UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PATRICIA TAVARES DOS SANTOS

**DA EDUCAÇÃO AO TRABALHO:
UMA AVALIAÇÃO DE PROCESSO FORMATIVO
NAS URGÊNCIAS**

SÃO PAULO
2017

Patricia Tavares dos Santos

**DA EDUCAÇÃO AO TRABALHO:
UMA AVALIAÇÃO DE PROCESSO FORMATIVO
NAS URGÊNCIAS**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutora em Ciências.

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

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

VERSÃO CORRIGIDA

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

**São Paulo
2017**

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Patricia Tavares dos

Da educação ao trabalho: uma avaliação de processo formativo nas urgências / Patricia Tavares dos Santos. São Paulo, 2017.

242 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

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

1. Avaliação em Saúde. 2. Educação permanente.
3. Prática profissional. 4. Serviços médicos de emergência.
5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Patricia Tavares dos Santos

Título: Da educação ao trabalho: uma avaliação de processo formativo nas urgências.

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

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Vera Lucia Mira Instituição: EEUSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Repito aqui as palavras da dedicatória de minha dissertação, pois elas continuam vivas e verdadeiras. Assim:

“Dedico não só esse trabalho, mas todas as conquistas da minha vida à minha família.

Meus pais, Cleonice e Expedito, a quem sou grata por terem me ensinado a voar com a segurança de saber que sempre terei para onde voltar. Obrigada por me ensinarem a ter confiança em mim mesma e a certeza de que todos os dias “um sol, lindo, vai brilhar pra mim”.

A Maisa e Cíntia, que tiveram a dura missão de serem minhas irmãs mais novas, pelo incentivo e generosidade, paciência com as minhas manias e por cumprirmos com a promessa de sermos uma pelas outras”.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Deus por me dar desafios que posso vencer e por colocar pessoas em minha trajetória que me ensinam e me fazem melhor.

Sou grata à

Vera, que me dá bronca porque sabe que eu aguento, que me dá colo porque sabe que eu preciso, que me orienta na vida e desde 2003 é a “quase-mãe”.

Otília, que me incentivou, respeitou e valorizou minhas ideias, que viu em mim alguém para compartilhar conhecimento e afeto.

Professoras Valéria Leonello e Lilia Nogueira pela delicadeza de tornarem o Exame de Qualificação um momento de educação permanente, uma conversa para troca de saberes.

Colegas do NEPAPEGS, por compartilharmos nossos estudos, em especial, Gabriela Zinn, Daniela e Eloá, que souberam dizer as palavras exatas de incentivo, cuidado e calma, sempre que precisei.

Kássia, pelo incentivo e por aceitar o desafio de me acompanhar nos encontros de grupo focal.

Meus gestores, na trajetória do doutorado, Adriana, Armando e Bernardete, por me exigirem a ser mais e melhor.

Docentes, apoiadores e participantes do projeto, que ao dar vida ao projeto, mostraram o quanto é desafiador e enriquecedor criar coletivamente.

Meus colegas de trabalho da universidade e dos projetos, por suas contribuições para meu crescimento profissional e pessoal.

Minha família, pela paciência, apoio e amorosidade. Vocês aquecem meu coração e me ajudam a construir minha história.

Nicole, não só porque compartilhamos casa, família, alegrias, desejos e dores, mas também, porque há amor.

Minhas queridas Chris Okazaki, Luana e Paula por estarem sempre presentes, torcendo pela minha alegria e realização. Vocês sabem bem o lugar, lindo, que ocupam em minha vida.

Maressa, minha eterna parceira de aventuras, sempre perto quando os desafios se impõem, me dando força e carinho.

Daiana e Anna, uma, por me validar e me entender tanto, outra, por me instigar e por estarmos acima das diferenças. Vocês me equilibram, sou grata demais por estarem em minha vida.

Victor, por me ensinar que sempre há espaço para a alegria e para leveza e, principalmente, por mostrar que o amor se expressa de muitas formas.

Eduardo pelo carinho e paciência, por ser o lugar da calma, do aconchego, do descanso, onde me refugio nos dias difíceis. Surgiu na hora que era para ser.

