo diversidade, com colegas de outros locais, do que no grupo de afinidade. Eu fico bem mais motivado para lidar com pessoas com as quais eu não convivo o tempo todo. Você aprende com o desconhecido. Com o conhecido você reafirma alguns conceitos que você já tem sobre ele (Nordeste/13).*

*Favoreceu muito a gente trabalhar com as coisas que a gente não conhecia, com as pessoas que a gente não conhecia, com a metodologia nova (Nordeste/29).*

No grupo diversidade, a inter-relação em alguns casos foi gradual, mas sempre resultando numa avaliação positiva.

*A parte de grupo diversidade foi fundamental porque nem sempre a gente está com as mesmas pessoas em reuniões. A gente pode se sentir mais tímida no início da conversa. A gente teve um processo mais lento para começar a se adaptar com as pessoas. No grupo afinidade foi mais tranquilo por já conhecer as pessoas (Centro-Oeste/09).*

*[O grupo] diversidade foi melhorando com o decorrer do curso. No primeiro encontro teve dificuldade. Ele foi crescendo ao longo do tempo. Para construir um conhecimento ele foi bastante válido (Nordeste/30).*

Alguns especializandos não tiveram dificuldades em nenhum dos dois grupos, em nenhum momento.

*Não senti nenhuma dificuldade nas duas equipes que eu fiquei. Tanto afinidade quanto diversidade, achei muito boa, tive muita felicidade com as duas (Nordeste/15).*

*Houve uma integração em todos os grupos que eu participei. Foi realmente um clima de compartilhamento de experiências (Sudeste/18).*

*Foi muito bom. Em termos sociais, eu sou uma pessoa muito fácil de convívio. A convivência foi excelente nos dois grupos (Nordeste/24).*

Comparando as experiências que os especializandos tiveram nos dois grupos, em geral, a que foi vivenciada no grupo diversidade foi percebida como mais significativa.

*Eu achei que tinha mais afinidade com o grupo diversidade do que com o grupo afinidade (Sudeste/10).*

*Eu aprendi muito. [O] grupo diversidade ficou quase como um [grupo] afinidade (Norte/03).*

O diálogo entre as diferentes experiências – sejam por serem de distintas características regionais, sejam por refletirem estágios diferenciados no processo de gestão – foi um aspecto que reforçou essa percepção.

*[A experiência] foi muito boa e enriquecedora no grupo diversidade porque cada um traz a sua vivência, a sua experiência e a sua realidade. Alguém já está mais à frente, já tem um percurso maior da metodologia de gestão nos seus hospitais universitários, tem alguém que ainda está começando e tem a grande maioria que está no meio da gestão, é uma gestão tradicional e que tem que fazer a transição (Norte/02).*

*O grupo diversidade foi muito enriquecedor por lidar com as realidades de hospital universitário de diversas partes do país. Essa troca foi muito interessante (Sudeste/17).*

*As trocas de experiências foram muito interessantes, desde o pacto de respeito à opinião dos outros até a realidade dos hospitais universitários, muito diferente entre regiões (Sul/27).*

Tal positividade quanto à avaliação dessas atividades também se manifestou no estudo quantitativo. Segundo as respostas da enquete, dos 84 indivíduos que responderam às questões sobre a avaliação das atividades da equipe diversidade e da equipe afinidade, respectivamente 89,3% e 90,5% expressaram que estas foram “satisfatórias com excelência ou satisfatórias”

### Avaliação da atuação do facilitador nas equipes diversidade e afinidade

Os facilitadores, em geral, também foram avaliados de forma positiva. Na enquete quantitativa, a atuação desse profissional nas atividades da equipe diversidade e equipe afinidade foi considerada “satisfatória com excelência/satisfatória” por, respectivamente, 92,4% e 95,2% dos entrevistados.

A partir da análise qualitativa pôde-se perceber que o domínio da metodologia foi um aspecto que muito contribuiu para a positividade da avaliação.

*Os facilitadores são excelentes. Eles realmente facilitam e dão o norte. Praticam a metodologia (Norte/02).*

*Eles chegaram bem embasados, discutiram e conseguiram coordenar com bastante tranquilidade sem apontar muito a ideia deles. Conversando com os outros grupos, a gente vê que vai mais ou menos na mesma linha. Quando a gente ia fugir do tema, ele soltava uma pergunta na roda que fazia a gente voltar. Foram muito bem nisso (Centro-Oeste/09).*

*Os dois facilitadores que eu tive conseguiram desempenhar muito bem seu papel, de realmente dar espaço para a discussão e orientar, conduzir, quando alguma coisa não estava indo bem no caminho, eles puxavam de volta para o assunto, e salientar o que é mais importante e o que não é importante (Sul/28).*

Em certos casos, para que houvesse maior compreensão dos papéis desses atores, a imagem do professor tradicional foi evocada.

*O facilitador é um professor, só que utiliza outro método (Sudeste/12).*

*Um facilitador foi mostrando sem ser professor. O outro deu uma ajudinha (Norte/03).*

*Ele não pode chegar com a coisa pronta porque se ele chegar perde o sentido do método. O ponto forte do facilitador é a condução (Nordeste/14).*

A intervenção – seja em termos de presença, seja em sua ausência – foi decisiva para que os sentidos fossem construídos em relação ao desempenho do facilitador.

*Inicialmente houve um estranhamento. A gente sentia falta de intervenções maiores. Nós estávamos acostumados àquela metodologia mais tradicional. Inicialmente causou um estranhamento, mas agora a gente reconhece que é o papel dele (Centro-Oeste/06).*

*Eu tive duas experiências distintas. O primeiro facilitador quase não tinha intervenção. Então as coisas ficavam mais soltas, a discussão fluía por diversas linhas. Depois a gente percebeu que ele começou a fazer algumas intervenções, mas muito poucas. O segundo facilitador conseguiu clarear muito o processo, as metodologias, e conduzia melhor as discussões (Sudeste/17).*

Apenas um especializando avaliou negativamente a experiência que teve com os seus facilitadores.



*Eles deixam muito à vontade. Eles deixam o pessoal à vontade para conversar. O facilitador poderia dar uma segurada, uma conduzida para manter o foco (Nordeste/13).*

A maioria dos especializandos considerou que os papéis a serem desenvolvidos pelos facilitadores deveriam se situar no equilíbrio entre controle e flexibilidade.

*Acho que o papel é exatamente esse, o de não induzir determinado tipo de pensamento, mas de induzir a discussão para que a pessoa possa formar, fomentar aquilo que acredita ser algo lógico e que fará parte de seu cotidiano. Foram excelentes, muito bons (Nordeste/24).*

*Eu avalio o facilitador como um grande mediador, um negociador. É uma pessoa que consegue fazer uma administração do tempo, uma administração do conteúdo. Traz a pessoa de volta quando dispersa muito. Eu senti muita felicidade com os meus facilitadores. Conseguiram ser doces, amáveis e, ao mesmo tempo, fortes em coisas inegociáveis, por exemplo (Nordeste/15).*

## 7.5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO: A DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA E DAS ATIVIDADES

Em relação à distribuição da carga horária e das atividades do curso, houve avaliações totalmente positivas.

*Eu acho que a carga horária do trabalho que é desenvolvido aqui é bastante razoável. Não ficou apertado, inclusive as pesquisas que nós temos que fazer fora também eu acho que é muito interessante. Os trabalhos que foram feitos fora, também não vi assim maiores problemas. Acho que o tempo foi suficiente (Nordeste/08).*

*Eu achei tranquila. Você já vem com um foco: estes três dias eu vou ficar lá e vou estudar. Eu acho que foi bem distribuída. Você chega, fica das oito às 18 focado naquilo que você tem que fazer. Não tem desperdício. Você não fica sem fazer nada. Está sempre ocupada com aquele objetivo definido. Eu acho que foi bem (Sudeste/11).*

No entanto, no conjunto, predominaram as avaliações que assinalavam algumas restrições. Os depoimentos que seguem apontam restrições no que diz respeito à distribuição inadequada do tempo pelas diversas atividades; volume de atividades a ser cumprido durante os encontros presenciais; dias da semana não propícios para a ocorrência dos encontros presenciais; ausência de planejamento prévio e volume de demandas dos hospitais, que nem sempre facilitaram um aproveitamento adequado do curso.

*A distância, eu acho que a carga horária foi boa porque 30 dias de um encontro para o outro dava para você trabalhar na plataforma sem problemas. Aqui que eu achei que, depois de um certo tempo, tinha muita repetição em alguns aspectos. Por exemplo: quando nós tivemos que fazer visita no Sírio-Libanês, no centro cirúrgico, isso não foi produtivo. A gente não entrava na UTI. A gente não via, passava pelo menos duas horas, três horas, mas não via o funcionamento real da enfermaria, do centro cirúrgico. Era só passando, passando, muito rápido (Norte/03).*

*Eu acho que é muito puxado. Às vezes sai sete, oito. Já saímos daqui às dez horas da noite. A gente chega de uma viagem e já emenda nesse curso. Leva atividade pra casa e fica até 23h, meia-noite estudando. No outro dia de manhã está de novo aqui. (Nordeste/15).*

*As atividades mais individuais talvez tenham tido uma carga horária maior, do meu ponto de vista desejado, do que as cargas horárias mais para falar exatamente de gestão e de alguns aspectos importantes da gestão do hospital. Acho que o PDE teria que ter um espaço maior de discussão e algumas linhas que são específicas (Sul/28).*

*É muito cansativo, muito desgastante. A gente está num processo dentro da instituição muito pesado. Eu acho que isso reduziu um pouco o nosso aproveitamento, acredito que nós estamos em todos os hospitais nesse período de transição. (Nordeste/17)*

*Muitas vezes não parece ter organização. O jeito que é distribuída a carga horária para atividade autodirigida, ou algumas atividades de conversa com os facilitadores parece que são um tapa-buraco. Algumas, não todas. A estruturação da carga horária, distribuição de salas eu gostei, não tenho queixa nenhuma. Os grupos como foram distribuídos, a organização foi adequada. Mas a impressão que dá é que em alguns momentos realmente teve tapa-buracos (Centro-Oeste/07).*

Considerando-se a enquete quantitativa, chama a atenção a enorme distinção entre a satisfação dos especializandos com as atividades presenciais e, em contrapartida, a baixa satisfação com as atividades a distância. (Tabela 9).

TABELA 9

Nível de satisfação dos especializandos com as atividades presenciais e a distância

Nível de satisfação	Atividades presenciais		Atividades a distância	
	N	%	N	%
Satisfatória com excelência/satisfatória	77	91,7	30	35,7
Satisfatória medianamente	7	8,3	38	45,2
Pouco satisfatória/insatisfatória	-	-	16	19,0
Total	84	100,0	84	100,0

## 7.6. SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO CURSO

O curso atendeu às expectativas iniciais da maioria dos especializandos. Para grupo expressivo de participantes, chegou a superá-las. Os que qualificaram tais expectativas valorizaram a oportunidade de melhor qualificação da gestão e os ganhos coletivos para a equipe. Essa avaliação positiva não se diferenciou pelos anos de experiência profissional dos atores.

*Pude ter contato com estas vertentes relacionadas com a gestão. Tive oportunidade de discutir diversos assuntos com especialistas e com colegas relacionados com a gestão. Tive a oportunidade de visibilizar os diversos problemas relacionados à gestão de outros hospitais universitários, além do que eu já presencio. Então, em termos de aprendizado de gestão, [o ganho] foi grande (Centro Oeste/05).*

*Eu acho até que me surpreendeu porque não foi só eu, então essa mudança, ela envolveu a equipe de governança, eu acho que até superou minhas expectativas (...) eu tive a chance de estar vendo essa mudança na equipe que está trabalhando comigo, então eu não estou sozinha mais, e parecia que ao longo desse tempo todo eu ficava sozinha (...) mas agora a gente tem pessoas que estão solidárias com a causa, então eu acho que a minha expectativa ela se ampliou muito no momento que isso já proveu mudanças na governança, então realmente superou (Nordeste/15).*

No grupo que expressou alta satisfação, dois profissionais por desconhecimento mais detalhado do que seria o curso partiram de expectativas muito baixas, assim o patamar atingido ao final potencialmente seria maior que o inicial.

*Olha eu vou te ser sincero, as minhas expectativas iniciais não existiam, porque eu não fui informado do que seria o curso, qual o objetivo do curso (...). Mas, com o decorrer dos encontros, aí você foi vendo que você tinha que alcançar um objetivo e esse objetivo eu acho que eu consegui alcançar ao longo dos encontros, tanto aqui quanto na prática lá estudando, lendo, discutindo (Norte/03).*

De 27 entrevistados, quatro afirmaram ter suas expectativas iniciais apenas parcialmente satisfeitas. Desses depoimentos, destacam-se os participantes da Região Sudeste (3 participantes). Os motivos que justificam tal avaliação foram: o curso não ter atendido às especificidades dos hospitais universitários, especialmente no que concerne aos conteúdos voltados para a atuação do setor administrativo; alguns assuntos considerados essenciais (como, por exemplo, os temas “gestão de pessoas” e “compras no setor público”) terem sido pouco abordados; que o TCC fosse ancorado em ação a ser aplicada no hospital. Todavia, mesmo esses autores de depoimentos mais reticentes não afirmaram terem saído insatisfeitos.

Quando convidados a qualificar melhor como avaliavam sua satisfação com o curso, os especializandos expressaram a positividade da experiência. Apontando o sentido da experiência após o percurso, afirmam ter “ampliado o olhar de gestão”; “revisto algumas verdades”; “aumentado sua rede de contatos para a resolução de problemas e troca de experiências”. Outros entrevistados preferiram sintetizar seu grau de satisfação atribuindo uma nota. A nota 9,0 foi unânime para os que assim se expressaram.

*O balanço é altamente positivo (...) mudou várias verdades, vários paradigmas como o pessoal fala, eu vim com muitos vícios, eu tinha muitas verdades que eu tinha, eu vim com muitos vícios, que eu achava que era verdade e pronto, e com o passar do tempo, com a ação do curso (...) a ação do método, dos estudos, a gente, eu pelo menos fui conseguindo ver que algumas daquelas verdades na verdade elas são vícios, não são pontos que devam ser perpetuados (Centro Oeste/04).*

*No aprendizado, não só do ponto de vista de uma nova forma de poder trabalhar, de atuar (...). Eu fazia assistência e pesquisa e agora eu faço gestão e me deu este olhar da gestão. (Norte/02).*

Todavia, a despeito do alto grau de satisfação, boa parte dos entrevistados exercitou certa reflexão crítica e também mencionou pontos que a seu ver eram insatisfatórios, ou que poderiam ser modificados. Desde aspectos direcionados ao seu próprio desempenho como aluno, e, portanto, relacionados às dificuldades em dedicar mais tempo às atividades devido às extensas jornadas e intensidade das demandas no seu hospital de origem, até os dirigidos ao desenho do curso. Tais aspectos serão a seguir explicitados.

Os entrevistados enunciaram diversos pontos positivos do curso, e a maioria citou mais de um. Tal comportamento não variou em relação à região de origem ou tempo de formação do especializando.

A coerência da proposta do curso, bem como os conhecimentos teóricos e conceituais proporcionados, foi elogiada.

*Eles procuraram realmente construir um curso dentro das necessidades dos hospitais universitários, eles pensaram como o hospital está organizado, aquilo que precisa ser modificado dentro desta organização, por exemplo, hoje a gente trabalha ordenamento de serviços, então tá se a lógica é trabalhar linha de cuidado, vamos trabalhar linha de cuidado, a tá, precisamos é trabalhar gestão da clínica, então vamos trabalhar segurança do paciente, então houve uma coerência (Nordeste/E14).*

A metodologia que conduziu à formação foi o ponto mais constantemente citado como fator positivo do curso, alguns chegaram a afirmar que foi o “diferencial” da proposta. Elogiaram especialmente as estratégias de reflexão a partir dos grupos de afinidade e diversidade. De forma mais seletiva, apenas “algumas” visitas e viagens foram qualificadas como positivas.

A atuação dos profissionais também mereceu destaque. A ação dos facilitadores foi ponto considerado positivo por vários entrevistados. A expertise dos especialistas convidados também foi pontuada por alguns. Um dos entrevistados considerou a dedicação e o compromisso do grupo gestor do curso um ponto de destaque.

A troca de experiências entre HUs foi outro aspecto valorizado por muitos entrevistados. Alguns chegaram a ponderar que foi possível estabelecer uma “rede” que permitirá não somente a sinergia de experiências, mas um apoio ativo para a resolução de problemas que também se baseia nos elos de afeto e que terá continuidade mesmo após finalizado o curso.

*Essa troca, essa relação afetiva [foi importante no grupo diversidade], porque não é só uma relação de chefe pra chefe, de instituição pra instituição, existe agora uma relação de laços afetivos, pessoas querem te ajudar a resolver essas questões, e que se eles já têm eles te passam essa informação com leveza e não dizem, “ah não vou fazer isso não porque o povo de lá, o povo de lá é que não tem identidade, que não conhece”, agora todo mundo tem um pezinho dentro dos outros hospitais do Brasil, então isso promoveu um grande elo de resolução de problemas, então quem já tem essa solução passa pra quem não tem, e esse elo afetivo e de competências, ele agora tá muito apurado, está muito forte. (Nordeste/15).*

A estrutura disponibilizada foi considerada ponto positivo para vários entrevistados, alguns chegaram a detalhar aspectos da logística como destaque positivo (alimentação, oferta de material). A organização do curso também foi expressa por um conjunto de entrevistados, destacando a prontidão e disponibilidade do grupo de suporte para resolver problemas.

Um grupo mais diversificado de pontos positivos (cada um com uma expressão apenas) apontou as experiências pessoais de “voltar a estudar”; o “crescimento pessoal”; “aprender a trabalhar com as diversidades”.

Os pontos negativos identificados variaram quanto aos temas, mas foi comum que o entrevistado centrasse em um ou dois aspectos (na indicação de pontos positivos foram mais de dois aspectos mencionados em geral). Nenhum aspecto agregou mais de cinco enunciados. Não se observou diferença quanto à origem regional ou tempo de formação dos sujeitos.

A distribuição do tempo para as atividades foi considerada negativa para alguns. Ainda, as críticas variaram em sua lógica interna: muitas tarefas para o tempo de que se dispunha; pouco tempo para aprofundar temas de maior complexidade; e para a realização do PDE.

*O tempo exíguo para o desenvolvimento das atividades e para maiores buscas científicas em torno de cada um dos temas apresentados e oportunidade de aplicá-los imediatamente por ocasião do retorno, então isso ficou pra um segundo tempo (Sul/27).*

A falta de divulgação prévia das atividades que ocorreriam nos encontros presenciais e em qual sala seria também foi ponto negativo, pois, segundo esses especializandos, “cada dia era uma surpresa”, o que subtrai seu poder de organização interna, bem como saber para onde se dirigir.