Todos os amigos que não mencionei, mas que fazem parte da minha história. Obrigada pelos pequenos gestos, pela companhia, pelas risadas, pelo apoio.

Santos PT. Da educação ao trabalho: uma avaliação de processo formativo nas urgências [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução A realização de ações educativas aos profissionais dos serviços hospitalares de urgência é de grande relevância, considerando seu papel estratégico para o Sistema Único de Saúde. Apesar dessa relevância, ainda carecem de maior consistência na avaliação de seus resultados e impactos. Diante disso, este projeto teve como **Objetivo geral** avaliar um processo formativo voltado para o desenvolvimento gerencial de profissionais atuantes na linha de atenção às urgências. **Método** Trata-se de um estudo de caso, cujo material de análise constituiu-se de 146 avaliações do módulo Introdutório, 972 avaliações dos outros dez módulos, 895 autoavaliações dos participantes e 26 projetos gerenciais elaborados pelos participantes do processo formativo de 26 hospitais e de três regiões metropolitanas brasileiras. Destes 26 hospitais, dois foram selecionados para participar de dois encontros de grupo focal cada, com oito integrantes por grupo, a fim de avaliar a percepção de impacto e suporte à transferência. A análise dos dados foi realizada pela estatística descritiva, inferencial e análise fatorial que resultou em três fatores na avaliação da satisfação do módulo Introdutório e quatro nos demais módulos; na autoavaliação, dois fatores. **Resultados** As escalas utilizadas apresentaram evidências de validade expressas pela variância superior a 50% e Alpha de Cronbach superior a 0,9. As médias da avaliação da satisfação, com valor máximo 6,0, variaram de 5,3 a 5,6 do módulo Introdutório e 4,7 a 5,6 dos demais módulos; das autoavaliações de 4,5 a 5,7. Quanto à avaliação da percepção de impacto e suporte à transferência, realizada em dois hospitais, a maioria das ações propostas nos projetos gerenciais foi implementada. Foram encontradas diferenças significativas entre as regiões nos Fatores 1 ($p<0,001$) e 3 ($p<0,01$) da avaliação de satisfação do módulo Introdutório; nos Fatores 1 ($p=0,005$) e 2 ($p<0,0001$) das autoavaliações; nos critérios apresentação do hospital e diagnóstico situacional da avaliação dos projetos gerenciais ($p<0,05$); entre os módulos do processo formativo nos fatores 1 ($p=0,04$), 3 ($p<0,0001$) e 4 ($p<0,001$), da avaliação de satisfação. Os projetos gerenciais foram bastante distintos quanto à estrutura e conteúdo, em especial, no detalhamento da análise situacional e Planejamento Estratégico Situacional, indicando fragilidade na coleta e análise crítica de dados e proposição de intervenções de modo estruturado. Os fatores que favoreceram a implementação estavam relacionados ao apoio da diretoria e dos colegas. Já os fatores dificultadores, foram relativos a problemas estruturais como *déficit* de pessoal, recursos materiais e financeiros. **Conclusões** Foi possível concluir que as escalas de avaliação aplicadas são confiáveis. Os participantes mostraram-se satisfeitos com o processo formativo, tendo se envolvido nas atividades e desenvolvido competências, segundo sua autoavaliação. Embora a aquisição de habilidades tenha se expressado, de modo geral, pouco consistente nos projetos gerenciais, a maioria das ações propostas pelos hospitais foram desenvolvidas, tendo havido apoio dos pares e da diretoria. O entrave esteve relacionado à ausência de elementos estruturais.

Descritores: Avaliação em saúde. Educação continuada. Gerenciamento da prática profissional. Emergências. Enfermagem.