*Eu gostaria de ter uma visão do plano como um todo, é, um plano de curso. A cada dia que eu chegava aqui tinha coisas de surpresa, mas isso talvez seja uma exigência minha interna, eu gosto de saber o que é que eu vou fazer, o que eu tenho de, o que eu estou fazendo (Centro-Oeste/22).*

O desgaste físico gerado pelos deslocamentos dos especializandos até São Paulo e pela longa jornada dos encontros presenciais foi também citado.

A metodologia construtivista foi vista como ponto negativo para três especializandos. Nessas reflexões, ainda que haja o reconhecimento do seu valor, enfatiza-se que se leva muito tempo para que o conhecimento seja apropriado, tornando cansativo o processo de aprendizagem.

*Acho que esse trabalho mesmo na metodologia construtiva, digamos um ponto de vista negativo dela é que tu demoras um pouco para te apoderar das informações e para poder estar melhor preparado para aproveitar mais as informações. Acho que ele [o curso] é bastante cansativo, que também é um ponto negativo, tu tens muita atividade os dias que tu está aqui, tu tens muita atividade e isso se torna um pouco cansativo (Sul/28).*

*Ponto negativo é este deixar muito solto, porque cada um é cada um, é cada um por si. Acho que tinha que ter uma direção maior, diretrizes de referencial teórico. O curso deu muita volta porque a gente rodava, rodava e quando via estava discutindo as mesmas questões, todas as situações-problemas que a gente discutiu acabava caindo na mesma questão (Sudeste/18).*

Os problemas de acesso à plataforma para as atividades de EAD foram um ponto negativo citado. Nesse aspecto um entrevistado afirmou que as atividades de seu grupo passaram a ser feitas por e-mail.

*Ponto negativo que eu consigo dizer com clareza é a ferramenta de EAD, definitivamente a ferramenta de EAD é incompatível com o nível do curso, e eu acho que precisava ser reavaliada imediatamente. Ela não serve, a ferramenta de EAD que vocês têm disponível pelo menos com as funcionalidades, com a disponibilidade que ela existe hoje, acho que ela emperrou o processo de ensino a distância em muitos grupos. O meu grupo, por exemplo, pelo menos no início desistiu da ferramenta e discutia só por e-mail (Centro-Oeste/05).*

A atuação de alguns especialistas, embora tenha sido elogiada pela sua expertise no item anterior, aqui passa a ser alvo de enfáticas críticas dos especializandos, pelo “deslocamento da realidade” de suas falas em relação ao contexto dos HUs.

*A experiência da iniciativa privada é importante, mas ela tem que estar lincada com a atividade prática do gestor público, e isso em muitas das vezes não está sendo feito. Então principalmente quando você tem oficinas ou você tem conversas com especialistas, você tem um descolamento, um deslocamento muito grande da nossa realidade, isso conversando com os outros gestores, e acaba causando um desestímulo. Então você vê que são profissionais bons que foram colocados aqui, que têm um conhecimento, mas que falam um assunto que acaba ficando para gente como uma curiosidade. Eu falei outro dia, o pessoal falando: o que você achou de uma oficina sobre gestão que veio aqui o administrador do Sírio? Eu falei, olha para mim foi como se fosse um Discovery, como construir um transatlântico, porque embora seja gestão de hospital, absolutamente não tem nada a ver com o nosso negócio (Nordeste/08).*

*Às vezes algumas pessoas não tinham a noção clara do que era um hospital universitário. Isso em alguns momentos me saltou os olhos, então assim. Eu dou exemplo de dois, três especialistas, e eu falei, meu Deus, entendeu? Não, não, acho que nunca visitaram um hospital de ensino. Então ficava muito difícil propor para um hospital de ensino sem pelo menos entender o contexto que ele é (Nordeste/14).*

As visitas ao hospital também foram apontadas como ponto negativo, seja pela logística e organização (salas cheias, sem local apropriado para os alunos guardarem seus pertences, com profissionais que apresentavam seu setor em tom de voz muito baixo), seja pela concentração das visitas apenas aos setores da assistência; seja pelo excessivo tempo a elas destinadas; seja por se restringirem a apenas um hospital particular. Alguns consideraram que houve pouca prática no ambiente dos hospitais universitários.

*As visitas técnicas, foi um tempo que foi dispendido grande e que depois ficou perdido. A gente ficava aqui no hospital até as nove horas da noite, mas o objetivo principal em nenhum momento eu consegui alcançar, um número muito grande de pessoas, às vezes não eram áreas afins, porque se direcionasse seria muito mais proveitoso, porque é bom a gente conhecer a realidade (Sudeste/12).*

Profissionais do setor administrativo indicaram que houve pouco investimento nesses conhecimentos, e as orientações de algumas atividades (“oficina de compras”, por exemplo) eram incompatíveis com a legislação do setor público.

*Negativo eu achei que foi pouca, área administrativa foi pouco explorada, a área, por exemplo, de compra de material, uma área importante poderia ser mais bem explorada, é o que eu vi de administrativa específica foi no penúltimo encontro e explorou um pouco da área financeira, acho que faltou um pouco é mais da área administrativa mesmo (Sudeste/11).*

A infraestrutura para a pesquisa foi o ponto negativo citado num depoimento, que indicou que a biblioteca não comportava atender todos os especializandos, e se cada um não trouxesse seu equipamento, as tarefas seriam inviabilizadas.

*A questão mesmo da estrutura disponibilizada para a gente para a pesquisa, a questão biblioteca não comporta toda a equipe de 100 pessoas, então quem não tivesse seus meios para a pesquisa acabou sendo prejudicado para imprimir e tal (Sudeste/18).*

A autoavaliação dos especializandos em relação ao seu desempenho foi cautelosa. Poucos consideraram que seu desempenho foi “excelente” ou “muito satisfatório”. A absoluta maioria preferiu autoclassificar seu desempenho como “bom” ou “satisfatório”, ainda que detalhando ganhos, transformações e conquistas adquiridos no processo de formação.

*Como eu avalio o meu desempenho? Satisfatório. Consegui acompanhar todas as atividades, desenvolvi ao longo do curso o meu portfólio, desenvolvi também um trabalho de pesquisa já com resultados para apresentar no TCC, estamos com o PDE praticamente concluído, e o meu TCC encaminhado. Satisfatório (Sul/27).*

Muitos entrevistados fizeram ressalvas críticas ao tempo dedicado às atividades a distância, que deveria ser maior, mas eram absorvidos pelas demandas de trabalho e não conseguiam criar condições de melhor aproveitamento.

*Acho que o meu desempenho poderia ter sido melhor, porque eu acho que da mesma forma em que eu não dou 100% de satisfação eu não me dou 100% de satisfação e aproveitamento no curso, pois eu acho que em alguns momentos eu dei mais atenção à minha necessidade de trabalho na instituição e posterguei algumas tarefas, poderia ter dado mais de mim, eu acredito que se eu tivesse dado mais de mim o meu rendimento certamente seria melhor (Nordeste/14).*

Cinco especializandos consideraram seu desempenho como “regular”, seja por terem pouco ou nenhum conhecimento prévio de gestão, seja por terem tido dificuldades com as metodologias ativas aliada à falta de tempo.

*Regular por conta do desconhecimento do aprendizado, eu acho regular, mas em compensação da minha total ignorância, né, destas metodologias ativas e muito pouco de gestão, que o que eu tinha de gestão era do dia a dia, e contrabalançou com a minha vontade de aprender, entendeu? (Norte/02).*

*Acho que meu desempenho é, eu devo colocá-lo como razoável, pelas dificuldades que eu tive, né? (...) as dificuldades iniciais de trabalhar com a plataforma, a falta de tempo para fazer as tarefas de casa, os deveres de casa (Sudeste/23).*

No exercício aqui proposto, percebeu-se uma inquietação positiva quanto à necessidade de “aprender mais”.

*Há uma sequência, o estudo não para nunca, agora que nós fomos incentivados a estudar, pesquisar, programar, a fazer plano diretor... tem que continuar (Norte/03).*

*Eu acho que foi satisfatória, embora eu acho que pudesse melhorar em algum ponto, até um ponto contraditório, você tem duas opções, é “satisfatório” ou “pode melhorar”, eu acho que ambas as coisas (Sudeste/22).*

Quando demandados a tecer, a partir da experiência vivida, sugestões para melhorar o curso, alguns entrevistados retomaram os pontos considerados negativos, agora numa conotação positiva de superação, outros adicionaram aspectos que consideraram capazes de agregar mais valor à formação.

A sugestão mais frequente foi a de rever a estratégia das visitas técnicas ao hospital. Indicaram que seria desejável que o tempo dedicado a essa atividade fosse diminuído, que fosse melhorada a organização e a logística dessas visitas, que seu foco fosse ampliado (outras áreas de gestão do hospital além da assistência) e que fossem incluídos, além do Sírio-Libanês, hospitais públicos que apresentem boas práticas de gestão.

*Ideal seria pegar áreas que sejam de excelência em hospitais públicos e colocar como referência para serem visitados e colocar o Sírio ou qualquer outro hospital privado como a outra referência para ser comparado. Que muitas vezes as pessoas visitavam aqui o Sírio, e isso daqui é completamente diferente da minha realidade (...) é difícil você avaliar, separar estas realidades, e você ir lá e focar, então muitas pessoas não deram conta de visitar o Sírio. Então acho que se oferecer a oportunidade dentro do curso de visitar área de excelência dentro de hospitais públicos, vendo as áreas que seriam interessantes, acho que seria um avanço neste curso, mostrando que olha não é porque é público que é ruim, olha tem público que funciona bem nesta área, ele pode não funcionar bem em todas as áreas, mas nesta área aqui funciona bem (Centro-Oeste/05).*

A melhoria da plataforma e mais orientação para as buscas de bibliografia e outras pesquisas pela internet também foram sugestões conexas e citadas com frequência.

*(...) a forma de busca, de pesquisa, que eu particularmente não tinha dificuldade, mas tinha que ajudar algumas pessoas (Sudeste/16).*

A alocação do tempo foi o item que agregou maior diversidade de sugestões. Alguns consideraram a jornada total muito extensa e sugerem sua redução. Outros sugerem a mudança dos dias do curso (para quinta, sexta e sábado). Todavia, as sugestões mais constantes foram as de realocação da distribuição do tempo investido, de modo a garantir mais tempo para atividades práticas e para dedicação ao PDE. Ter mais atividades ligadas à prática em gestão e às demandas do setor administrativo também foram pontuadas.

*Talvez rever a questão do tempo, da distribuição das atividades, mas eu tenho mais dificuldades de avaliar, visto que eu não sou uma especialista dessa área de educação, de distribuição dos horários. Mas, como falei, eu senti mais falta foi na questão de uma maior carga horária, achei mais importante aumentar a carga horária do desenvolvimento do PDE e menos importante a questão das visitas técnicas dentro do hospital (Sul/27).*

Dois entrevistados consideraram que os palestrantes deveriam conhecer de forma mais próxima a realidade dos hospitais universitários e a metodologia construtivista.

Criar um módulo de nivelamento, visando sanar dificuldades de formação em gestão dos participantes, a partir de metodologia expositiva, foi sugestão de um especializando.

*(...) que houvesse um módulo de nivelamento, de conhecimentos básicos, por exemplo, eu sou professor, (...) mas de gestão eu não sabia nada, então, a gente já foi posto em uma discussão complexa de hotelaria, e eu nem nunca pensei da onde vem o lençol que troca no paciente, talvez um módulo inicial de nivelamento das pessoas. Fundamentos tanto a parte de educação, gestão, administração, assistencial, da parte operacional do hospital, acho que este módulo de nivelamento, no entanto eu ando relendo as anotações iniciais do curso e o próprio termo de referência do curso, e hoje eu estou relendo com um outro olhar, talvez se eu tivesse tido um brainstorming inicial disso, aí teria ajudado muito, eu teria aproveitado muito mais. (...) e de preferência de metodologias tradicional, aula normal, ou palestras. (...) Um nivelamento você não vai poder ter muito tempo para fazer um nivelamento construtivista, nivelar mesmo, tem aqui este livro do Gonzalo, e vocês têm que ler ele, e a gente receberia este livro antes e a gente teria 10, 20 aulas consideradas principais, temas principais, e a partir daí começaria o módulo, o curso de uma maneira construtivista como vocês fizeram (Sudeste/12).*



A flexibilização da metodologia ativa, mesclando-a às ações tradicionais de palestras e aulas expositivas de acordo com o perfil da atividade, foi sugerida por dois cursistas.

Sugestões que só receberam uma menção:

- A escuta prévia aos hospitais para mapear suas dificuldades e focar em ações do curso.
- Garantir a participação da equipe de consultores da empresa EBSRH.
- Melhorar o critério de seleção dos participantes do curso.
- Maior racionalização da compra de passagens dos cursistas a fim de minimizar os custos do erário público.
- Aumentar o número de encontros presenciais.
- Melhor organização da distribuição e informação das salas onde transcorreriam as atividades.

Por fim, quando perguntados se recomendariam o curso, todos afirmaram positivamente. Foram comuns expressões enfáticas de aprovação (“com certeza”, “mil por cento”, “sem dúvida”). Apenas três especializandos condicionaram tal recomendação ao alinhamento por eles sugerido (mudança de dia do curso; mais ênfase prática e na realidade dos HUs). O debate que emergiu espontaneamente foi o formato que o curso deveria adotar caso tivesse uma segunda edição. Foi pontuado que a oferta regional seria a mais adequada. Questionaram criticamente ainda a ideia que os especializandos dessa turma atuassem como multiplicadores. A falta de tempo, além do pouco domínio da metodologia empregada, inviabilizaria essa ação.

*Acho que seria interessante que todos os hospitais pudessem fazer esse curso, eu acho que o ganho é muito grande. Foi discutido no início que nós seríamos multiplicadores para os hospitais, mas eu não sei assim, se com a nossa atividade, a nossa correria toda (...) eu não sei quantos de nós desses noventa fazendo o curso vamos ter disponibilidade para aplicar esse curso em outros hospitais e ser multiplicador em outros hospitais. Você multiplicar na sua equipe é uma coisa, você está ali, no dia a dia com ela, você leva uma ferramenta, discute aquela ferramenta, você está trabalhando para elaborar um plano de trabalho, de ação, então, fica muito mais fácil agora você ser um multiplicador para os novos hospitais, foi uma das propostas iniciais do curso, que foi discutida no início do curso, eu não sei se isso é muito factível (Sudeste/23).*

## 7.7. SÍNTESE INTERPRETATIVA

Em termos estatísticos, a avaliação da satisfação tanto relacionada aos objetivos do curso quanto às atividades concentrou-se nas respostas “satisfatória com excelência/satisfatória”, com percentuais no intervalo de 66,7% a 89,7% e 79,8% a 95,2%, respectivamente, nos itens avaliados. Não foram observadas diferenças significativas entre as regiões onde se situavam os hospitais relacionadas aos itens dessa avaliação (Apêndice 4).

A motivação e as expectativas iniciais dos especializandos mostraram-se vinculadas à missão institucional e à perspectiva de aperfeiçoamento para execução do trabalho, o que evidencia um grupo comprometido e interessado em aplicar os conhecimentos na realidade de gestão hospitalar.

O conceito de motivação abriga diversas definições, mas em linhas gerais a motivação é um constructo elaborado para explicar a ação. É concebida “como a força que energiza o comportamento, levando o sujeito a agir”. No contexto da corrente da psicologia social com foco na determinação do comportamento, o estudo da motivação foca-se nos processos cognitivos mediadores entre o indivíduo e a situação, processos estes que são, sobretudo, de avaliação e julgamentos. Tais abordagens valorizam os determinantes

subjetivos do comportamento, especialmente as interações dinâmicas entre o sujeito (motivações intrínsecas) e o seu ambiente (motivações extrínsecas), destacando o papel protagonista dos indivíduos para a elaboração de objetivos pessoais e para desenhar estratégias de ação<sup>23</sup>.

Se boa parte dos especializandos apontou que a procura pelo curso não partiu de uma motivação pessoal inicial, as motivações extrínsecas foram determinantes na adesão ao curso (atender à demanda institucional, corresponder às expectativas e confiança depositada em representar o nome do hospital; aprender novas orientações de gestão num contexto de mudança). Ao que a análise dos depoimentos indica, outros objetivos pessoais foram sendo traçados no decorrer da trajetória de formação.

As expectativas iniciais foram amplas, revelando a considerável heterogeneidade de formação do grupo. Foram listadas desde perspectivas de aprimoramento de “ferramentas” para gestão, troca de experiências, meios para inovação, conhecimento teórico de planejamento até mesmo uma formação básica.

A motivação e a aprendizagem são dois conceitos apontados pela literatura como sinergicamente ligados. Nesse contexto mais delimitado, pode-se definir a motivação para aprender como “uma competência adquirida por meio de experiências generalizadas, mas estimuladas diretamente pela modelação, comunicação de expectativas, instrução direta ou socialização de pessoas significativas”<sup>24</sup> (p 168).

O curso gerou altos níveis de satisfação quanto aos objetivos e conteúdos programáticos (estes sem distinções percebidas quanto aos diferentes tipos de conteúdos). Os itens mais baixos de satisfação quanto aos objetivos cumpridos pelo curso foram o de “promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde” e o de “apoiar e fortalecer a constituição de redes de assistência à saúde, orientadas para as necessidades de saúde dos usuários, segundo os princípios do SUS”. Observa-se, portanto, que os dois objetivos que geraram menores percentuais de alta satisfação foram aqueles concernentes à promoção de conexão de redes, de promoção de articulação entre os HUs e as redes de assistência.

As vivências educacionais também foram muito bem avaliadas, sejam em termos quantitativos ou qualitativos. A metodologia adotada, as experiências na comunidade de aprendizagem e a atuação dos facilitadores nas atividades relativas aos grupos afinidade e diversidade contribuíram para a satisfação com o curso. Todavia, o grupo mostrou-se heterogêneo em relação ao seu capital de saber e background quanto aos conteúdos e vivências educacionais previstos pelo curso.

Isso se deve, em parte, aos contextos de experiências prévias dos especializandos que configuram o que Schutz<sup>25,26</sup> denomina de situação biográfica (sedimentação de experiências prévias). Além da situação biográfica, o estoque de conhecimento desses atores também serviu de base para as experiências vivenciadas. Em termos subjetivos, pode-se considerar que uma determinada situação não é vivenciada da mesma forma pelas pessoas<sup>27</sup>. Com base nessas premissas, pode-se inferir que os especializandos, ao iniciarem seu curso, já traziam uma referência de educação em geral e de ensino em específico para se formarem como especialistas. Entretanto, nem essa base prévia, nem a experiência específica vivenciada no curso são produtos apenas das experiências individuais desses atores. Como observa Schutz, a vida cotidiana é um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que se constitui de um universo de significados culturais e porque as pessoas vivem num mundo de inter-relações pessoais.