Santos PT. From education to work: an assessment of a formative process in emergencies [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction To conduct educational actions targeting professionals of emergency hospitals is of major importance, considering their strategic role for the Brazilian Unified Health System. Despite their importance, educational actions still lack consistency in assessing their outcomes and impacts. Therefore, the **General Objective** of this study was to assess a formative process for management development of professionals in leadership positions in emergency care units. **Method** This is a case study that analyzed evaluations and management projects developed during a formative process by participants of 26 hospitals, from three Brazilian metropolitan regions: 146 evaluations of the introductory module; 972 evaluations of ten modules; 895 self-evaluations; and 26 management projects. In addition, participants of two of the 26 hospitals were chosen to take part in two focus group's meetings; each group was formed by eight participants, with the purpose of assessing the perception of the impact and support to knowledge application. The data analysis used both descriptive and inferential statistics, and factor analysis that resulted in: three factors for satisfaction evaluation of introductory module; four factors for the ten modules; and two factors for self-evaluation. **Results** The scales used showed evidence of validity indicated by variance above 50% and Cronbach's Alpha above 0.9. The averages of the satisfaction evaluation, with maximum value of 6.0, varied from 5.3 to 5.6 for the introductory module; 4.7 to 5.6 for other modules; and 4.5 to 5.7 for self-evaluations. In relation to the assessment of the perception of the impact and support to application, which was performed in two hospitals, the majority of the proposed actions presented in the management projects were implemented. Significant differences among the regions were found in both Factors 1 ($p<0.001$) and 3 ($p<0.01$) of the satisfaction evaluation of introductory module; in both Factors 1 ($p=0.005$) and 2 ($p<0.0001$) of self-evaluations; in both criteria hospital presentation and situational diagnosis of the management projects' evaluation ($p<0.05$); among the formative process' modules in Factors 1 ($p=0.04$), 3 ($p<0.0001$) and 4 ($p<0.001$) of satisfaction evaluation. The management projects were very distinct concerning structure and contend, especially in the development of the situational analysis and Situational Strategic Planning, indicating some fragility in data collection and critical analysis, as well as in proposing interventions in a structured way. The factors that contributed to the implementation were related to the directors and staffs' support. By the other hand, the factors that complicated were related to the structural problems, such as insufficient number of staff, material and financial resources. **Conclusions** The scales of the evaluations were found reliable. The participants expressed satisfaction with the formative process, showed commitment to the activities, and developed skills, according to the self-evaluations. Although, in general, skill acquisition was not so consistent in the management projects, the majority of the actions proposed by the hospitals were developed, counting with the support of teammates and directors. The constraint was related to the lack of structural elements.

Descriptors: Assessment in health. Continuing education. Management of professional practice. Emergencies. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces.....	34
Figura 2 – Etapas do Planejamento Estratégico Situacional Modificado	43
Figura 3 – Representação da estrutura dos módulos do processo formativo	46
Figura 4 – Esquema do Arco de Maguerez alterado por Bordenave e Pereira.....	70
Figura 5 – Modelo de avaliação integrado e somativo – MAIS	78
Figura 6 – Scree plot dos itens de avaliação do módulo Introdutório.....	107
Figura 7 – Análises Paralelas dos itens de avaliação do módulo Introdutório	107
Figura 8 – Scree plot itens avaliação de satisfação dos 10 módulos	114
Figura 9 – Análises paralelas de Horn itens avaliação de satisfação dos 10 módulos.	114
Figura 10 – Média dos escores do Fator 1- Encontro presencial por módulo	119
Figura 11 – Média dos escores do Fator 2- Facilitador de Aprendizagem por módulo	119
Figura 12 – Média dos escores do Fator 3- Período de dispersão por módulo.....	120
Figura 13 – Média dos escores do Fator 4- Ação Docente por módulo	120
Figura 14 – Scree plot da Autoavaliação.....	123
Figura 15 – Análises paralelas de Horn itens Autoavaliação	124
Figura 16 – Média dos escores do Fator 1- Envolvimento.....	128
Figura 17 – Média dos escores do Fator 2- Desenvolvimento de competências	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais diretrizes para a implementação da RUE.....	33
Quadro 2 – Caracterização dos módulos do processo formativo, São Paulo, 2016.....	47
Quadro 3 – Perfil de competências.....	53
Quadro 4 – Caracterização das instituições hospitalares participantes do processo formativo, São Paulo, 2016.....	54
Quadro 5 – Escores mínimos e máximos por categoria.....	91
Quadro 6 – Número de participantes nos encontros de grupo focal por hospital	95
Quadro 7 – Síntese do método.....	98
Quadro 8 – Distribuição dos itens por fator da avaliação de satisfação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016	109
Quadro 9 – Distribuição dos itens nos fatores da avaliação dos demais módulos	117
Quadro 10 – Distribuição dos itens da Autoavaliação por fatores	126
Quadro 11 – Problemas identificados nos projetos gerenciais dos hospitais participantes do grupo focal, por categoria.....	132
Quadro 12 – Propostas identificadas nos projetos gerenciais dos hospitais participantes do grupo focal, por categoria.....	135
Quadro 13 – Status da implementação das ações propostas no projeto gerencial da Instituição C1	142
Quadro 14 – Status da implementação das ações propostas no projeto gerencial da Instituição C4	150
Quadro 15 – Síntese dos resultados.....	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1 –	Descritivas da avaliação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016.....	105
Tabela 6.2 –	Índices de adequação análise fatorial exploratória dos itens de avaliação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016.....	108
Tabela 6.3 –	Cargas fatoriais dos itens avaliação de satisfação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016	108
Tabela 6.4 –	Matriz de correlações entre os fatores do Módulo Introdutório. São Paulo, 2016	109
Tabela 6.5 –	Análise descritiva dos escores fatoriais do Módulo Introdutório. São Paulo, 2016.....	109
Tabela 6.6 –	Descritivas da avaliação de satisfação dos demais módulos. São Paulo, 2016	111
Tabela 6.7 –	Índices de adequação análise fatorial exploratória dos itens de avaliação da satisfação dos 10 módulos. São Paulo, 2016	115
Tabela 6.8 –	Cargas fatoriais dos itens avaliação da satisfação dos 10 módulos. São Paulo, 2016.....	116
Tabela 6.9 –	Matriz de correlações entre os fatores da avaliação de satisfação dos 10 módulos. São Paulo, 2016	117
Tabela 6.10 –	Análises descritivas dos escores fatoriais por Módulo. São Paulo, 2016	118
Tabela 6.11 –	Escore fatoriais da avaliação de satisfação dos módulos por local de realização do processo formativo. São Paulo, 2016	121
Tabela 6.12 –	Descritivas dos itens de Autoavaliação. São Paulo, 2016.....	121
Tabela 6.13 –	Índices de adequação análise fatorial exploratória dos itens de autoavaliação. São Paulo, 2016	124
Tabela 6.14 –	Cargas fatoriais dos itens de autoavaliação.....	125
Tabela 6.15 –	Escore fatores 1 e 2 por região.....	126
Tabela 6.16 –	Média dos escores fatoriais de autoavaliação, por módulo.....	127
Tabela 6.17 –	Descritivas dos escores de avaliação dos projetos gerenciais.....	129

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIC	Akaike Information Criterion
AHM	Autarquia Hospitalar Municipal
BIC	Bayesian Information Criterion
CAP	Capital
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética Em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EPS	Educação Permanente em Saúde
FN	Força Nacional De Saúde
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
IPPF	Instituição Proponente do Processo Formativo
MAIS	Modelo De Avaliação Integrado e Somativo
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

POT	Psicologia Organizacional e do Trabalho
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RH	Recursos Humanos
RM1	Região Metropolitana 1
RM2	Região Metropolitana 2
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RUE	Rede de Urgências e Emergências
Samu 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGH	Sistema de Gestão Hospitalar
SHU	Serviço Hospitalar de Urgência
SPSS	Statistic Package for the Social Sciences
SRPA	Serviço de Recuperação Pós Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas
USP	Universidade de São Paulo
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
TD&E	Treinamento, Desenvolvimento & Educação
TLI	Tucker -Lewis Index

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	36
1.2.1 Núcleos de Educação em Urgência	37
1.3 PROCESSO FORMATIVO DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	40
1.3.1 Envolvidos no processo pedagógico.....	44
1.3.2 Estrutura do Processo Formativo.....	45
1.3.3 Caracterização dos Módulos.....	47
1.3.4 Perfil de competências.....	52
1.3.5 Formas de avaliação.....	53
1.3.6 Caracterização das edições do processo formativo.....	54
2 OBJETIVOS	59
2.1 OBJETIVO GERAL.....	61
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	63
3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)	65
3.1.1 Fundamentos teóricos para a Educação Permanente em Saúde	68
3.2 AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO.....	74
4 MÉTODO	81
4.1 TIPO DE ESTUDO	83
4.2 INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	83