A experiência simultânea dos especializandos em grupos de afinidade e em grupos de diversidade, de certa forma, pode ter servido para que os esquemas de referências existentes fossem flexibilizados a fim de que novos esquemas fossem elaborados e os antigos, ressignificados. Nesse sentido, pode-se considerar que foi possível, ao se conviver com diferentes grupos, identificando novas realidades e reconhecendo problemas comuns, haver uma certa suspensão das referências prévias para que novas abordagens fossem incorporadas. É nesse espaço

que o curso pode ter sido visto como uma experiência positiva na visão da grande maioria dos especializandos. Para que houvesse adesão às novas abordagens que estruturam o curso, foi fundamental que não só novos conhecimentos fossem aprendidos, mas que os princípios do curso fossem vivenciados na prática. Nesse sentido, na avaliação dos especializandos, tanto a metodologia utilizada no curso quanto o desempenho dos facilitadores foram decisivos para que o curso fosse valorizado. Esses dois aspectos deram vida à possibilidade de se construir a mudança.

Por outro lado, a organização do curso em relação à distribuição da carga horária e das atividades foi alvo de críticas. Em termos quantitativos, a insatisfação maior foi com as atividades a distância. Em termos qualitativos, a partir das entrevistas o tema foi aprofundado, revelando que mesmo as atividades presenciais precisam de alguns reajustes.

Considerando uma perspectiva mais abrangente e de balanço da experiência após o percurso, os especializandos reafirmaram a alta satisfação com o curso, testemunhando terem “ampliado o olhar de gestão”; “revisto algumas verdades”; “aumentado sua rede de contatos para a resolução de problemas e troca de experiências”. A vivência de aprendizado proporcionada pelas metodologias ativas foi considerada um grande diferencial, bem como a expertise dos profissionais envolvidos e a possibilidade da troca de experiências.

Como se verificou no estudo, os especializandos demonstraram satisfação positiva com o curso, seja considerando a diferença existente entre as expectativas iniciais e a comparação com a experiência (teoria da discrepância); a diferença entre o desejado e o efetivamente obtido (teoria da realização); a confirmação das expectativas iniciais, seja após a comparação entre ganhos e perdas obtidos em comparação com a de outros usuários (teoria da equidade)<sup>8</sup>.

A perspectiva da discrepância tem sido uma referência para a análise da satisfação discente. A partir das categorias de “expectância/desconfirmação”, a análise vai trabalhar com quatro construtos sinérgicos: expectativas, desempenho, desconfirmação e satisfação. A desconfirmação provém das discrepâncias entre expectativas prévias e desempenho atual (realidade percebida). Assim, três cenários são possíveis: nenhuma desconfirmação resulta quando o desempenho atual ocorre como o esperado; desconfirmação positiva ocorre quando o desempenho atual é superior ao esperado; e desconfirmação negativa ocorre quando o desempenho atual é menor do que o esperado. Os dois primeiros cenários levam à satisfação e o último à insatisfação<sup>28,29</sup>.

Além da relação direta e central com o atendimento das expectativas, a satisfação discente pode ser influenciada por distintos fatores, sejam pessoais (formar grupos de amigos, identificação pessoal com a área), sejam institucionais, relacionados à experiência educacional (estrutura do curso, interação com os professores, prontidão para dar respostas às dificuldades, percepção do ensino como proveitoso)<sup>29</sup>. Tais aspectos se mostraram presentes também na análise dos aspectos que levaram à insatisfação.

Ainda que evidenciando alta satisfação, o grupo exerceu um olhar crítico, apontando aspectos considerados negativos, tais como a distribuição das atividades, a pouca divulgação prévia das atividades, o desgaste proporcionado pelo deslocamento para as aulas presenciais, as condições para busca de informações, a pouca ênfase nos aspectos de ensino e pesquisa que sustentam o tripé da missão dos HUs e para pesquisa e logística/organização das visitas. Os aspectos de insatisfação que atravessaram diversos itens pesquisados, mostrando sua consistência, foram os problemas de acesso da plataforma para as atividades de EAD; a atuação de alguns especialistas, considerados “deslocados da realidade” e a pouca ênfase nos aspectos de gestão administrativa.

A autoavaliação dos especializandos quanto ao seu desempenho revelou um grupo autocrítico e com disposição para “continuar aprendendo”. Revelaram que o exercício de autoavaliação foi sendo trabalhado com o grupo em todas as fases do percurso do curso.

Cavaleri<sup>30</sup>, a partir de exaustiva revisão bibliográfica, indica os benefícios da prática autoavaliativa para os ganhos de competência: aumentar o nível de consciência dos aprendizes sobre suas habilidades, permitindo o autoconhecimento; orientar o processo de tomada de decisões em direção aos objetivos de aprendizagem; expandir o escopo da avaliação, por incluir o ponto de vista do aprendiz; e por contribuir para desenvolver a autonomia, aumentar a motivação e trazer efeitos benéficos que extrapolam a sala de aula.

O grupo também se mostrou bastante proativo e envolvido com o aprimoramento do curso, formulando diversas sugestões para novas edições da experiência. As sugestões, além de coerentes com a perspectiva de superação dos pontos considerados negativos, também avançaram em outros aspectos. De forma geral, elas revelam a necessidade de conhecer o trabalho dos hospitais privados, mas também ter contato com experiências inovadoras e exitosas no âmbito do SUS, numa perspectiva de empoderamento e reafirmação de possibilidades de boa gestão no serviço público.

Por fim, a absoluta maioria dos especializandos sintetiza sua satisfação com a afirmativa de que recomendariam o curso a outros parceiros do seu próprio hospital ou dos demais HUs.

## 8. A percepção de domínio dos especializandos sobre as áreas de competência

Conhecer a percepção dos especializandos acerca de seu domínio sobre as áreas de competência que foram planejadas é de fundamental importância para avaliar o curso, uma vez que este se ancorou em metodologias ativas que envolviam esses atores como sujeitos de sua aprendizagem, aprendendo a aprender. Com base nesse protagonismo, a percepção constitui-se num dos principais indicadores de avaliação.

Para o desenvolvimento de capacidades necessárias ao exercício de uma prática considerada competente para a gestão de hospitais universitários, foi elaborado um perfil de áreas de competências detalhadas por desempenhos, entendidos como resultados a serem alcançados pelos especializandos<sup>1</sup>. Competência e desempenho são expressões que se relacionam. Enquanto a primeira é definida em termos de capacidade de alguém para realizar ou executar algo, a segunda é o comportamento resultante, constituindo-se em indicadores para se avaliar o alcance da competência<sup>31</sup>.

Três áreas de competência constituíram-se como referência do projeto político-pedagógico do curso: gestão em saúde; assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS e educação na saúde – gestão do conhecimento e da aprendizagem nos hospitais universitários do SUS. Integravam cada uma dessas áreas ações-chaves e desempenhos. Para efeito de avaliação das áreas, em termos quantitativos, na enquete foram disponibilizadas questões sobre capacidades que – simultaneamente – sintetizavam as ações e os desempenhos, bem como os domínios cognitivo, atitudinal e psicomotor. Já em termos qualitativos, as entrevistas pautaram-se em três questões gerais relacionadas às áreas. Assim, na primeira dimensão metodológica buscou-se discriminar para melhor mensurar, enquanto na segunda perguntou-se em geral para que pudessem ser captados os aspectos mais relevantes na percepção dos especializandos sobre cada uma das áreas.

### 8.1. AVALIAÇÃO DO GANHO DE COMPETÊNCIA PARA A GESTÃO EM SAÚDE

Na enquete, as questões acerca da área de competência em gestão em saúde constituíam-se de três capacidades:

- A. Capacidade de identificar continuamente obstáculos e oportunidades no contexto interno do hospital universitário e na sua inserção no SUS.
- B. Capacidade de construir e negociar estrategicamente sucessivos planos de ação do projeto organizacional do hospital universitário.
- C. Capacidade de acompanhar e avaliar o desenvolvimento do hospital universitário.

Ainda que mais da metade dos respondentes tenha avaliado que dominava com excelência ou dominava as capacidades da área de gestão, percentual significativo deles dominava medianamente essas capacidades (Tabela 10). O percentual mais baixo de domínio medianamente relacionou-se à Capacidade 2, que se volta para a construção e negociação de planos de ação.

TABELA 10

Distribuição do domínio percebido por capacidades da área de gestão em saúde

Categorias	Capacidade 1		Capacidade 2		Capacidade 3	
	N	%	N	%	N	%
Domino com excelência/domínio	54	64,3	47	56,6	52	62,7
Domino medianamente	27	32,1	32	38,6	30	36,1
Domino um pouco/não domínio nada	3	3,6	4	4,8	1	1,2
Total	84	100,0	83	100,0	83	100,0

O percentual menor de domínio percebido na capacidade 2 pode relacionar-se ao grau de complexidade que essa capacidade envolve, uma vez que, em parte ou integralmente, as duas outras capacidades concorrem para a eficiência e efetividade do ser capaz de construir e negociar planos de ação. Também não se pode descartar o fato de que a capacidade de saber construir planos de ação poderia ser evidenciada ou não por meio do Plano Diretor Estratégico (PDE), um dos trabalhos finais a ser apresentado pelos especializandos. Enquanto as duas outras capacidades constituíam-se referência para uma avaliação de processo e dos cursos e dos outros momentos futuros desencadeados pelo curso, parte da capacidade de planejar seria um indicador da avaliação de resultado efetivamente alcançado pelo especializando. Assim, com bases nos princípios e critérios de avaliação do curso, talvez esses atores tivessem percebido que suas opiniões seriam avaliadas objetivamente no PDE.

Na dimensão qualitativa, baseada nas respostas às questões das entrevistas, observa-se que, de forma geral, as autoavaliações sobre as capacidades adquiridas para fortalecer a competência em gestão foram muito positivas, seja entre os entrevistados com menos anos de formados, seja entre os mais experientes.

Os “ganhos pessoais” derivados dos conhecimentos apresentados pelo curso foram a tônica central das falas. Os mais enfáticos foram os profissionais que assumiam não ter nenhum conhecimento teórico prévio de gestão:

O meu ganho foi de mil por cento porque agora eu começo a enxergar as coisas que eu não sabia e não que eu não via, (...) quando você tem alguma, algum conhecimento de gestão, sei lá, fez um curso de administração técnica tudo bem, mas no meu caso não, no meu caso é muito específico, minha área é uma área meio focada [análises clínicas] (...). Então é para gerir, eu aprendi e muito, melhorou a minha vida no laboratório, a vida de gestão do laboratório me ajudou bastante (Norte/02).

Então acho que foi muito importante, se tivesse que pôr o quanto eu cresci de um a dez eu colocaria 10 neste momento mesmo, mas às vezes a gente faz as coisas sem saber, pode até tá certo, mas você precisa parar para e refletir entender o porquê você está fazendo, considerando que eu não tinha experiência da gestão que não fosse gestão do paciente ali (...) então acho que foi muito importante criar uma visão (Sudeste/16).

Os entrevistados que se autointitulavam “gestores mais experientes” também foram assertivos quanto aos ganhos de aprendizagem, especialmente na perspectiva de compartilhamento das decisões, no exercício da escuta de outros saberes e na gestão de pessoas e equipes. Alguns entendem que o processo de mudança é lento, dado que se trata da mudança da “cultura de gestão”.

*Nessas áreas de gestão, eu visualizo muito claramente a questão das decisões compartilhadas, como sendo um marco assim, então respeitar o conhecimento prévio, ouvir a equipe, sentar com a equipe pra planejar, pra definir o futuro deles (...) ser um negociador, porque na hora que vocês põem isso num grupo maior, vai ter muita divergência, você ter que fazer o papel de facilitador, ter que negociar, ter que chegar num consenso (...) fazer essas práticas, se expõem mais, se fragiliza mais, mas ele tem um retorno muito bom (...) até a minha chefe disse “eu vou desistir disso, eu não dou conta” (...) eu disse: “isso a gente está começando a plantar uma semente pra colher daqui a cinco anos, nós vamos mudar a cultura, mudar a cultura não se muda da noite pro dia” (Nordeste/15).*

Todavia, um entrevistado desse grupo, ainda que revelando alguma sensibilização para o tema, mostrou suas resistências em abandonar modelos arraigados de decisões de cunho mais centralizador, entendendo que esse modo produz “decisões mais rápidas”:

*Eu acredito que ainda ouço todo mundo, mas ainda decido quase tudo sozinho, ou se não decido sozinho, decido com base em dois ou três, pode ser pessoas da governança, por exemplo, quando de repente a ideia seria eu ouvir o maior número possível de pessoas pra que elas todas se envolvessem, mas na minha leitura quanto mais pessoas eu ouço, mais diferentes são os caminhos que as pessoas querem, os interesses são maiores, então o número de variáveis aumenta muito, e então por aumentar muito, você não vai conseguir agradar todo mundo, você acaba tendo que tomar uma decisão nos moldes do eu decidi e vamos fazer assim. Então ouvir, pelo menos agora eu já ouço mais, tá, e isso foi uma conquista do curso (Nordeste/13).*

Doze entrevistados ultrapassaram o domínio dos “ganhos pessoais” e demonstraram conexões claras com as capacidades construídas no curso e sua “aplicação no hospital” de origem. Alguns já relatam experiências de pôr em prática novas formas de gestão de equipes, reconhecendo que a partir disso houve um ganho de autonomia e protagonismo do grupo.

*Eu cheguei com aquela expectativa que eu não viveria nada de novo, mas realmente eu percebo uma mudança muito grande no meu comportamento. (...) aspectos da gestão, na forma de me relacionar com a equipe, na forma de liderar. (...) eu comecei a aplicar várias coisas que eu estava refletindo aqui no meu dia a dia. Aí eu percebi que a própria equipe mudou completamente, o comportamento da equipe mudou, a partir do momento que eu mudei o grupo ficou muito mais unido, o grupo começou a ter uma visão estratégica, muito mais proativo (Sudeste/18).*

Foi recorrentemente usada a figura de linguagem do “uso de novas ferramentas” para descrever os ganhos de capacidades operativas para a gestão de processos, gestão financeira e de pessoas.

Uma minoria declarou que não se “sentia gestor”, seja pela estranheza dos conteúdos apresentados pelo curso, seja pelo reconhecimento de que para ocupar tal posição há um amplo conjunto de conhecimentos e capacidades ainda a serem construídos.

*A gestão pra mim sempre foi muito complicada [ela ri], eu vejo que a competência que eu tenho que me empenhar mais, mas, ao mesmo tempo, eu não me vejo com perfil tão direcionado para essa área, cada vez que eu estudo, que eu debato, que eu participo, estar nesse perfil, nessa gerência geral não é muito o meu perfil (Sudeste/17).*

## 8.2. AVALIAÇÃO DO GANHO DE COMPETÊNCIAS PARA ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO DO HU

Na enquete, as questões acerca da área de competência de assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS constituíam-se de quatro capacidades:

1. Capacidade de identificar e analisar necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, articulando dados e informações a partir de indicadores clínico-epidemiológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais.
2. Capacidade de identificar problemas na produção do cuidado à saúde, considerando relevância, magnitude, vulnerabilidade e transcendência.
3. Capacidade de promover a construção de planos de ação para a melhoria da assistência à saúde no SUS.
4. Capacidade de avaliar a qualidade e a segurança da assistência à saúde dos usuários do SUS.

Ainda que na avaliação das quatro capacidades os percentuais da categoria “domino com excelência/domino” tenham sido maiores do que os relacionados às outras categorias, esses percentuais não constituíram maioria em nenhuma das capacidades. Praticamente o conjunto das respostas ficou dividido entre o patamar de excelência e o intermediário das categorias avaliativas. Além dessa polarização, observam-se percentuais significativos das respostas relacionadas à categoria *domino um pouco/não domino nada* (Tabela 11).

45

TABELA 11

Distribuição do domínio percebido por capacidades da área de competência de assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS

Categorias	Capacidade 1		Capacidade 2		Capacidade 3		Capacidade 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Domino com excelência/domino	36	43,4	36	43,4	40	48,2	40	49,4
Domino medianamente	33	39,8	32	38,6	36	43,4	27	33,3
Domino um pouco/não domino nada	14	16,9	15	18,1	7	8,4	14	17,3
Total	83	100,0	83	100,0	83	100,0	81	100,0

O não predomínio do domínio com excelência percebido pode ser mais bem compreendido a partir da análise qualitativa das entrevistas.

Embora a maioria dos entrevistados tenha emitido avaliação muito positiva no quesito da assistência, a questão gerou um posicionamento singular entre os que não possuíam experiência ou proximidade mais direta com a área de assistência (pessoas oriundas do setor administrativo ou do ensino) e aqueles que se denominavam como sendo dessa área.

Os profissionais de outros setores fizeram avaliações muito positivas quanto à compreensão da sinergia entre as ações administrativas e a produção de cuidados clínicos. Passaram a perceber que há uma interligação em rede, de esforços e processos, para que o atendimento prestado seja realizado de forma adequada e eficiente.

*(...) o ganho é ... como as atividades na minha área interferem em todo o processo final, as metas estão pactuadas. Então um hospital de referência, eu estou na parte de compras e orçamento. Como eu preciso trabalhar as ações com a minha equipe interna, visando ao alcance de metas pactuadas pela área de assistência, ou áreas relacionadas à segurança do paciente, então tem vários grupos, com vários focos, sempre na assistência e que o meu trabalho tem ligação direta com todas as metas que estão pactuadas nesse setor (Sudeste/21).*

Todavia, ainda poucos remanescentes não se reconheciam plenamente implicados na assistência, por serem “de outra área”.

*Eu acredito que eu não tive muito ganho, que eu ganhei apenas conhecimento sobre como funciona a assistência, eu não ganhei experiência no sentido de, olha eu posso [pausa] interagir junto com a assistência, eu não vi isso, [pausa]. Eu sei que a assistência me demanda e sei, participo das reuniões com a assistência e tudo, mas mais pra ser demandado [risos] (Nordeste/13).*

Os que se identificam como “oriundos da assistência” avaliaram inicialmente que o curso não trouxe novos conhecimentos para a experiência direta da clínica individual. Logo a seguir teceram uma narrativa mais reflexiva, como que reconhecendo ou intuindo que não era este o objetivo da formação e apontaram os ganhos para “ter uma visão mais ampla da assistência em todo o hospital”, ultrapassando os limites da clínica onde atuam.

*(...) assistência assim, contribui pouco, porque isso é o nosso dia a dia, eu sou líder de equipe de cirurgia (...) que é uma equipe de grande performance, que tem protocolos, que tem guidelines, tem um padrão de conduta muito bem estabelecido, controle de qualidade, a gente é auditado pelo Ministério da Saúde, pela própria instituição. Então, nesta parte assistencial, eu acho que contribui mais para eu ver de um modo mais geral o hospital como poderia ser em outras áreas. (...) mas assim o meu enriquecimento pessoal nesta área foi pequeno (Sudeste/12).*

Os que enfatizaram o foco da gestão da clínica hospitalar apontaram como importantes ganhos a produção de linhas de cuidados, priorizando pela primeira vez a assistência com “foco no paciente”. Alguns, inclusive, já mencionam a prática de tais conhecimentos.

*(...) houve um ganho muito grande, de tal forma que já na proposta de PDE e já dentro da instituição hospitalar, já foram feitas várias iniciativas na direção de melhorar a questão dos protocolos, das linhas de cuidado, da gestão da clínica, da construção do núcleo interno de regulação. Nós já temos mudanças e melhorias palpáveis no decorrer do curso, mas que deverão se intensificar agora por ocasião do término do curso (...) (Sul/ 27).*

*E, na assistência, o olhar para o paciente assim, eu já tinha esse olhar, eu sempre colocava isso nas nossas práticas, mas agora ele veio instrumentalizar né, então a gestão do cuidado, esse foco no paciente e não na doença, o conforto dele (Nordeste/15).*



*(...) gestão da clínica era algo que eu não tinha conhecimento nenhum sobre isso, nem muito menos tinha trabalhado nesta área, então acho que houve um ganho grande nesta área, não me permite obviamente chegar a um nível de competência que eu tenho na área de gestão (Nordeste/24).*

### 8.3. AVALIAÇÃO DO SEU GANHO DE COMPETÊNCIAS PARA EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DO HU

Na enquete, as questões acerca da área de competência para educação no contexto do HU constituíam-se de três capacidades:

1. Capacidade de identificar necessidades de aprendizagem próprias, dos profissionais de saúde e de usuários, familiares e responsáveis.
2. Capacidade de propor e avaliar ações educacionais a partir das necessidades de aprendizagem identificadas.
3. Capacidade de promover, gerenciar e avaliar a produção e a disseminação de novos conhecimentos em saúde e na gestão de hospitais universitários.

Em relação à Capacidade 1, as respostas da enquete ficaram praticamente divididas entre as categorias “domino com excelência/domino” e “domino medianamente”. Já nas capacidades 2 e 3 prevaleceram as respostas que apontavam “domino com excelência/domino” (Tabela 12).

**TABELA 12**

Distribuição do domínio percebido por capacidades da área de competência para educação no contexto do HU

Categorias	Capacidade 1		Capacidade 2		Capacidade 3	
	N	%	N	%	N	%
Domino com excelência/domino	39	48,1	45	55,6	45	55,6
Domino medianamente	36	44,4	28	34,6	30	37,0
Domino um pouco/não domino nada	6	7,4	8	9,9	6	7,4
Total	81	100,0	81	100,0	81	100,0

As informações fornecidas pelas entrevistas apontaram avaliações positivas relacionadas à área de competência para educação no contexto do HU. A vivência das “metodologias ativas” de cunho construtivista proporcionada pelo curso foi o ganho apontado pela maioria dos entrevistados para a construção da competência de educação. A absoluta maioria nunca tinha passado por tal experiência de aprendizagem e apontou que “aprender a aprender” é uma nova perspectiva que pode ser levada à formação de equipes no hospital.

*Eu acho que é levar esta nova visão, e que a proposta de capacitação de educação tradicional já não surte tanto resultado quanto este tipo de metodologias ativas e diferenciadas. Então pensar uma nova forma de capacitar, treinar as equipes, desenvolver, gerar espaços de reflexão, e isso também a gente já está sentindo uma mudança no decorrer, desde o início do curso a gente já levou estas ideias para lá, a gente já até conseguiu levar até uma proposta diferenciada para capacitar o pessoal de apoio mesmo (Sudeste/18).*

De forma correlata, alguns entrevistados citaram como ganhos as capacidades de “estabelecer relações mais horizontais com seus alunos” e de respeitar o conhecimento do outro, além de “construir argumentos e fundamentá-los” para promover um debate mais dialógico.

A valorização da “capacitação permanente” das equipes também foi citada como necessária.

No entanto, o ganho de capacidades para a competência de educação foi o único item que parcela significativa dos entrevistados (um terço) teve dificuldade de responder, pois não conseguiram identificar ganhos nesta área.

*(...) neste aspecto realmente o ganho foi pequeno, não me sinto hoje mais capaz de organizar uma forma de ensinar, ou de, não sei realmente isso, a parte de ensino realmente foi uma parte que eu não, que eu não acho que tive um ganho grande (...) não sei nem como explicar muito bem isso, mas eu não acho que eu que hoje eu seja uma pessoa mais capacitada para organizar um processo de aprendizagem do que era antes. Não houve um ganho bom, digamos assim (Centro-Oeste/04).*

*Pois é, eu acho que educação não foi, não sei se dentro da discussão, não que ela não foi abordada, mas não foi um foco muito marcante eu não senti, e isso, em momento algum, se discutia a importância a questão de cuidado, mas não teve um momento assim e aí como que nós vamos fazer com a gestão da educação, no ensino da Instituição, não só de graduação, mas do próprio corpo administrativo (Sudeste/16).*

## 8.4. SÍNTESE INTERPRETATIVA

A autoavaliação do grau de domínio nas áreas de competência concentrou-se nas respostas “domino com excelência/domino”, com a variação de percentuais no intervalo de 43,4% (para a área Assistência à Saúde nos Hospitais Universitários do SUS) a 64,5% (para área de Gestão em Saúde), nos itens avaliados. Não foram encontradas diferenças significativas nos escores totais dos eixos (satisfação em relação aos objetivos do curso; às atividades desenvolvidas durante o curso e ao grau de domínio que o respondente obteve em relação às capacidades desenvolvidas durante o curso), segundo região do país, ao nível de 5% de significância. (Apêndice 4).

Foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis para cada um dos eixos temáticos da pesquisa, e nas três análises realizadas não foram encontradas diferenças significativas nos escores totais segundo região do país, ao nível de 5% de significância.

Em termos quantitativos, observa-se que – em geral – os especializandos perceberam possuir maior domínio nas capacidades voltadas para a área de gestão em saúde do que nas capacidades das áreas de assistência à saúde e educação na saúde. Esse maior domínio percebido na primeira área pode ser relacionado ao fato de esses atores já exercerem cargos administrativos. Nesse sentido, possivelmente suas aprendizagens foram mais significativas nessa área porque as atividades do curso tiveram maior ancoragem em suas ações cotidianas.

Quanto à área de competência da assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS, à primeira vista, pode haver um estranhamento em relação ao fato de as avaliações ficarem praticamente divididas entre o patamar de excelência e o intermediário das categorias avaliativas, e de haver percentuais significativos das respostas relacionadas à categoria Domino um pouco/não domino nada. Esse estranhamento pode surgir pelo fato de quase a metade dos especializandos (47,7%) que participaram da enquête ser constituída por profissionais formados em Medicina e Enfermagem.

Entretanto, esse estranhamento pode perder força se for considerado o fato de os especializandos exercerem cargos administrativos que nem sempre lidam diretamente com os usuários dos hospitais.

O foco dado pelo curso à área de assistência à saúde também pode ser um aspecto a ser considerado para compreender porque médicos e profissionais de enfermagem responderam que dominavam medianamente as capacidades dessa área. Esse foco tem como ponto de partida as necessidades de saúde das pessoas e não as patologias ou os déficits de saúde. Acresce-se a isso o caráter emergencial que a assistência hospitalar assume, sendo mais demandada para curar ou estabilizar a doença ou os agravos à saúde do que para realizar ações de promoção da saúde.

O fato de não haver uma maioria expressiva de domínio com excelência na saúde pode ser melhor compreendido a partir de, pelo menos, três aspectos. Possivelmente no cotidiano da gestão empreendida pelos especializandos não figuram ações educativas e isso pode ter impossibilitado a esses atores recorrerem a experiências anteriores para melhor trabalhar as capacidades dessa área.

Outro aspecto a ser considerado refere-se a atividades educacionais do curso que em parte se distanciam da perspectiva tradicional da educação. O fato de ser trabalhado o aprender a aprender em detrimento do ensinar para aprender pode ter trazido uma dissonância significativa entre a proposta do curso e a formação que alguns especializando possuíam.

Por último, observa-se que as capacidades da área da educação na saúde do curso não se voltam apenas para capacidades a serem dominadas para o exercício da gestão em saúde. É esperado também que os especializandos desenvolvam capacidades que os habilitem a replicar o curso com outros profissionais. Nesse sentido, não basta aprender a aprender; é preciso também ser capaz de facilitar esse processo junto a outros profissionais. Isso pode ter influenciado na avaliação das capacidades da área de educação na saúde, sendo percebidas num maior grau de complexidade.

Na **dimensão qualitativa**, observa-se que – em geral – a percepção sobre o domínio das capacidades relacionadas às áreas de competência do curso foi expressivamente positiva. Levando em conta a premissa de a percepção constrói-se a partir da visão do sujeito ou da experiência que ele tem do mundo<sup>32</sup> e os depoimentos dos especializandos, pode-se considerar que as experiências vivenciadas por esses atores concorreram para a positividade da avaliação.

Por interpretarem os resultados do curso como positivos, pode-se considerar que os especializandos expressaram uma experiência de domínio positiva<sup>33</sup>. Com isso, eles podem fortalecer a crença de que são capazes de agirem em atividades futuras que guardam relações com a que vivenciaram. Ao agirem de acordo com essa crença, esses atores podem fortalecer uma auto-eficácia e na medida em que os seus resultados são considerados como bem-sucedidos por eles, poderá haver um aumento da auto-eficácia<sup>33,34</sup>. A experiência de domínio não é a única fonte para a formação da auto-eficácia. Além dela, destacam-se a experiência vicária, persuasões sociais e estados somáticos e emocionais. Essas fontes constituem a base do julgamento de auto-eficácia, não sendo necessariamente traduzidas de forma direta em avaliação de competência<sup>33</sup>.

A avaliação positiva relacionado aos ganhos obtidos nas áreas de competência do curso não se expressa de uma forma absoluta ou total. Na área de competência voltada para a educação na saúde, por exemplo, isso se revelou de forma pouco expressiva. Um terço dos especializandos não conseguiu identificar ganhos nessa área. Os dados quantitativos também apontam domínio mediano ou pouco domínio em algumas capacidades das três áreas.

A percepção dos especializandos – aqui tomada como referência para avaliar os resultados do curso – é influenciada por diversos aspectos. Um deles refere-se à relevância que esses atores atribuem ao objeto a ser percebido. A relevância – entendida como a importância atribuída por pessoas a aspectos de suas atividades – associa-se a múltiplos interesses, envolvimento pessoais e imposições sociais<sup>35</sup>. Um dos aspectos que serve de indicador para verificar a o grau de relevância é o domínio que o sujeito exhibe para lidar com o percebido. Há vários domínios de relevância que que não necessariamente são sempre bem distintos ou estáveis e que constituem quatro zonas: maior relevância, menor ou relativa relevância, relativa irrelevância e irrelevância absoluta<sup>35</sup>. Para uma situação figurar-se como zona primária ou de maior relevância é preciso que a pessoa tenha um grau máximo de clareza e precisão sobre a sua estrutura. É preciso também ter *know-how* sobre por que, quando e onde utilizar o seu domínio. A segunda zona (relevância relativa) se caracteriza pelo fato de haver aspectos que não estão abertos ao domínio das pessoas, mas estão articulados de forma mediana com a zona primária ou dependem de condições para a sua realização. A relativa irrelevância é a que momentaneamente não possui conexão com interesses imediatos. Por último, há aspectos que se encontram na zona de absoluta irrelevância.

A partir dessa perspectiva teórica, pode-se inferir que as percepções dos especializandos acerca de seus ganhos relacionados às capacidades das áreas de competência oscilam entre relevância e relevância relativa. Na área de gestão em saúde, por exemplo, foram apontados alguns ganhos que os capacitam a atuar em situações levando em conta os princípios do curso. Há inclusive depoimentos que atestam a aplicação desses princípios paralelamente ao desenvolvimento do curso. Por outro lado, há depoimentos que ilustram a zona de menor relevância, como na área de educação na saúde. Esses depoimentos não revelam ganhos que expressem domínio em algumas capacidades dessa área de competência. Apenas esboçam princípios para que seus autores possam neles trabalhar a fim de alcançar domínio.

A **triangulação** entre os dados quantitativos e qualitativos possibilita estabelecer uma complementariedade entre eles, ainda que sejam de naturezas diferentes. Na avaliação das capacidades da área de gestão em saúde, por exemplo, é possível chegar aos motivos ou às justificativas para altos percentuais de ganho em algumas capacidades na enquete por meio da compreensão de algumas respostas das entrevistas.

## 9. Avaliação dos Planos Diretores Estratégicos

Apresentamos a seguir as análises estratégica e lógica dos PDE. Consideramos para a análise lógica especialmente a coerência entre os problemas que foram apontados e os focos da intervenção<sup>12</sup>. A análise lógica visou analisar a coerência entre o modelo teórico de base da intervenção proposta e sua coerência com o modelo operativo eleito (exatidão dos meios), bem como sua abrangência.

A análise estratégica focou, sobretudo, a adequação ou coerência existente entre os problemas que se buscam resolver e os objetivos da intervenção proposta. Buscou-se observar a pertinência da escolha do problema em relação ao conjunto de problemas enfrentados pela organização; as causas do problema eleitas como objetivo de enfrentamento (nós críticos), além das referências para o monitoramento da ação proposta<sup>11</sup>.

Como referido na metodologia, cada PDE foi analisado por dois especialistas e atribuídas notas que variavam de 0 a 1 para cada quesito. No Apêndice 5, encontram-se as médias aferidas a cada quesito.

### 9.1. CLAREZA E PERTINÊNCIA DO PROBLEMA OU OBJETO DA INTERVENÇÃO

Uma vez que o propósito de análise do PDE foi o processo de construção da proposta de intervenção, o problema de que trata a intervenção só era apresentado nos últimos itens do documento. Assim, o leitor precisa acompanhar as descrições do hospital; das transições do processo de gestão após a entrada da EBSERH; de todo o processo metodológico, para finalmente conhecer o problema focado. Não raro alguns problemas (ou macroproblemas) foram citados e posteriormente preteridos no processo de produção coletiva que envolve a definição do objeto da intervenção. A despeito da positividade desse processo participativo, não se compartilha com o leitor os motivos ou justificativas para tais escolhas.

A **clareza do enunciado sobre o problema a ser trabalhado ou objeto da intervenção do PDE** ficou comprometida nesses documentos também por ele ser retratado a partir de modelos esquemáticos, sem necessariamente vir acompanhado de um texto de defesa. Um dos PDE chegou a apresentar toda a proposta num apêndice ao texto.

Considerando-se a análise da totalidade dos PDE, a pontuação média atribuída a esse item foi de 0,76.

Com relação à **utilização de dados ou argumentos de sustentação para a definição do problema**, observou-se a utilização de diversos métodos do planejamento para a eleição dos macroproblemas a serem trabalhados na intervenção (“aderência à lista de gaps”, “lista de contribuições”, entre outros). Uma vez eleitos os macroproblemas a serem trabalhados, dava-se sequência à aplicação da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Assim, os descritores e respectivos nós críticos eram apresentados.

Conforme preconiza o referencial adotado, a eleição dos nós críticos é etapa fundamental para alinhar a proposta de intervenção e, a partir daí, todas as ações e atividades serão previstas. Mais uma vez, raramente foram apresentados os argumentos para a eleição de determinados nós críticos em detrimento de outros. Os textos pressupunham certa autoevidência e o não reconhecimento da necessidade de tecer maiores considerações de sustentação, já que a metodologia preconiza a adoção de critérios padronizados para essas escolhas (viabilidade, exequibilidade, governabilidade etc.).

Torna-se inacessível ao leitor, portanto, a sustentação (sob a forma de argumentos ou dados) da eleição dos nós críticos. As justificativas, quando apresentadas, giravam em torno dos nós críticos já escolhidos e descritos. Os argumentos de contextualização dos nós críticos eram predominantemente de cunho teórico, raramente acompanhados de detalhamento da situação com o uso de dados da realidade do hospital em questão.

A pontuação média atribuída a esse item foi de 0,63.

## 9.2. COERÊNCIA DA ANÁLISE DE CONTEXTO COM A ABRANGÊNCIA DE SUA PROPOSTA

O contexto apresentado nos documentos se circunscrevia à caracterização do hospital, e não à dos problemas a serem tratados na intervenção. Alguns PDE traziam dados dos agravos que eram mais prevalentes em termos de morbimortalidade hospitalar, mas esse quadro não era correlacionado às ações propostas. Nesse sentido, a coerência **entre o contexto descrito e a proposta** ficou comprometida.

Como dito anteriormente, a partir da definição dos nós críticos a serem trabalhados, os PDE geralmente apresentam uma argumentação teórica, via de regra em torno dos temas análise de gestão, gestão da clínica e humanização do atendimento.

A pontuação média atribuída a esse item foi de 0,76.

A despeito das observações anteriores sobre as deficiências em relação à contextualização dos problemas a serem tratados, uma vez definidos os nós críticos, **as propostas de intervenção mostraram-se, em sua maioria, coerentes e suficientemente abrangentes**. Algumas exceções puderam ser observadas nos PDE que apresentaram um número excessivo de ações e atividades. Um deles chegou a propor 100 atividades para 36 ações distribuídas em 14 nós, e apontava também 32 nós críticos e centenas de atividades.

A pontuação média atribuída a esse item foi de 0,71.

### 9.3. CLAREZA DOS OBJETIVOS E ADEQUAÇÃO AO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA OU DA PROBLEMÁTICA

Pôde ser observado que os objetivos descritos focavam as orientações dadas para o cumprimento da tarefa acadêmica, delimitada para a execução do PDE. Assim, boa parte dos PDE tinha como objetivo apresentar os processos e as etapas para a realização da proposta de intervenção. Por vezes, os objetivos também apresentavam a imagem-objetivo da intervenção ou da missão institucional do hospital.

Os objetivos da proposta de intervenção propriamente dita só foram enunciados em um PDE.

Em termos gerais, nos documentos analisados não havia correlação direta entre os objetivos enunciados, os macroproblemas e as ações propostas. Nesse sentido, **os objetivos pouco se expressaram em termos de ações concretas, passíveis de serem observadas em termos de seus resultados**, o que fez com que esse item recebesse a pior pontuação média entre todos os quesitos avaliados (0,29 ponto).