4.3 PARTICIPANTES, MATERIAL, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	84
4.3.1 Avaliação de satisfação dos módulos, autoavaliação dos participantes e dimensionalidade das escalas (Objetivos 1 a 4)	84
4.3.2 Objetivo 5 – Avaliação conhecimento por meio dos projetos gerenciais	90
4.3.3 Objetivos 6 e 7 – Análise da implementação do projeto gerencial: percepção de impacto e suporte à transferência	92
4.4 SÍNTESE DO MÉTODO	97
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	99
6 RESULTADOS.....	103
6.1 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO MÓDULO INTRODUTÓRIO.....	105
6.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DEMAIS MÓDULOS	110
6.3 AUTOAVALIAÇÃO	121
6.4 AVALIAÇÃO DOS PROJETOS GERENCIAIS	129
6.5 RELATÓRIOS GRUPO FOCAL	137
7 DISCUSSÃO	161
8 CONCLUSÕES	183
REFERÊNCIAS	191
APÊNDICES.....	207
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO GERENCIAL	209
APÊNDICE 2 – ROTEIRO GRUPO FOCAL – 1º ENCONTRO	211
APÊNDICE 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS	213
APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	215

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	217
APÊNDICE 6 – FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS AOS ITENS DAS ESCALAS.....	219
APÊNDICE 7 – TABELAS – ESCORES DE AVALIAÇÃO DOS PROJETOS POR REGIÃO.....	223
ANEXOS	225
ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DO MÓDULO INTRODUTÓRIO	227
ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DO MÓDULO.....	229
ANEXO 3 – AUTOAVALIAÇÃO	235
ANEXO 4 – ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO GERENCIAL.....	239

Apresentação

“A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação, como protagonista, pode gerar como acontecimento, mobilizando as várias dimensões do sujeito de modo que interajam para conduzir a um saber militante, que lhe permite compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo” (FEUERWEKER, 2014).

Por que as instituições investem tempo e recursos em ações educativas e não avaliam os resultados? Por que os trabalhadores demonstram gostar das ações educativas, mas não aplicam os conhecimentos em seu cotidiano de trabalho?

A procura de respostas a essas perguntas permearam minha trajetória acadêmica e tem me impulsionado a buscar aprofundamento no tema da avaliação de processos educativos na área da saúde.

Meu interesse em avaliar processos educativos surgiu ao elaborar o trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem, quando busquei conhecer as percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca da avaliação de treinamento desenvolvida pelo Serviço de Educação Continuada de um hospital universitário na cidade de São Paulo. Os resultados dessa pesquisa mostraram que os trabalhadores compreendiam a importância de avaliar os treinamentos e acenavam para formas de avaliação que extrapolavam as avaliações de reação e aprendizagem (Santos, Mira, Sarraf, 2010). O que era mera curiosidade, a partir das experiências profissionais - como enfermeira assistencial participando dos processos formativos como aluna e, depois, como preceptora de enfermagem, atuando como instrutora - foi se transformando em inquietações que me motivaram a desenvolver o projeto de mestrado, no qual avaliei a satisfação dos participantes, sua aprendizagem e o impacto gerado pelo Curso Introdutório à Estratégia Saúde da Família (Santos et al, 2015). Foi um processo árduo, já que o referencial teórico de avaliação utilizado foi o desenvolvido pela Psicologia Organizacional, cuja metodologia era pouco conhecida por mim e, também, era novo ao grupo de pesquisa do qual faço parte. Tal escolha se deu por perceber que era necessário avançar nas metodologias de avaliação das ações educativas dirigidas aos profissionais de saúde que, na área da enfermagem, limitam-se a abordar a reação dos participantes à ação educativa e aspectos da

aprendizagem, sem abordarem os resultados e impactos provocados por essa ação.