### 9.4. COERÊNCIA ENTRE NÓS CRÍTICOS E AÇÕES PROPOSTAS

No conjunto dos subitens que compunham o item quatro, a **correspondência entre nós críticos e ações propostas** foi bem avaliada, porém cabe apontar para um aspecto importante observado nos PDE. Na totalidade dos planos não ficou clara a justificativa que embasou a eleição dos nós críticos. Ao longo da leitura dos PDE, os critérios utilizados para se chegar aos nós críticos ficaram implícitos para o leitor, dificultando a compreensão da eleição dos focos de ação dos planos.

Em relação ao subitem **coerência entre os nós críticos e as ações propostas**, a média alcançada foi de 0,93. Apesar de ser elevada, destacaram-se, em alguns PDE, aspectos limitadores. Um deles diz respeito à inclusão de atividades muito desdobradas e que poderiam estar agrupadas. O outro refere-se ao modo de apresentação, utilizando codificações que não facilitaram a compreensão das ações eleitas para resolver os nós críticos.

Quanto à **suficiência das ações propostas para o enfrentamento dos nós críticos**, os PDE alcançaram a média de 0,91. Apesar de ser uma nota alta, cabe destacar, em alguns PDE, a escolha por um conjunto de ações muito extenso e bastante abrangente, o que dificultou a avaliação da relação entre as ações propostas e o enfrentamento dos nós críticos.

### 9.5. PARÂMETROS DE MONITORAMENTO OU AVALIAÇÃO

Este item foi composto de quesitos que buscaram avaliar o emprego de parâmetros de monitoramento e avaliação por meio da descrição clara dos indicadores adotados e pela coerência na adoção deles diante dos resultados esperados. As médias alcançadas por esses itens foram altas e ficaram, igualmente, em 0,89. Os problemas identificados relacionaram-se a não descrição clara dos indicadores adotados, incorrendo em imprecisões e no emprego inadequado deles. Além disso, problemas com a redação dos indicadores e dos resultados esperados dificultaram a análise da coerência.

## 9.6. COERÊNCIA COM OS PRINCÍPIOS DO CURSO E ÁREAS DE COMPETÊNCIA DESEJADAS

Os indicadores utilizados para avaliar a coerência entre os Planos Diretores Estratégicos (PDE) e as áreas de competência desejadas foram os desempenhos que integravam o Perfil de Competência do Gestor, formulado pelo curso (Anexo 1). Esse perfil expressava “a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de ações contextualizadas, segundo os macroproblemas identificados” (CADERNO DO CURSO, p. 6). Nele, havia três áreas de competência: (1) Gestão em saúde; (2) Assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS e (3) Educação na saúde – gestão do conhecimento e da aprendizagem nos hospitais universitários do SUS. Em cada uma dessas áreas, afiguravam-se ações-chave com os seus respectivos desempenhos a serem alcançados pelos especializandos.

Na avaliação dos desempenhos relacionados às três áreas de competência, levou-se em conta as ideias centrais, e não necessariamente a íntegra dos desempenhos explicitados no Perfil de Competência do Gestor (Anexo 1).

No que se refere à **integração entre assistência, ensino e pesquisa**, observou-se que houve um baixo resultado. Num intervalo de 0 a 1,0, a média obtida pelo conjunto dos PDE foi de 0,3. A ausência da previsão de pesquisa na maioria dos planos foi um dos aspectos que contribuíram para esse resultado. Junto a isso, observou-se que – ainda que em alguns planos essa integração fosse mencionada – não havia detalhamento de ações que revelasse a articulação entre assistência, ensino e pesquisa. Isso se afigura como uma fragilidade do PDE, uma vez que se trata de hospitais universitárias, espaços que devem primar por essa integração.

Em relação à **área de competência de gestão em saúde**, em geral, os PDE evidenciaram que os desempenhos dessa área foram alcançados. A média de pontos obtida pelo conjunto dos planos foi 0,96. Duas hipóteses explicativas podem se relacionar a essa média alta, a maior obtida no alcance dos desempenhos nas três áreas. A primeira delas é que, devido à gestão ser o principal foco do curso, como se evidencia no próprio título (Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS), os desempenhos desenvolvidos nessa área de competência – comparada com as duas outras áreas – reflitam um peso maior, em termos de aprofundamento. Outra hipótese refere-se ao fato de, no conjunto dos desempenhos da área em questão, figurar um desempenho sobre a utilização de ferramentas do planejamento estratégico e de gestão para selecionar e priorizar problemas. Esse desempenho foi observado em todos os PDE pelo fato de os mesmos terem sido orientados a partir dessa metodologia.

Quanto à **área de competência voltada para a assistência à saúde**, os planos também obtiveram uma média alta (0,86). Isso pode ser explicado pelo predomínio que essa tem, comparada com a da educação na saúde, na configuração da missão do hospital universitário. Entre os desempenhos dessa área listados no perfil do curso, o mais evidenciado foi o que se relacionava à utilização de:

*“ferramentas para a análise das necessidades de assistência à saúde dos usuários, procurando articular dados e informações a partir de indicadores clínico-epidemiológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, levando em conta um modelo de assistência à saúde orientado para as necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde” (p. 13).*

No conjunto das três áreas de competência, a relacionada à educação na saúde – gestão do conhecimento e da aprendizagem nos hospitais universitários do SUS – foi a menos evidenciada nos PDE, obtendo a média 0,67. O desempenho mais evidenciado nos planos foi o referente ao monitoramento e à avaliação de processos, produtos e resultados relacionados às atividades educacionais realizadas. Essa predominância, de certa forma, era esperada, uma vez que na orientação dos PDE constava a recomendação de se planejar o monitoramento e a avaliação das ações. Os desempenhos relacionados à educação permanente e à pesquisa, que integravam a área em questão, praticamente não foram evidenciados na avaliação dos planos. Isso, de certa forma, pode ter contribuído para que esses textos tivessem pouca expressividade em termos de articulação entre assistência, ensino e pesquisa.

## 9.7. COERÊNCIA ENTRE A TEORIA EXPLICATIVA E A PRESCRITA DO PLANO

De maneira geral, foram escolhidas as bases do Planejamento Estratégico Situacional e da Clínica Ampliada para embasar teoricamente os planos, mostrando coerência entre o desenho dos PDE e as teorias explicativas. Observou-se que, de maneira geral, os PDE seguiram o embasamento teórico que norteou o curso, o que levou esse item alcançar a média de 0,89.

Contudo, o domínio das teorias foi diferente entre os planos. Foram identificadas em alguns planos abordagens do conteúdo, ora de maneira descritiva, ora de forma fragmentada.

## 9.8. VIABILIDADE POLÍTICA E FINANCEIRA DOS PDE

No que se refere ao **capital de decisão**, os planos ficaram com média 0,82. Em geral, nos planos, mais especificamente nos quadros referentes aos problemas com seus nós críticos e suas ações correspondentes, havia atribuição de responsabilidades a pessoas com capital de decisão e influência. Entretanto, em alguns planos, não havia uma descrição de como esses atores seriam envolvidos na realização das ações. Em alguns casos, observou-se que atores externos à instituição hospitalar foram mencionados para que a viabilidade política dos planos fosse assegurada. Em dois planos, os atores-chave para o desenvolvimento das ações estavam designados por nomes e não pelos seus cargos, o que impossibilitou a análise de viabilidade.

Em termos de **viabilidade política**, desenvolver um plano numa perspectiva estratégica significa, entre outros aspectos, imprimir uma nova abordagem de governança, que se traduz em uma tendência de promover uma gestão compartilhada e interinstitucional<sup>36</sup>. Nesse sentido, a previsão por parte de alguns planos da distribuição das responsabilidades para o enfrentamento de problemas pôde assegurar o êxito das ações voltadas para esse fim.

Alguns planos estrategicamente ensaiaram na previsão de articulações com atores-chaves fora da instituição hospital para assegurar o êxito nas ações voltadas para a resolução de seus nós críticos.

Quanto aos **recursos para a aplicação dos PDE**, o conjunto dos planos ficou com a média 0,77. Em geral, nos planos, figurava a previsão de recursos relacionados às ações, mas não havia uma especificidade orçamentária. Em um plano, foi mencionado que os recursos seriam orçados futuramente. Em outro, não havia previsão dos recursos financeiros para todas as ações, apenas aquelas que representariam ônus foram orçadas. Subentendeu-se que as ações e atividades que somente usariam recursos humanos internos não representavam custos.

Ainda que o capital econômico não seja o único determinante da viabilidade de se colocar em prática um plano de ação, a ausência de orçamentos ou a problematização dos recursos financeiros podem impedir o êxito das ações. Até para buscar as articulações como estratégia de viabilidade faz-se necessário minimamente orçar o custo das ações que se deseja desenvolver.



## 9.9. VALIDADE DE CONTEÚDO, VALIDADE PRAGMÁTICA

Este item preocupou-se em avaliar se as ações previstas apresentaram meios técnicos e recursos adequados aos problemas. Foi um item bem avaliado, apresentando média de 0,94, principalmente no que diz respeito aos meios técnicos empregados para execução das ações. Apesar das notas altas, observou-se em apenas dois PDE falta de clareza na descrição dos meios técnicos e recursos e apresentação pouco clara dos mesmos.

Em **síntese**, diante do conjunto das avaliações dos PDE, pode-se fazer uma triangulação entre as etapas anteriores da pesquisa, ressaltando os principais aspectos a serem destacados com vistas ao aprimoramento da função e o uso dos planos como ferramentas de gestão.

Primeiramente, é importante resgatar os resultados relativos à alta satisfação (89,3%) dos especializandos com o cumprimento do objetivo do curso de “Apoiar a elaboração de 10 Planos Diretores Estratégicos – PDE, sendo um para cada hospital universitário, considerando seu contexto interno e inserção no SUS”. Essa elevada satisfação estabelece correlação com o reconhecimento do curso como uma experiência de formação que propiciou a construção e a implementação de projetos organizacionais. Destaca-se também a valorização do aprendizado da aplicação de modelos de referência para análise de macroproblemas. Esse aprendizado pôde ser observado nos PDE, na medida em que a totalidade de planos adotou tal estratégia metodológica.

Esses achados dialogam com as autoavaliações, nas quais os especializandos avaliaram como muito positivas a aquisição de capacidades para fortalecer a competência em gestão. Foi frequente a menção, nas entrevistas qualitativas, do “uso de novas ferramentas” para descrever os ganhos de capacidades operativas para o aprimoramento das funções de gestão dos especializandos.

Contudo, a percepção de domínio dos especializandos sobre determinadas competências trabalhadas no curso revelou um percentual mediano (56,6%) em relação à capacidade de construir e negociar estrategicamente sucessivos planos de ação do projeto organizacional do hospital universitário. Essa evidência pode ser correlacionada à construção, elaboração e negociação dos PDE.

Alguns elementos críticos observados na avaliação dos PDE podem ser destacados com vistas a essa compreensão. No que diz respeito ao desenho assumido pelos PDE, observou-se que houve muito mais investimento no texto para descrever o seu processo de construção do que para a descrição das ações, dando pouca ênfase à justificativa das escolhas por determinados problemas e nós críticos. Foram usados espaços excessivos do texto para descrição de um contexto bastante abrangente, mas com pouca ou nenhuma correlação com as escolhas dos problemas dos PDE. Além disso, por repetidas vezes as características institucionais foram interpretadas como sendo o contexto dos hospitais.

Destacou-se em alguns PDE a colocação como apêndice da proposta de intervenção, o que diminuiu a relevância do plano de ação e tornou menos compreensível o seu desenho.

Nesse sentido, o uso dos planos como ferramentas comunicacionais ficou comprometido, pois eles não apresentaram ao leitor um percurso que ia de um diagnóstico para a proposição de intervenções. As proposições das intervenções se restringiram aos métodos empregados, não tendo se destacado uma defesa e explicitação de determinados problemas e nós críticos escolhidos em detrimento de outros. Outro fator foi a aparente ambiguidade no diálogo dos PDE, pois em alguns momentos os planos pareciam dialogar com a EBSERH e, em outros, com o próprio curso, servindo como um elemento de avaliação pedagógica.

Assim, o uso futuro dos PDE como elementos para solicitação de financiamento para suas ações ficou comprometido, estando circunscritos a responderem como uma avaliação pedagógica do curso.

## 10. Conclusões e recomendações

Retomamos aqui as duas hipóteses geradas para balizar a reflexão inicial desta pesquisa e que, num ciclo que se finaliza, nos conduziram às conclusões desta análise.

**Primeira Hipótese:** *Cursos de especialização com metodologias ativas conseguem obter, entre seus resultados, alta satisfação dos seus participantes (aferida objetivamente pela atribuição de conceitos bom e muito bom pelos cursistas), uma vez que esses são estimulados a refletirem acerca do seu contexto real do trabalho e ensaiam respostas voltadas para as suas próprias demandas.*

Essa hipótese inicial foi plenamente atendida, evidenciando-se em toda análise um alto grau de satisfação dos cursistas com a experiência de aprendizagem proporcionada pelas metodologias ativas. A maioria dos especializandos, independentemente de região de origem ou tempo de formação, revelou alta satisfação com as vivências educacionais proporcionadas pelo curso, expressando aprovação para as estratégias metodológicas, colocando em destaque a vivência das comunidades de aprendizagem e a atuação dos facilitadores. Tal experiência mostrou-se potente e capaz de produzir ressignificação do processo de aprendizagem e da perspectiva de gestão dos hospitais.

Ressalvas feitas por parte dos alunos apontaram exatamente a necessidade de investir com mais ênfase na articulação do curso com a rede hospitalar do SUS e demais hospitais universitários, ou seja, expressaram a demanda clara pela conectividade com a realidade da rede pública. Como visto no capítulo VII, os objetivos do curso considerados menos contemplados foram justamente os de “Apoiar e fortalecer a constituição de redes de assistência à saúde orientadas para as necessidades de saúde dos usuários, segundo os princípios do SUS” e o de “Promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde”.

No que concerne à percepção dos especializandos em relação ao domínio nas áreas de competência, embora tenham predominado as respostas que aferem excelência nas três áreas, chama a atenção o percentual maior dessas respostas no âmbito da gestão em saúde se comparada à assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS e à educação na saúde. Essa questão merece atenção no que diz respeito à ênfase na abordagem de tais temas, considerando-se o perfil de atuação dos cursistas no grupo gestor.

**Segunda Hipótese:** *Um Plano Diretor Estratégico consegue definir adequadamente a escolha do problema em relação ao conjunto de problemas enfrentados pela organização quando é construído por pessoas que serão responsáveis pela sua própria gestão.*

Essa hipótese merece uma reflexão mais cuidadosa. Considerando-se a análise dos PDE, o grupo revelou bom desempenho na execução do modelo que lhe foi apresentado. O acervo dos PDE mostrou altos desempenhos na maioria dos quesitos avaliados, expressando coerência entre os problemas escolhidos e as estratégias para enfrentá-los. Considerando-se a média atribuída aos PDE observou-se um bom score (13,9 num intervalo de 0 a 18 pontos).

Todavia, não apresentaram ao leitor um percurso que inicia a partir de um diagnóstico embasado, com detalhada configuração do contexto, a eleição de problemas e de seus critérios e conseqüente proposição de intervenção. Não houve uma defesa e explicitação da eleição de determinados problemas e nós críticos em detrimento de outros. Os critérios de escolha dos nós críticos estavam implícitos na aplicação da metodologia e não se apresentou uma defesa de argumentos que sustentassem tais eleições.

Os PDE apresentados, portanto, oscilaram entre a tarefa de demonstração de domínio do uso de ferramentas metodológicas para a elaboração do plano e o produto oriundo de sua aplicação (o plano em si). Resultou assim um documento de difícil comunicação ao leitor, prejudicando a clareza de seu texto.

Assim, os PDE não funcionaram efetivamente como um plano de intervenção, mas do modo como foram conduzidos cumpriram mais o papel de registro do percurso metodológico e do uso de ferramentas para a construção de um PDE.

É possível que tenha ocorrido certa ambiguidade do interlocutor a que se destina (se ferramenta de avaliação pedagógica ou se voltado a um plano de atuação futura junto à EBSEH).

## Recomendações:

### Em relação às estratégias de seleção e divulgação do curso:

- Aperfeiçoar as estratégias de divulgação do curso, sensibilizando previamente os participantes e garantindo que os inscritos saibam previamente os seus objetivos e a metodologia adotada.
- Realizar escuta prévia aos hospitais para mapear suas demandas de formação em gestão e suas expectativas em relação ao curso.

### Em relação à logística:

- Melhorar a disponibilização de computadores nas atividades presenciais.
- Aperfeiçoar a plataforma e seus recursos, resolvendo problemas de acesso à plataforma para as atividades de EAD.
- Divulgar previamente as atividades que ocorreriam nos encontros presenciais.

### Em relação à metodologia:

- Avaliar a distribuição do tempo para as atividades, visando à otimização e hierarquização das tarefas.
- Rever a estratégia das visitas técnicas ao hospital (diminuição do tempo dedicado a essa atividade; melhoria da organização e logística dessas visitas, e inclusão de hospitais públicos que apresentem boas práticas de gestão).
- Dar maior ênfase às estratégias educacionais voltadas para a constituição de redes de assistência à saúde no SUS.
- Investir em conhecimentos e práticas voltados ao setor administrativo, observando as características e legislação do setor público.
- Compatibilizar o perfil dos convidados às especificidades do curso e da realidade dos hospitais universitários no âmbito do SUS.

### Em relação aos produtos:

- Revisar formato do PDE com vistas ao aprimoramento do seu desenho e da sua função.
- Aumentar a capacidade de interlocução do PDE entre os atores envolvidos no empreendimento das ações.
- Dar maior destaque, no PDE, para a articulação entre os âmbitos de competência, ressaltando igualmente a assistência e educação na saúde.
- Aprimorar a relação entre contexto dos hospitais, escolha dos problemas e uso das ferramentas de planejamento e gestão.

## Referências

1. Padilha RQ, Vecina Neto G, Lima VL, Gomes R. Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS: caderno do curso 2013. São Paulo: Ministério da Saúde; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2013.
2. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(3): 705-711.
3. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p 15-40.
4. Cano I. Introdução à avaliação de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.
5. Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. Progamación y evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires: Paidós; 2006.
6. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais e saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005; 17: 369-79.
7. Chen TH. Theory-driven evaluations. Beverly Hills: Sage; 1990.
8. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1267-1276.
9. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza Júnior PRB, Szwrcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. bras. epidemiol*. 2009 Set; 12.
10. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 1991; 25(1): 41-46.
11. Champagne F, Broussele A, Contandriopoulos AP, Hartz Z. A análise estratégica. In: Champagne F, Broussele A, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 95-104.
12. Champagne F, Broussele A, Contandriopoulos AP, Hartz Z. A análise lógica. In: Champagne F, Broussele A, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 105-114.
13. Mathison S. Why triangulate? *Educational Researcher*. 1988; 17(2):13-17.
14. Denzin, NK. The research act. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.
15. Minayo MCS, Cruz-Neto O. Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. In: Bronfman M, Castro R, coordenadores. Salud, cambio social y política. México: Edamex. 1999. p. 65-80.
16. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, Cruz-Neto O, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação Sorológica/CTA/COAS da Região Nordeste. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2): 355-367.
17. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
18. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.