O estudo realizado, para obtenção do título de mestre, apontou que houve aumento no conhecimento dos participantes, que se mostraram satisfeitos com o processo formativo e que utilizavam tais conhecimentos em sua prática profissional, reforçando a necessidade de evidenciar de que forma os conhecimentos adquiridos no processo formativo se traduziam em melhorias nas condições de saúde da população assistida. Esses resultados fortaleceram, ainda mais, o desejo de compreender como os conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas nas ações formativas podem deixar as salas de aula e concretizarem-se no cotidiano de trabalho, identificando as dificuldades e potencialidades desse processo.

Assim, no presente estudo, continuo minha busca por respostas àquelas perguntas que ainda hoje se mostram pertinentes.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Para uma maior compreensão das motivações que levaram ao desenvolvimento deste estudo, faz-se necessário apresentar o contexto que o envolve.

Desse modo, apresento a Rede de Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (SUS) e o Processo Formativo que será foco deste estudo.

1.1 REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Início apresentando, brevemente, o contexto político e socioeconômico que permeou a implantação do SUS. Àquela época, uma crise monetária internacional era vigente e havia a tendência de redução do papel do Estado, com políticas focalizadas em ações voltadas para os mais pobres, configurando uma conjuntura pouco favorável para a consolidação de um sistema que se pretendia universal (Menicucci, 2009).

Em 1978, na contramão da discussão sobre focalização das políticas sociais, foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata/ União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Nesta conferência, foi elaborada uma declaração que defendia a promoção da saúde para todos os povos do mundo, sendo os governos responsáveis por garantir “um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” até os anos 2000 (Declaração de Alma-Ata, 1978 apud Brasil, 2002a).

Os referenciais teóricos que sustentaram a Declaração de Alma-Ata serviram de aporte prático e conceitual para organização de serviços no Brasil (Gil, 2006).

No contexto nacional, nos anos 1980, o Brasil passava por um processo de democratização após longos anos de instabilidade política, golpes militares e governos autoritários (Paim et al, 2011). As políticas de saúde, até então, eram

marcadas pela segmentação e a prestação de serviços se assemelhava a um seguro de saúde (Menicucci, 2014).

Simultaneamente ao processo de democratização, surgiu um movimento liderado pelos trabalhadores e movimentos sociais que buscou promover uma reforma no setor da saúde (Feuerweker, 2005, Paim et al, 2011, Menicucci, 2014). O Movimento Sanitarista difundiu a ideia de saúde como direito universal, reivindicando e reconhecendo as necessidades da população, na perspectiva da determinação social do processo saúde doença, criticando o modo de divisão do trabalho em saúde (Feuerweker, 2005). Essas reivindicações foram potencializadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, e culminaram em resoluções que serviram como parâmetros para a criação do SUS (Brasil, 2003).

No ano de 1988, a Constituição Federal, em seu artigo nº 196 estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegurando, desse modo, a universalização do direito à saúde.

A instituição do SUS pretendeu romper com a segmentação e exclusão nas práticas de saúde e instituiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas (Noronha, 2013).

O SUS é um sistema de abrangência nacional no qual as esferas federais, estaduais e municipais possuem responsabilidades quanto à gestão e financiamento (Brasil, 2003). É orientado pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade; tem como funções: realizar ações de vigilância, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a continuidade dos cuidados em todos os níveis de assistência (Paim et al, 2011).

No entanto, o processo de implantação do SUS sofreu resistências políticas importantes, tais como os 25 vetos presidenciais nos conteúdos da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 que abordavam a participação popular e as formas de financiamento (Rodrigues, Santos, 2011). Além disso, foi e ainda está sendo difícil romper com os padrões comportamentais existentes antes da implantação do SUS, época marcada pela diversidade de formas de financiamento, provisão e acesso aos serviços (Menicucci, 2009).

O SUS foi implantado em um ambiente conflituoso, que se mantém até os dias atuais e se expressa na atuação de diversos grupos de interesse que, por

vezes, provocam tensões e outras vezes apoiam a política (Viana, Faria, Pacifico, 2006 citados por O'Dwyer, 2010).