19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
20. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932. 140: 1-55.
21. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
22. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(3):621-626.
23. Lemos MGS. A motivação no processo de ensino/aprendizagem, em situação de aula [tese]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação; 1993.
24. Ruiz VM. Estratégias motivacionais: estudo exploratório com universitários de um curso noturno de Administração. *Psicol. Esc. Educ*. 2004; 8(2): 167-177.
25. Schutz A. O mundo da vida. In: Wagner HR, organizador. Fenomenologia e relações sociais. Textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
26. Schutz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
27. Wagner HR. A abordagem fenomenológica da sociologia. In: Wagner HR, organizador. Sobre a fenomenologia e relações sociais, organizador. Alfred Schutz: Fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
28. Appleton-Knapp SL, Krentler K A. Measuring student expectations and their effects on satisfaction: the importance of managing student expectations. *Journal of Marketing Education*. 2006; 28: 254-264.
29. Souza AS, Reinert JN. Avaliação de um curso de ensino superior através da satisfação/insatisfação discente. *Avaliação*. 2010; 15(1): 159-176.
30. Cavalari SMS. A autoavaliação da aprendizagem de inglês como língua estrangeira em um ambiente tandem a distância. *Rev. bras. linguist. apl*. 2011; 11(1): 247-270.
31. Kak N, Burkhalter B, Cooper MA. Measuring the competence of healthcare providers. *Operations Res. Issue Paper*. [internet]. 2001 [citado 2014 Set 19]; 2(1): 1-28. Disponível em: [https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/measuring\\_the\\_competence\\_of\\_hc\\_providers\\_qap\\_2001.pdf](https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/measuring_the_competence_of_hc_providers_qap_2001.pdf)
32. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.
33. Pajares F, Olaz F. Teoria social e autoeficácia: uma visão geral. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S, organizadores. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 97-114.
34. Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S, organizadores. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 15-41.
35. Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis – RJ: Vozes; 2012.
36. Rezende DA. Metodologia para projeto de planejamento estratégico de informações alinhado ao planejamento estratégico: a experiência do Senac-PR. *Ci. Inf*. 2003; 32(3):146-155.

## Apêndices

### APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

<i>Aspectos</i>	<i>Questões</i>
<i>1. Motivações para participação no curso</i>	1.1. O que motivou você a participar deste curso?
	1.2. Quais eram as suas expectativas iniciais em relação a este curso?
<i>2. Vivência didática com as estratégias pedagógicas propostas no curso</i>	2.1. Como foi para você a vivência das metodologias construtivistas no processo de ensino-aprendizagem?
	2.2. Como foi para você a vivência na comunidade de aprendizagem (trabalho das equipes)?
	2.3. Como você avalia o papel do facilitador na comunidade de aprendizagem?
<i>3. Conteúdo programático</i>	3.1. Em sua opinião, o curso propiciou os conhecimentos necessários para um grupo gestor de hospital universitário promover a construção e a implementação do projeto organizacional do Hospital?
	3.2. Como foi para você a proposta de analisar macroproblemas na gestão dos hospitais e os modelos de referência que apontariam as melhores práticas aplicáveis aos hospitais universitários?
<i>4. Carga horária e estrutura do curso</i>	4.1. Como você analisa a distribuição da carga horária do curso?
<i>5. Autoavaliação sobre o ganho de capacidades relacionadas às áreas de competência</i>	5.1. Como você avalia o seu ganho de competências para gestão?
	5.2. Como você avalia o seu ganho de competências para assistência?
	5.3. Como você avalia o seu ganho de competências para educação?
<i>6. Satisfação em relação ao curso</i>	6.1. Ao final do curso como ficaram as suas expectativas iniciais?
	6.2. Como você analisa sua satisfação com o curso?
	6.3. Quais foram os pontos positivos e negativos deste curso?
	6.4. E como você avalia seu desempenho no curso?
	6.5. O que você sugere para melhorar o curso?

## APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### *Título do Estudo: Avaliação de resultados do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS*

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor(a) não consiga entender, solicite esclarecimentos.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

### **Objetivos do estudo**

#### *Geral:*

Avaliar os resultados do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS.

#### *Específicos:*

1. Analisar a satisfação dos especializandos com o processo de aprendizagem.
2. Analisar as competências desenvolvidas no curso.
3. Avaliar a consistência dos Planos Diretores Estratégicos produzidos.

### **Duração do estudo**

A duração total do estudo é de nove meses. A sua participação no estudo será de aproximadamente uma hora em uma entrevista e 40 minutos em um questionário online.

### **Descrição do estudo**

Participarão do estudo aproximadamente 30 especializandos nas entrevistas e 100 especializandos no questionário online.

Este estudo será realizado sob a responsabilidade do Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio-Libanês.

O(A) senhor(a) foi escolhido(a) a participar do estudo porque é aluno do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS.

## Procedimento do estudo

O estudo em geral é composto das seguintes atividades:

- a) Entrevistas semiestruturadas realizadas com, pelo menos, três participantes de cada uma das dez equipes que integram o Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, baseadas no seguinte roteiro: (a) motivação para participar do curso; (b) vivência didática; (c) conteúdo programático do curso; (d) carga horária e estrutura do curso; (e) autoavaliação sobre o ganho de competência de gestão; (f) autoavaliação sobre o ganho de competências assistências; (g) autoavaliação sobre o ganho de competência de educação e (h) satisfação.
- b) Questionário a ser disponibilizado a todos os especializandos do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, na Plataforma do mencionado curso.
- c) Análise dos Planos Diretores Estratégicos.

No fim da pesquisa, os participantes poderão ter acesso ao relatório do estudo.

## Riscos potenciais, efeitos colaterais e desconforto

A participação dos sujeitos na pesquisa não oferece nenhum tipo de risco à sua saúde, nem à sua atuação profissional.

## Benefícios para o participante

Não há benefício direto para o participante desse estudo. Entretanto, sua participação poderá contribuir para a melhoria da avaliação da gestão em hospitais do SUS.

## Compensação

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

## Participação voluntária/desistência do estudo/descontinuação do estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser.

A não participação no estudo não implicará nenhuma alteração em sua função exercida no hospital em que atua, nem alterará a sua vida acadêmica no Instituto de Ensino Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à sua atuação profissional.

## Utilização de registros e confidencialidade

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifiquem serão divulgados, a menos que seja exigido por lei.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo sua identidade não será revelada nessas apresentações.



### Com quem devo entrar em contato em caso de dúvida

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O responsável pelo estudo nesta instituição é Romeu Gomes, coordenador adjunto do Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio-Libanês. O contato poderá ser feito pelo telefone (11) 3155-1273. Em regime de 24 horas, os contatos poderão ser feitos pelo telefone do coordenador adjunto (21) 99956-3604.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, pelo telefone (11) 3155-8318 ou pelo e-mail: [cepesq@hsl.org.br](mailto:cepesq@hsl.org.br).

### Declaração de consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado “Avaliação de resultados do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS”.

Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa. Entendo que, ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Nome do sujeito da pesquisa (em letra de forma ou digitada)

Data

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome da pessoa obtendo o consentimento

Data

Assinatura da pessoa obtendo o consentimento

Nome do pesquisador principal: ROMEU GOMES

Data

Assinatura e carimbo do pesquisador principal

Importante: Este documento é elaborado e deverá ser assinado em duas vias: uma será entregue ao participante (sujeito da pesquisa) e a outra ficará com o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador, pelo participante da pesquisa ou seu representante legal, em atendimento à CARTA CIRCULAR N° 003/2011 CONEP/CNS/MS disponível no site da CONEP: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).

## APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO

Estimado(a) Especializando(a),

Para que possamos avaliar os resultados do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, apresentamos um formulário eletrônico a ser preenchido por você.

A sua participação é de fundamental importância para que o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL) possa aumentar o seu grau de excelência na formação em nível de pós-graduação no campo da saúde. Nesse sentido, não só você poderá beneficiar-se do estudo que envolve o mencionado formulário, mas seu grupo e outros grupos futuros que buscam essa formação nesse Instituto.

Os riscos oferecidos por participar deste estudo são de nível mínimo, visto que a participação é voluntária. Os riscos de vazamento de informações por estarem armazenadas na internet também são mínimos, uma vez que normas de segurança online serão seguidas.

Sua participação nesta pesquisa será confidencial e os registros das suas respostas – registradas no mencionado formulário – serão utilizados para os fins de pesquisa acadêmica. Os resultados gerais poderão ser publicados em revistas acadêmicas, garantindo sempre o sigilo e anonimato dos participantes e servindo apenas como meio de divulgação científica dos resultados.

64

Você tem o direito de fazer quaisquer perguntas referentes aos riscos e obtenção de esclarecimentos durante sua participação nesta pesquisa, bem como a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da mesma, sem penalização e sem prejuízo algum, bastando que solicite a exclusão de seus dados através de e-mail, enviado para romeugo@gmail.com.

Tendo conhecimento dos fins acadêmicos desta pesquisa e pelo fato de a participação dos sujeitos da pesquisa ser voluntária, não haverá nenhum tipo de ressarcimento ou indenização para o pesquisador ou para o pesquisando.

Qualquer dúvida, contatos podem ser feitos com o pesquisador Romeu Gomes pelo e-mail romeugo@gmail.com.

Após você ter lido este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e caso concorde em participar desta pesquisa, clique no botão “AVANÇAR”. Clicando nesse botão e prosseguindo para as perguntas, você estará automaticamente concordando com este termo de consentimento e esclarecido, de acordo com a legislação internacional para internet. Como já mencionado, tudo que você relatar nesta pesquisa será mantido em sigilo e os dados utilizados para análise coletiva das informações. Os seus dados e informações pessoais jamais serão divulgados.

AVANÇAR [Declaro que estou informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo e expresse livremente o meu consentimento para participar desta pesquisa. Declaro ainda que me foi assegurado de que não serei incluído em outra pesquisa além desta].

RECUSA [Não quero participar da pesquisa]

**Parte I – Minhas características, formação e atuação:**

1 – Eu sou do sexo:

1.1 – Masculino

1.2 – Feminino

2 – A minha idade se situa na faixa:

2.1 – até 25 anos

2.2 – 26 a 35 anos

2.3 – 36 a 45 anos

2.4 – 45 a 55 anos

2.5 – 56 a 65 anos

2.6 – acima de 65 anos

3 – Segundo a classificação de cor de pele do IBGE, a minha cor de pele é:

3.1 – branca

3.2 – parda

3.3 – preta

3.4 – amarela/asiática

3.5 – indígena

4 – A minha graduação foi em:

4.1 – Administração

4.2 – Biologia

4.3 – Enfermagem

4.4 – Farmácia

4.5 – Fisioterapia

4.6 – Fonoaudiologia

4.7 – Medicina

4.8 – Medicina Veterinária

4.9 – Nutrição

4.10 – Psicologia

4.11 – Serviço Social

4.12 – Terapia Ocupacional

4.13 – Outra área: \_\_\_\_\_

5 – Concluí a minha graduação há:

5.1 – 0 a 11 meses

5.2 – 1 ano a 5 anos

5.3 – 6 a 10 anos

5.4 – mais de 10 anos

6 – Além do curso de graduação, eu:

- 6.1 – realizei Curso de Especialização na área de \_\_\_\_\_
- 6.2 – realizei Curso de Mestrado em \_\_\_\_\_
- 6.3 – realizei Curso de Doutorado em \_\_\_\_\_
- 6.4 – realizei Curso de Especialização na área de \_\_\_\_\_  
e Curso de Mestrado em \_\_\_\_\_
- 6.5 – realizei Curso de Especialização na área de \_\_\_\_\_ ;  
Curso de Mestrado em \_\_\_\_\_ e Curso de Doutorado em \_\_\_\_\_
- 6.6 – não realizei nenhum curso em nível de pós-graduação

7 – Em termos de tempo de experiência na área de gestão em saúde, possuo:

- 7.1 – 0 a 11 meses
- 7.2 – 1 ano a 5 anos
- 7.3 – 6 a 10 anos
- 7.4 – mais de 10 anos

8 – Sobre o tempo de experiência na área de atenção à saúde:

- 8.1 – possuo menos de um ano
- 8.2 – possuo um período entre um ano e menos de cinco anos
- 8.3 – possuo um período entre cinco e menos de dez anos
- 8.4 – possuo mais de dez anos
- 8.5 – não possuo esse tipo de experiência

9 – Em termos de experiência na área de educação de estudantes ou outros profissionais:

- 9.1 – possuo menos de um ano
- 9.2 – possuo um período entre um ano e menos de cinco anos
- 9.3 – possuo um período entre cinco e menos de dez anos
- 9.4 – possuo mais de dez anos
- 9.5 – não possuo esse tipo de experiência

10 – Quanto à experiência em pesquisa:

- 10.1 – possuo menos de um ano
- 10.2 – possuo um período entre um ano e menos de cinco anos
- 10.3 – possuo um período entre cinco e menos de dez anos
- 10.4 – possuo mais de dez anos
- 10.5 – não possuo esse tipo de experiência

11 – O principal motivo que me levou a fazer o curso foi o de:

- 11.1 – realização pessoal
- 11.2 – aperfeiçoamento das atividades que exerço profissionalmente
- 11.3 – indicação de gestores ou chefia imediata

12 – Resido na Região:

- 12.1 – Centro-Oeste
- 12.2 – Nordeste
- 12.3 – Norte
- 12.4 – Sudeste
- 12.5 – Sul

## Parte II – Avalie a sua satisfação em relação aos objetivos do curso

13 – “Contribuir para a qualificação da gestão dos Hospitais Universitários Federais por meio de um programa de capacitação de profissionais e gestores, visando à melhoria da qualidade da assistência à saúde no SUS.”

- 13.1 – Satisfatória com excelência
- 13.2 – Satisfatória
- 13.3 – Satisfatória medianamente
- 13.4 – Pouco satisfatória
- 13.5 – Insatisfatória

14 – “Orientar a capacitação de profissionais dos HUs segundo o perfil de competência do gestor do hospital universitário, construído pela EBSEERH e pelo HSL.”

- 14.1 – Satisfatória com excelência
- 14.2 – Satisfatória
- 13.3 – Satisfatória medianamente
- 14.4 – Pouco satisfatória
- 14.5 – Insatisfatória

15 – “Capacitar 100 profissionais, sendo 9 participantes de cada um dos 10 HUs indicados e 10 profissionais da EBSEERH.”

- 15.1 – Satisfatória com excelência
- 15.2 – Satisfatória
- 15.3 – Satisfatória medianamente
- 15.4 – Pouco satisfatória
- 15.5 – Insatisfatória

16 – “Apoiar a elaboração de 10 Planos Diretores Estratégicos – PDE, sendo um para cada hospital universitário, considerando seu contexto interno e inserção no SUS.”

- 16.1 – Satisfatória com excelência
- 16.2 – Satisfatória
- 16.3 – Satisfatória medianamente
- 16.4 – Pouco satisfatória
- 16.5 – Insatisfatória

17 – “Promover a construção, a disseminação e o desenvolvimento dos conceitos, das ferramentas e dos dispositivos de gestão, de assistência à saúde e educação na saúde, segundo melhores práticas e diretrizes de referência.”

- 17.1 – Satisfatória com excelência
- 17.2 – Satisfatória
- 17.3 – Satisfatória medianamente
- 17.4 – Pouco satisfatória
- 17.5 – Insatisfatória

18 – “Apoiar e fortalecer a constituição de redes de assistência à saúde, orientadas às necessidades de saúde dos usuários, segundo os princípios do SUS.”

- ( ) 18.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 18.2 – Satisfatória
- ( ) 18.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 18.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 18.5 – Insatisfatória

19 – “Promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde.”

- ( ) 19.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 19.2 – Satisfatória
- ( ) 19.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 19.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 19.5 – Insatisfatória

**Parte III – Avalie a sua satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas durante o curso.**

20 – Identificação do Problema da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

- ( ) 20.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 20.2 – Satisfatória
- ( ) 20.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 20.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 20.5 – Insatisfatória

21 – Formulação de Explicações da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

- ( ) 21.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 21.2 – Satisfatória
- ( ) 21.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 21.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 21.5 – Insatisfatória

22 – Construção de Novos Significados da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

- ( ) 22.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 22.2 – Satisfatória
- ( ) 22.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 22.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 22.5 – Insatisfatória

23 – Elaboração de Questões da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

- ( ) 22.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 22.2 – Satisfatória
- ( ) 22.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 22.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 22.5 – Insatisfatória

24 – Busca de Novas Informações da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

- ( ) 24.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 24.2 – Satisfatória
- ( ) 24.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 24.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 24.5 – Insatisfatória

25 – Avaliação do Processo da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

- ( ) 25.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 25.2 – Satisfatória
- ( ) 25.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 25.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 25.5 – Insatisfatória

26 – Ações do facilitador em grupos

- ( ) 26.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 26.2 – Satisfatória
- ( ) 26.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 26.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 26.5 – Insatisfatória

27 – Atividades presenciais

- ( ) 27.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 27.2 – Satisfatória
- ( ) 27.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 27.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 27.5 – Insatisfatória

28 – Atividades a distância

- ( ) 28.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 28.2 – Satisfatória
- ( ) 28.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 28.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 28.5 – Insatisfatória

29 – Atividades da equipe diversidade

- ( ) 29.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 29.2 – Satisfatória
- ( ) 29.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 29.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 29.5 – Insatisfatória

30 – Atividades da equipe afinidade

- ( ) 30.1 – Satisfatória com excelência
- ( ) 30.2 – Satisfatória
- ( ) 30.3 – Satisfatória medianamente
- ( ) 30.4 – Pouco satisfatória
- ( ) 30.5 – Insatisfatória

**Parte IV – Avalie qual foi o grau de domínio que você obteve em relação às capacidades desenvolvidas durante o curso**

31 – Capacidade de favorecer a construção coletiva e a atualização permanente da visão, da missão e dos valores do hospital universitário, considerando a cultura organizacional, a formação profissional, a inserção no SUS e a formação de profissionais de saúde.

- ( ) 31.1 – Domino com excelência
- ( ) 31.2 – Domino
- ( ) 31.3 – Domino medianamente
- ( ) 31.4 – Domino um pouco
- ( ) 31.5 – Não domino nada

32 – Capacidade de identificar ameaças e oportunidades, estimulando o levantamento de necessidades e demandas, o mapeamento e análise dos atores, e a prospecção de desafios, novas exigências e inovações, visando à construção do projeto organizacional.

- ( ) 32.1 – Domino com excelência
- ( ) 32.2 – Domino
- ( ) 32.3 – Domino medianamente
- ( ) 32.4 – Domino um pouco
- ( ) 32.5 – Não domino nada

33 – Capacidade de buscar adesão, alinhamento e comprometimento de todos da organização com as diretrizes do projeto construído.

- ( ) 33.1 – Domino com excelência
- ( ) 33.2 – Domino
- ( ) 33.3 – Domino medianamente
- ( ) 33.4 – Domino um pouco
- ( ) 33.5 – Não domino nada

34 – Capacidade de promover a identificação de problemas que retardam ou impedem o desenvolvimento da organização, incentivando o levantamento de dados e evidências que traduzam a dinâmica da organização e de indicadores que expressem seu desempenho.

- ( ) 34.1 – Domino com excelência
- ( ) 34.2 – Domino
- ( ) 34.3 – Domino medianamente



( ) 34.4 – Domino um pouco

( ) 34.5 – Não domino nada

35 – Capacidade de contemplar necessidades de estrutura, processos e resultados, incluindo e dialogando diferentes perspectivas, considerando os princípios e valores da instituição e a análise de conjuntura.

( ) 35.1 – Domino com excelência

( ) 35.2 – Domino

( ) 35.3 – Domino medianamente

( ) 35.4 – Domino um pouco

( ) 35.5 – Não domino nada

36 – Capacidade de utilizar ferramentas do planejamento estratégico e de gestão para selecionar e priorizar problemas.

( ) 36.1 – Domino com excelência

( ) 36.2 – Domino

( ) 36.3 – Domino medianamente

( ) 36.4 – Domino um pouco

( ) 36.5 – Não domino nada

37 – Capacidade de trabalhar em equipe e na interação com pessoas, ouvindo e respeitando a diversidade de opiniões e as respectivas potencialidades e limitações.

( ) 37.1 – Domino com excelência

( ) 37.2 – Domino

( ) 37.3 – Domino medianamente

( ) 37.4 – Domino um pouco

( ) 37.5 – Não domino nada

38 – Capacidade de buscar elementos que mobilizem as pessoas na superação de dificuldades.

( ) 38.1 – Domino com excelência

( ) 38.2 – Domino

( ) 38.3 – Domino medianamente

( ) 38.4 – Domino um pouco

( ) 38.5 – Não domino nada

39 – Capacidade de estabelecer relações pautadas pela confiança, transparência, socialização de informações.

( ) 39.1 – Domino com excelência

( ) 39.2 – Domino

( ) 39.3 – Domino medianamente

( ) 39.4 – Domino um pouco

( ) 39.5 – Não domino nada

40 – Capacidade de ajustar as expectativas de cada um sobre os papéis na gestão da organização, na assistência à saúde e na aprendizagem.

- ( ) 40.1 – Domino com excelência
- ( ) 40.2 – Domino
- ( ) 40.3 – Domino medianamente
- ( ) 40.4 – Domino um pouco
- ( ) 40.5 – Não domino nada

41 – Capacidade de valorizar e estimular o desenvolvimento do sistema de governança na construção do Plano Diretor Estratégico – PDE e seus desdobramentos voltados ao enfrentamento dos problemas prioritizados e ao alcance da situação desejada e da missão institucional.

- ( ) 41.1 – Domino com excelência
- ( ) 41.2 – Domino
- ( ) 41.3 – Domino medianamente
- ( ) 41.4 – Domino um pouco
- ( ) 41.5 – Não domino nada

42 – Capacidade de utilizar movimentos de convencimento e negociação, estimulando o desejo e o ímpeto de crescimento pessoal e profissional, antecipando reações e posições contrárias ou paralisantes.

- ( ) 42.1 – Domino com excelência
- ( ) 42.2 – Domino
- ( ) 42.3 – Domino medianamente
- ( ) 42.4 – Domino um pouco
- ( ) 42.5 – Não domino nada

43 – Capacidade de estabelecer estratégias para acumulação de consensos e desenvolvimento de capacidades para a gestão colegiada, pactuando critérios para o enfrentamento de contradições e conflitos inerentes a essa construção. Utiliza o dispositivo de reuniões com objetividade e sistematização, tanto na preparação como na produção de decisões ou proposições.

- ( ) 43.1 – Domino com excelência
- ( ) 43.2 – Domino
- ( ) 43.3 – Domino medianamente
- ( ) 43.4 – Domino um pouco
- ( ) 43.5 – Não domino nada

44 – Capacidade de favorecer a negociação de metas e etapas, lidando de modo positivo com os acordos firmados.

- ( ) 44.1 – Domino com excelência
- ( ) 44.2 – Domino
- ( ) 44.3 – Domino medianamente
- ( ) 44.4 – Domino um pouco
- ( ) 44.5 – Não domino nada

45 – Capacidade de delegar estabelecendo prazos e resultados esperados, viabilizando apoio para o desenvolvimento das ações. Leva em conta o contexto, o momento, a forma na construção do plano, considerando a disponibilidade de recursos financeiros, materiais, tecnológicos e profissionais.

( ) 45.1 – Domino com excelência

( ) 45.2 – Domino

( ) 45.3 – Domino medianamente

( ) 45.4 – Domino um pouco

( ) 45.5 – Não domino nada

46 – Capacidade de estimular a criação e a expressão de novas ideias, visando à inovação de processos e produtos e à superação de restrições ou à escassez de recursos para a viabilização das ações.

( ) 46.1 – Domino com excelência

( ) 46.2 – Domino

( ) 46.3 – Domino medianamente

( ) 46.4 – Domino um pouco

( ) 46.5 – Não domino nada

47 – Capacidade de promover a tomada de decisões pela busca ampliada de informações e dos elementos que agregam valor e pelo desenvolvimento da capacidade de análise das implicações e desdobramentos de cada decisão tomada ou postergada, levando em conta o risco e a incerteza inerente a cada contexto, as metas pactuadas e as mudanças de conjuntura. Capacidade de valorizar a participação e estimula a autonomia das pessoas na construção coletiva dos planos, aproveitando todas as oportunidades para a formação de uma equipe de alta performance.

( ) 47.1 – Domino com excelência

( ) 47.2 – Domino

( ) 47.3 – Domino medianamente

( ) 47.4 – Domino um pouco

( ) 47.5 – Não domino nada

48 – Capacidade de atuar ativa e estrategicamente para uma ampla socialização de informações sobre o projeto e o desenvolvimento da organização.

( ) 48.1 – Domino com excelência

( ) 48.2 – Domino

( ) 48.3 – Domino medianamente

( ) 48.4 – Domino um pouco

( ) 48.5 – Não domino nada

49 – Capacidade de acompanhar o desenvolvimento do processo decisório, das ações e do alcance das metas, utilizando padrões de referência, indicadores quantitativos, qualitativos.

( ) 49.1 – Domino com excelência

( ) 49.2 – Domino

( ) 49.3 – Domino medianamente

( ) 49.4 – Domino um pouco

( ) 49.5 – Não domino nada

50 – Capacidade de reconhecer as conquistas realizadas e estimular explicações fundamentadas para as dificuldades encontradas.

- ( ) 50.1 – Domino com excelência
- ( ) 50.2 – Domino
- ( ) 50.3 – Domino medianamente
- ( ) 50.4 – Domino um pouco
- ( ) 50.5 – Não domino nada

51 – Capacidade de promover uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos e resultados, evitando o caráter punitivo. Estimula a capacidade de avaliação crítica e utiliza o erro ou o fracasso como insumos para a aprendizagem pessoal e organizacional.

- ( ) 51.1 – Domino com excelência
- ( ) 51.2 – Domino
- ( ) 51.3 – Domino medianamente
- ( ) 51.4 – Domino um pouco
- ( ) 51.5 – Não domino nada

52 – Capacidade de buscar o menor dano possível nas situações em que houve falhas, assumindo e estimulando o reconhecimento de responsabilidades e evitando a repetição do erro.

- ( ) 52.1 – Domino com excelência
- ( ) 52.2 – Domino
- ( ) 52.3 – Domino medianamente
- ( ) 52.4 – Domino um pouco
- ( ) 52.5 – Não domino nada

53 – Capacidade de favorecer a oferta e a formalização de espaços para socialização de informações, apresentação de resultados e prestação de contas.

- ( ) 53.1 – Domino com excelência
- ( ) 53.2 – Domino
- ( ) 53.3 – Domino medianamente
- ( ) 53.4 – Domino um pouco
- ( ) 53.5 – Não domino nada

54 – Capacidade de proteger espaços para sua própria reflexão e para compartilhar a perspectiva de outros, incluindo oportunidades de expressão aos usuários, de modo a considerar o grau de satisfação e sugestões de todos os envolvidos.

- ( ) 54.1 – Domino com excelência
- ( ) 54.2 – Domino
- ( ) 54.3 – Domino medianamente
- ( ) 54.4 – Domino um pouco
- ( ) 54.5 – Não domino nada

55 – Capacidade de fazer e receber críticas de modo respeitoso e voltado ao desempenho observado, incluindo sua autocrítica.

- ( ) 55.1 – Domino com excelência
- ( ) 55.2 – Domino
- ( ) 55.3 – Domino medianamente
- ( ) 55.4 – Domino um pouco
- ( ) 55.5 – Não domino nada

56 – Capacidade de valorizar o esforço de cada um, favorecendo a construção de um ambiente solidário. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo orientado ao projeto e ao desenvolvimento da organização.

( ) 56.1 – Domino com excelência

( ) 56.2 – Domino

( ) 56.3 – Domino medianamente

( ) 56.4 – Domino um pouco

( ) 56.5 – Não domino nada

57 – Capacidade de valorizar, em todos os momentos do processo de trabalho, a vulnerabilidade e os riscos na construção dos projetos terapêuticos, reconhecendo a complexidade envolvida na atenção à saúde-doença.

( ) 57.1 – Domino com excelência

( ) 57.2 – Domino

( ) 57.3 – Domino medianamente

( ) 57.4 – Domino um pouco

( ) 57.5 – Não domino nada

58 – Capacidade de assumir uma postura dialógica e empática em relação aos usuários.

( ) 58.1 – Domino com excelência

( ) 58.2 – Domino

( ) 58.3 – Domino medianamente

( ) 58.4 – Domino um pouco

( ) 58.5 – Não domino nada

59 – Capacidade de favorecer uma investigação ampliada das necessidades de saúde e identifica problemas na produção do cuidado, considerando relevância, magnitude, vulnerabilidade e transcendência.

( ) 59.1 – Domino com excelência

( ) 59.2 – Domino

( ) 59.3 – Domino medianamente

( ) 59.4 – Domino um pouco

( ) 59.5 – Não domino nada

60 – Capacidade de utilizar ferramentas para a análise das necessidades de assistência à saúde dos usuários, procurando articular dados e informações a partir de indicadores clínico-epidemiológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, levando em conta um modelo de assistência à saúde orientado para as necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.

( ) 60.1 – Domino com excelência

( ) 60.2 – Domino

( ) 60.3 – Domino medianamente

( ) 60.4 – Domino um pouco

( ) 60.5 – Não domino nada

61 – Capacidade de explorar tendências e possibilidades de intervenção a partir do diálogo entre necessidades e recursos disponíveis.

- ( ) 61.1 – Domino com excelência
- ( ) 61.2 – Domino
- ( ) 61.3 – Domino medianamente
- ( ) 61.4 – Domino um pouco
- ( ) 61.5 – Não domino nada

62 – Capacidade de promover a análise de obstáculos e de oportunidades voltadas à melhoria da assistência à saúde oferecida aos usuários, considerando o contexto das políticas de saúde, a missão da organização, as diretrizes ético-legais do trabalho e do cuidado com a saúde e as inovações.

- ( ) 62.1 – Domino com excelência
- ( ) 62.2 – Domino
- ( ) 62.3 – Domino medianamente
- ( ) 62.4 – Domino um pouco
- ( ) 62.5 – Não domino nada

63 – Capacidade de discutir e construir planos de ação viáveis e factíveis, aproveitando as oportunidades encontradas, com utilização das melhores evidências científicas, a tecnologia disponível e o conhecimento sobre a dinâmica das relações nos serviços, na rede de assistência e na inserção dos agentes no sistema de saúde, e a natureza da formação dos profissionais de saúde.

- ( ) 63.1 – Domino com excelência
- ( ) 63.2 – Domino
- ( ) 63.3 – Domino medianamente
- ( ) 63.4 – Domino um pouco
- ( ) 63.5 – Não domino nada

64 – Capacidade de promover o acolhimento valorizando a vulnerabilidade e a classificação de risco para a tomada de decisão.

- ( ) 64.1 – Domino com excelência
- ( ) 64.2 – Domino
- ( ) 64.3 – Domino medianamente
- ( ) 64.4 – Domino um pouco
- ( ) 64.5 – Não domino nada

65 – Capacidade de criar condições para a construção de projetos terapêuticos envolvendo a equipe, de modo a agregar o valor necessário ao atendimento das necessidades de saúde identificadas.

- ( ) 65.1 – Domino com excelência
- ( ) 65.2 – Domino
- ( ) 65.3 – Domino medianamente
- ( ) 65.4 – Domino um pouco
- ( ) 65.5 – Não domino nada

66 – Capacidade de articular ações e serviços na construção de linhas de cuidado em função da garantia do acesso, da integralidade, da equidade e da continuidade da assistência à saúde.

- ( ) 66.1 – Domino com excelência
- ( ) 66.2 – Domino
- ( ) 66.3 – Domino medianamente
- ( ) 66.4 – Domino um pouco
- ( ) 66.5 – Não domino nada

67 – Capacidade de acompanhar e avaliar produtos, resultados e impacto das ações formuladas nos projetos terapêuticos e linhas de cuidado, de modo articulado com os demais serviços das redes de assistência à saúde.

- ( ) 67.1 – Domino com excelência
- ( ) 67.2 – Domino
- ( ) 67.3 – Domino medianamente
- ( ) 67.4 – Domino um pouco
- ( ) 67.5 – Não domino nada

68 – Capacidade de utilizar os sistemas de informação para a análise de produtos e resultados, valorizando a escuta qualificada de usuários e trabalhadores na avaliação dos serviços, das linhas de cuidado e dos projetos terapêuticos.

- ( ) 68.1 – Domino com excelência
- ( ) 68.2 – Domino
- ( ) 68.3 – Domino medianamente
- ( ) 68.4 – Domino um pouco
- ( ) 68.5 – Não domino nada

69 – Capacidade de prestar contas e promove ajustes nos planos e na produção do cuidado, de modo a orientá-los pela qualidade, eficiência e efetividade e segurança da saúde dos usuários.

- ( ) 69.1 – Domino com excelência
- ( ) 69.2 – Domino
- ( ) 69.3 – Domino medianamente
- ( ) 69.4 – Domino um pouco
- ( ) 69.5 – Não domino nada

70 – Capacidade de mostrar disponibilidade e abertura para a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagens pessoais, dos profissionais no hospital universitário e de usuários.

- ( ) 70.1 – Domino com excelência
- ( ) 70.2 – Domino
- ( ) 70.3 – Domino medianamente
- ( ) 70.4 – Domino um pouco
- ( ) 70.5 – Não domino nada

71 – Capacidade de estimular a curiosidade, a independência intelectual e o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender dos envolvidos no processo de cuidado, nos diversos momentos do trabalho em saúde.

- ( ) 71.1 – Domino com excelência
- ( ) 71.2 – Domino
- ( ) 71.3 – Domino medianamente
- ( ) 71.4 – Domino um pouco
- ( ) 71.5 – Não domino nada

72 – Capacidade de mostrar persistência e paciência em relação aos diferentes tempos de aprendizagem das pessoas.

- ( ) 72.1 – Domino com excelência
- ( ) 72.2 – Domino
- ( ) 72.3 – Domino medianamente
- ( ) 72.4 – Domino um pouco
- ( ) 72.5 – Não domino nada

73 – Capacidade de utilizar a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem e de pesquisa, respeitando o conhecimento prévio de cada um e levando em conta o contexto sociocultural individual e a missão e os valores do hospital universitário inserido no Sistema Único de Saúde.

- ( ) 73.1 – Domino com excelência
- ( ) 73.2 – Domino
- ( ) 73.3 – Domino medianamente
- ( ) 73.4 – Domino um pouco
- ( ) 73.5 – Não domino nada

74 – Capacidade de promover o desenvolvimento de ações educacionais voltadas às necessidades de aprendizagem identificadas, valorizando os saberes prévios dos participantes.

- ( ) 74.1 – Domino com excelência
- ( ) 74.2 – Domino
- ( ) 74.3 – Domino medianamente
- ( ) 74.4 – Domino um pouco
- ( ) 74.5 – Não domino nada

75 – Capacidade de incentivar e favorece o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de limitações e dificuldades.

- ( ) 75.1 – Domino com excelência
- ( ) 75.2 – Domino
- ( ) 75.3 – Domino medianamente
- ( ) 75.4 – Domino um pouco
- ( ) 75.5 – Não domino nada

76 – Capacidade de estimular a atualização de conhecimentos e a busca por inovações. Incentiva e desenvolve a capacidade de investigação, incluindo a busca por evidências científicas e melhores práticas.

- ( ) 76.1 – Domino com excelência
- ( ) 76.2 – Domino
- ( ) 76.3 – Domino medianamente
- ( ) 76.4 – Domino um pouco
- ( ) 76.5 – Não domino nada



77 – Capacidade de realizar a avaliação crítica das informações encontradas.

- ( ) 77.1 – Domino com excelência
- ( ) 77.2 – Domino
- ( ) 77.3 – Domino medianamente
- ( ) 77.4 – Domino um pouco
- ( ) 77.5 – Não domino nada

78 – Capacidade de estimular e valoriza as trocas de conhecimentos e perspectivas entre trabalhadores e destes com usuários, nas diversas oportunidades do trabalho. Capacidade de promover e participa de espaços de educação permanente voltados à reflexão e transformação das práticas.

- ( ) 78.1 – Domino com excelência
- ( ) 78.2 – Domino
- ( ) 78.3 – Domino medianamente
- ( ) 78.4 – Domino um pouco
- ( ) 78.5 – Não domino nada

79 – Capacidade de monitorar e avaliar processos, produtos e resultados relacionados às atividades educacionais realizadas.

- ( ) 79.1 – Domino com excelência
- ( ) 79.2 – Domino
- ( ) 79.3 – Domino medianamente
- ( ) 79.4 – Domino um pouco
- ( ) 79.5 – Não domino nada

80 – Capacidade de utilizar acertos e erros como insumo para a aprendizagem profissional e organizacional.

- ( ) 80.1 – Domino com excelência
- ( ) 80.2 – Domino
- ( ) 80.3 – Domino medianamente
- ( ) 80.4 – Domino um pouco
- ( ) 80.5 – Não domino nada

81 – Capacidade de identificar a necessidade de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho, com foco na gestão, atenção e educação desenvolvidas no hospital e na rede de atenção.