Embora enfrentando dificuldades, em pouco mais de 25 anos de implantação, o SUS conquistou muitos avanços, tais como o aumento no acesso aos serviços ofertados pela Atenção Básica (AB) e de urgência, cobertura universal na assistência pré-natal e nas imunizações, investimentos na formação de profissionais e em tecnologias em saúde (Paim et al, 2011).

Dentre os desafios a serem superados pelo SUS está a articulação entre seus níveis de assistência.

A AB devido à desarticulação com os demais serviços, às limitações dos serviços de média complexidade e ao perfil inadequado dos profissionais, viu-se isolada no sistema e com pouca capacidade resolutiva (Feuerweker, 2005). Esse cenário fez com que a aposta da AB como porta de entrada para o sistema e disciplinadora das demandas, não se efetivasse plenamente, pois os serviços que eram responsáveis por introduzir os usuários no sistema não foram capazes de suprir as necessidades da população. Somado a isso, outros mecanismos de acolhimento e inclusão por meio de outras portas de entrada não foram criados ou valorizados (O'Dwyer, 2010).

Ao analisar os dados epidemiológicos referentes à mortalidade no Brasil, foi possível observar uma acelerada progressão das mortes por causas externas, principalmente, nas faixas etárias inferiores aos 40 anos e por doenças crônicas não transmissíveis, em especial infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, na população acima de quarenta anos (Brasil, 2013a). Diante de tais dados, verifica-se a necessidade de enfrentar as situações de urgência e suas causas, com ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e de saúde mental, articulando e integrando os equipamentos de saúde nos diversos níveis de atenção (Brasil, 2013a).

No início dos anos 2000, foram publicadas as portarias ministeriais nº 2048/2002, nº 1863/2003 e nº 1864/2003 que compuseram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que teve como destaque o financiamento federal, a organização regional, expansão da rede, organização de comitês gestores e criação do Núcleo de Educação em Urgências (NEU) Regional (O'Dwyer, 2010).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 4279, que estabeleceu diretrizes de organização da Rede de Atenção à Saúde, iniciou o movimento de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a consolidação do SUS, buscando promover e assegurar seus princípios e conferir transparência na alocação de recursos (Brasil, 2013a) para superar fragmentação da atenção e da gestão (Brasil, 2010).

Em continuidade a esse movimento de ampliação do acesso e melhoria na assistência à saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS implantou as Redes de Temáticas prioritárias*, dentre elas, a RUE (Brasil, 2013b) instituída pela Portaria Ministerial nº 1600 de 2011 (Brasil, 2011a).

A RUE tem como objetivo

“ampliar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional” (Brasil, 2013 p.12).

A estruturação da RUE deve se dar a partir das necessidades sociais em saúde, observando o território, os grupos e equipamentos sociais que o compõem.

O quadro 1 apresenta suas principais diretrizes de implementação.

* Redes prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Quadro 1 – Principais diretrizes para a implementação da RUE

• Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
• Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
• Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
• Classificação de risco;
• Regionalização da saúde e atuação territorial;
• Regulação do acesso aos serviços de saúde;
• Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
• Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
• Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
• Centralidade nas necessidades de saúde da população;
• Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
• Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
• Articulação interfederativa;
• Participação e controle social;
• Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
• Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Fonte: Brasil, 2013a.

A RUE é composta por Promoção e Prevenção, sala de estabilização, Força Nacional de Saúde (FN), Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu 192), Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), atenção hospitalar e atenção domiciliar, nas quais o acolhimento, qualificação profissional, informação e regulação devem ser observados (Brasil, 2013a), como mostra a figura a seguir.

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces

Fonte: Brasil, 2011 apud Brasil, 2013a.

É possível observar na figura 1, que a AB se encontra na base dos componentes, reafirmando seu papel de coordenador do cuidado, por ser a modalidade de atenção de maior capilaridade devido a seu alto grau de descentralização. Além disso, tem como função ser ordenadora da rede, reconhecendo as necessidades de saúde da população e com resolutividade de respostas (Brasil, 2013 p.14).

Embora tenha havido esforços para que a AB se configurasse como porta de entrada