- ( ) 81.1 – Domino com excelência
- ( ) 81.2 – Domino
- ( ) 81.3 – Domino medianamente
- ( ) 81.4 – Domino um pouco
- ( ) 81.5 – Não domino nada

82 – Capacidade de apoiar a produção científica e/ou tecnológica na sua área de atuação, por meio de pesquisas orientadas por princípios éticos.

- ( ) 82.1 – Domino com excelência
- ( ) 82.2 – Domino
- ( ) 82.3 – Domino medianamente
- ( ) 82.4 – Domino um pouco
- ( ) 82.5 – Não domino nada

83 – Capacidade de promover a geração e disseminação de conhecimentos relevantes à produção da saúde das pessoas e à qualidade dos serviços produzidos pelo hospital e pela rede de saúde.

- ( ) 83.1 – Domino com excelência
- ( ) 83.2 – Domino
- ( ) 83.3 – Domino medianamente
- ( ) 83.4 – Domino um pouco
- ( ) 83.5 – Não domino nada

84 – Capacidade de promover a avaliação de resultados da gestão do conhecimento na cadeia de valor institucional.

- ( ) 84.1 – Domino com excelência
- ( ) 84.2 – Domino
- ( ) 84.3 – Domino medianamente
- ( ) 84.4 – Domino um pouco
- ( ) 84.5 – Não domino nada

## APÊNDICE 4: RESULTADOS ESTATÍSTICOS

Quanto à avaliação da satisfação relacionada aos objetivos do curso (segunda parte do questionário/Eixo I), os respondentes apresentaram nos sete itens avaliados uma maior concentração nas opções satisfatória com excelência/satisfatória, variando desde 66,7% no item *“Promover a articulação dos interesses da assistência, do ensino e da pesquisa nos hospitais universitários e nas redes de assistência à saúde”* até 89,7% no item *“Apoiar a elaboração de 10 Planos Diretores Estratégicos – PDE, sendo um para cada hospital universitário, considerando seu contexto interno e inserção no SUS”*.

Na avaliação da satisfação com as atividades desenvolvidas durante o curso (Terceira parte do questionário/Eixo II), formado por 12 itens, os respondentes apresentaram uma maior concentração nas opções satisfatória com excelência/satisfatória em 11 itens. O percentual variou de 79,8% no item *“Busca de Novas Informações da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem”* até 95,2% no item *“Ações do facilitador na equipe afinidade”*. Ressalta-se que o único item desse grupo que não apresentou concentração nas opções satisfatória com excelência/satisfatória foi *“Atividades a distância”*, que teve predomínio da opção satisfatória medianamente (45,2%).

Na autoavaliação do grau de domínio que o respondente obteve em relação às capacidades desenvolvidas durante o curso (quarta parte do questionário/Eixo III), nos dez itens analisados observou-se em todos eles um predomínio das opções “domino com excelência/domino”. O percentual variou de 43,4% observador em dois itens (*“Capacidade de identificar e analisar necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, articulando dados e informações a partir de indicadores clínico-epidemiológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais”* e *“Capacidade de identificar problemas na produção do cuidado à saúde, considerando relevância, magnitude, vulnerabilidade e transcendência”*) até 64,5 % no item *“Capacidade de identificar continuamente obstáculos e oportunidades no contexto interno do hospital universitário e na sua inserção no SUS”*.

TABELA 13

Análise descritiva do escore total segundo eixos de análise

Categorias	Eixo		
	1	2	3
Total de respondentes	83	77	81
Total de questões no eixo	7	12	10
Valor mínimo	18,00	35,00	20,00
Valor máximo	35,00	60,00	48,00
Média	28,25	48,73	34,84
Mediana	28,00	48,00	35,00
Percentil 25	26,00	46,00	31,00
Percentil 75	31,00	52,00	38,00
Desvio padrão	3,79	5,35	5,44
Variância	14,34	28,67	29,61
Coefficiente de variação	13,40%	10,99%	15,62%
Média/total de questões no eixo	4,04	4,06	3,48
P-valor do Teste de Kruskal-Wallis	0,69	0,95	0,15

Eixo 1 = satisfação em relação aos objetivos do curso

Eixo 2 = satisfação com as atividades desenvolvidas durante o curso

Eixo 3 = grau de domínio que o respondente obteve em relação às capacidades desenvolvidas durante o curso

Foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis para cada um dos eixos temáticos da pesquisa, e nas três análises realizadas não foram encontradas diferenças significativas nos escores totais segundo região do país, ao nível de 5% de significância.

Em relação à avaliação da satisfação com os objetivos do curso, 83 dos 84 respondentes assinalaram as opções de resposta nos sete itens avaliados. O escore total variou de 18 a 35, com média 28,25, mediana 28,00, desvio padrão 3,79 e coeficiente de variação 13,40%.

Na avaliação da satisfação com as atividades desenvolvidas durante o curso, 7 respondentes deixaram pelo menos um dos 12 itens em branco. Nesse eixo, o escore total variou de 35 a 60, com média 48,73, mediana 48,00, desvio padrão 5,35 e coeficiente de variação 10,99%.

Na autoavaliação do grau de domínio que o respondente obteve em relação às capacidades desenvolvidas durante o curso, 81 respondentes preencheram os dez itens analisados. O escore total variou de 20 a 48, com média 34,84, mediana 35,00, desvio padrão 5,44 e coeficiente de variação 15,62%.

Por meio da divisão do valor da média encontrada em cada eixo pelo número de perguntas que compõe o referido eixo, foram encontrados, respectivamente, os seguintes valores: 4,04; 4,06 e 3,48. Esses resultados ressaltam que em todos os eixos avaliados as respostas foram, em geral, positivas, destacando-se os eixos de avaliação que tiveram média acima de 4,00.

## APÊNDICE 5: MÉDIAS DOS ITENS AVALIADOS NOS PLANOS DIRETORES ESTRATÉGICOS

<i>Tipologia de análise</i>	<i>Aspectos e Critérios de Análise</i>	<i>Médias dos itens avaliados</i>
<i>Análise Estratégica</i>	<b>1. Clareza e pertinência do problema ou objeto da intervenção</b>	
	1.1. Há um enunciado claro sobre o problema a ser trabalhado ou objeto da intervenção?	0,76
	1.2. O problema é apresentado com dados ou argumentos de sustentação?	0,63
	<b>2. Coerência da análise de contexto com a abrangência de sua proposta</b>	
	2.1. Há uma coerência entre o contexto descrito e a proposta	0,76
	2.2. Há uma coerência entre o contexto descrito e a abrangência da proposta	0,71
	<b>3. Clareza dos objetivos e adequação ao enfrentamento do problema ou da problemática</b>	
	3.1. Os objetivos estão expressos em ações concretas, passíveis de serem observadas em termos de seus resultados?	0,29
	<b>4. Coerência entre os nós críticos e ações propostas</b>	
	4.1. Para cada nó crítico há ações correspondentes?	1,0
4.2. Há coerência entre os nós críticos e as ações correspondentes?	0,93	
4.3. As ações propostas são suficientes para o enfrentamento dos nós críticos?	0,91	
<b>5. Parâmetros de monitoramento ou avaliação</b>		
5.1. Há uma descrição clara e precisa sobre indicadores ou critérios a serem empregados?	0,89	
5.2. Há coerência entre indicadores/critérios e os resultados esperados?	0,89	
<i>Análise Lógica</i>	<b>6. Coerência com os princípios do curso e áreas de competência desejadas</b>	
	6.1. A proposta em geral ou ações específicas expressam a integração assistência, ensino e pesquisa?	0,3
	6.2. Pelo menos dois desempenhos de cada ação-chave da área de gestão em saúde são evidenciados?	0,96
	6.3. Pelo menos dois desempenhos de cada ação-chave da área de assistência à saúde são evidenciados?	0,86
	6.4. Pelo menos dois desempenhos de cada ação-chave da área de educação na saúde são evidenciados?	0,67
	<b>7. Coerência entre a teoria explicativa e a prescrita do plano</b>	
	7.1. Há coerência entre a base teórica explicitada e a intervenção proposta?	0,89
	<b>8. Viabilidade política, financeira</b>	
	8.1. Os atores que apresentam capital de decisão/influência estão envolvidos nas ações previstas?	0,82
	8.2. Há previsão de recursos para a aplicação do PDE?	0,77
	<b>9. Validade de conteúdo, validade pragmática</b>	
	9.1. As ações previstas apresentam meios técnicos e recursos adequados aos os problemas?	0,94
	<b>Total de pontos (de 0 a 18)</b>	

## Anexo

ANEXO 1: PERFIL DE COMPETÊNCIA DO GESTOR (RETIRADO DE PADILHA ET AL.<sup>1</sup>, P. 12-3).Área de competência: *Gestão em saúde*

Ações-chave	Desempenhos
<p><i>Promove a construção e a implementação do projeto organizacional do hospital universitário</i></p> <p><i>Identifica continuamente obstáculos e oportunidades nos contextos internos e na sua inserção no SUS</i></p>	<p>Favorece a construção coletiva e a atualização permanente da visão, da missão e dos valores do hospital universitário, considerando a cultura organizacional, a formação profissional, a inserção no SUS e a formação de profissionais de saúde. Identifica ameaças e oportunidades, estimulando o levantamento de necessidades e demandas, o mapeamento e a análise dos atores e a prospecção de desafios, novas exigências e inovações, visando à construção do projeto organizacional. Busca adesão, alinhamento e comprometimento de todos da organização com as diretrizes do projeto construído. Promove a identificação de problemas que retardam ou impedem o desenvolvimento da organização, incentivando o levantamento de dados e as evidências que traduzam a dinâmica da organização e de indicadores que expressem seu desempenho. Contempla necessidades de estrutura, processos e resultados, incluindo e dialogando diferentes perspectivas, considerando os princípios e valores da instituição e a análise de conjuntura. Utiliza ferramentas do planejamento estratégico e de gestão para selecionar e priorizar problemas.</p> <p>Trabalha em equipe e na interação com pessoas, mostra capacidade de ouvir, respeitando a diversidade de opiniões e as respectivas potencialidades e limitações. Busca elementos que mobilizem as pessoas na superação de dificuldades. Estabelece relações pautadas pela confiança, transparência, socialização de informações. Ajusta as expectativas de cada um sobre os papéis na gestão da organização, na assistência à saúde e na aprendizagem.</p>
<p><i>Constrói e negocia estrategicamente sucessivos planos de ação</i></p>	<p>Valoriza e estimula o desenvolvimento do sistema de governança na construção do Plano Diretor Estratégico – PDE e seus desdobramentos voltados ao enfrentamento dos problemas priorizados e ao alcance da situação desejada e da missão institucional. Utiliza movimentos de convencimento e negociação, estimulando o desejo e o ímpeto de crescimento pessoal e profissional, antecipando reações e posições contrárias ou paralisantes. Estabelece estratégias para acumulação de consensos e desenvolvimento de capacidades para a gestão colegiada, pactuando critérios para o enfrentamento de contradições e conflitos inerentes a essa construção. Utiliza o dispositivo de reuniões com objetividade e sistematização, tanto na preparação como na produção de decisões ou proposições.</p> <p>Favorece a negociação de metas e etapas, lidando de modo positivo com os acordos firmados. Delega estabelecendo prazos e resultados esperados, viabilizando apoio para o desenvolvimento das ações. Leva em conta o contexto, o momento, a forma na construção do plano, considerando a disponibilidade de recursos financeiros, materiais, tecnológicos e profissionais. Estimula a criação e a expressão de novas ideias, visando à inovação de processos e produtos e à superação de restrições ou à escassez de recursos para a viabilização das ações.</p> <p>Promove a tomada de decisões pela busca ampliada de informações e dos elementos que agregam valor e pelo desenvolvimento da capacidade de análise das implicações e dos desdobramentos de cada decisão tomada ou postergada, levando em conta o risco e a incerteza inerente a cada contexto, as metas pactuadas e as mudanças de conjuntura.</p> <p>Valoriza a participação e estimula a autonomia das pessoas na construção coletiva dos planos, aproveitando todas as oportunidades para a formação de uma equipe de alta performance. Atua ativa e estrategicamente para uma ampla socialização de informações sobre o projeto e o desenvolvimento da organização.</p>
<p><i>Acompanha e avalia o desenvolvimento do hospital universitário</i></p>	<p>Acompanha o desenvolvimento do processo decisório, das ações e do alcance das metas, utilizando padrões de referência, indicadores quantitativos, qualitativos. Busca reconhecer as conquistas realizadas e estimular explicações fundamentadas para as dificuldades encontradas.</p> <p>Promove uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos e resultados, evitando o caráter punitivo. Estimula a capacidade de avaliação crítica e utiliza o erro ou o fracasso como insumos para a aprendizagem pessoal e organizacional. Busca o menor dano possível nas situações em que houve falhas, assumindo e estimulando o reconhecimento de responsabilidades e evitando a repetição do erro.</p> <p>Favorece a oferta e a formalização de espaços para socialização de informações, apresentação de resultados e prestação de contas. Protege espaços para sua própria reflexão e para compartilhar a perspectiva de outros, incluindo oportunidades de expressão aos usuários, de modo a considerar o grau de satisfação e sugestões de todos os envolvidos. Faz e recebe críticas de modo respeitoso e voltado ao desempenho observado, incluindo sua autocrítica. Valoriza o esforço de cada um, favorecendo a construção de um ambiente solidário. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo orientado ao projeto e ao desenvolvimento da organização.</p>

## ANEXO 1: PERFIL DE COMPETÊNCIA DO GESTOR (CONT.)

*Área de competência: Assistência à saúde nos hospitais universitários do SUS*

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<i>Área de competência Assistência à Saúde nos hospitais universitários do SUS</i>	<p>Valoriza, em todos os momentos do processo de trabalho, a vulnerabilidade e os riscos na construção dos projetos terapêuticos, reconhecendo a complexidade envolvida na atenção à saúde-doença. Assume uma postura dialógica e empática em relação aos usuários.</p> <p>Favorece uma investigação ampliada das necessidades de saúde e identifica problemas na produção do cuidado, considerando relevância, magnitude, vulnerabilidade e transcendência.</p> <p>Utiliza ferramentas para a análise das necessidades de assistência à saúde dos usuários, procurando articular dados e informações a partir de indicadores clínico-epidemiológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, levando em conta um modelo de assistência à saúde orientado às necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Explora tendências e possibilidades de intervenção a partir do diálogo entre necessidades e recursos disponíveis.</p> <p>Promove a análise de obstáculos e de oportunidades voltadas à melhoria da assistência à saúde oferecida aos usuários, considerando o contexto das políticas de saúde, a missão da organização, as diretrizes ético-legais do trabalho e do cuidado à saúde e as inovações.</p>
<i>Promove a construção de planos de ação para a melhoria da assistência à saúde no SUS</i>	<p>Discute e constrói planos de ação viáveis e factíveis, aproveitando as oportunidades encontradas, com utilização das melhores evidências científicas, a tecnologia disponível e o conhecimento sobre a dinâmica das relações nos serviços, na rede de assistência e inserção dos agentes no sistema de saúde, e a natureza da formação dos profissionais de saúde.</p> <p>Promove o acolhimento valorizando a vulnerabilidade e a classificação de risco para a tomada de decisão.</p> <p>Cria condições para a construção de projetos terapêuticos envolvendo a equipe, de modo a agregar o valor necessário ao atendimento das necessidades de saúde identificadas.</p> <p>Articula ações e serviços na construção de linhas de cuidado em função da garantia do acesso, da integralidade, da equidade e da continuidade da assistência à saúde.</p>
<i>Avalia a qualidade e a segurança da assistência à saúde dos usuários do SUS</i>	<p>Acompanha e avalia produtos, resultados e impacto das ações formuladas nos projetos terapêuticos e nas linhas de cuidado, de modo articulado com os demais serviços das redes de assistência à saúde. Utiliza os sistemas de informação para a análise de produtos e resultados, valorizando a escuta qualificada de usuários e trabalhadores na avaliação dos serviços, das linhas de cuidado e dos projetos terapêuticos.</p> <p>Presta contas e promove ajustes nos planos e na produção do cuidado, de modo a orientá-los pela qualidade, eficiência e efetividade e segurança da saúde dos usuários.</p>

*Área de competência: Educação na saúde – gestão do conhecimento e da aprendizagem nos hospitais universitários do SUS*

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<i>Identifica necessidades de aprendizagem</i>	<p>Mostra disponibilidade e abertura para a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagens pessoais, dos profissionais no hospital universitário e de usuários. Estimula a curiosidade, a independência intelectual e o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender dos envolvidos no processo de cuidado, nos diversos momentos do trabalho em saúde.</p> <p>Mostra persistência e paciência em relação aos diferentes tempos de aprendizagem das pessoas. Utiliza a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem e de pesquisa, respeitando o conhecimento prévio de cada um e levando em conta o contexto sociocultural individual e a missão e os valores do hospital universitário inserido no Sistema Único de Saúde.</p>
<i>Propõe e avalia ações educacionais</i>	<p>Promove o desenvolvimento de ações educacionais voltadas às necessidades de aprendizagem identificadas, valorizando os saberes prévios dos participantes. Incentiva e favorece o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de limitações e dificuldades. Estimula a atualização de conhecimentos e a busca por inovações. Incentiva e desenvolve a capacidade de investigação, incluindo a busca por evidências científicas e melhores práticas. Realiza a avaliação crítica das informações encontradas. Estimula e valoriza as trocas de conhecimentos e perspectivas entre trabalhadores e destes com usuários, nas diversas oportunidades do trabalho. Promove e participa de espaços de educação permanente voltados à reflexão e transformação das práticas. Monitora e avalia processos, produtos e resultados relacionados às atividades educacionais realizadas. Utiliza acertos e erros como insumo para a aprendizagem profissional e organizacional.</p>
<i>Promove, gerencia e avalia a produção e a disseminação de novos conhecimentos</i>	<p>Identifica a necessidade de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho, com foco na gestão, atenção e educação desenvolvidas no hospital e na rede de atenção. Apoiar a produção científica e/ou tecnológica na sua área de atuação, por meio de pesquisas orientadas por princípios éticos. Promove a geração e a disseminação de conhecimentos relevantes à produção da saúde das pessoas e à qualidade dos serviços produzidos pelo hospital e pela rede de saúde. Promove a avaliação de resultados da gestão do conhecimento na cadeia de valor institucional.</p>

## Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Rua Prof. Daher Cutait, 69  
Bela Vista - São Paulo - SP  
CEP 01308 060

Tel.: 55 11 3394 0100 (seg. a sex. das 8h às 20h)  
Fax: 55 11 3155 0494  
iep@hsl.org.br  
[www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep](http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep)



*Escaneie o código  
acima para mais  
informações sobre  
nossas atividades.*



# INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA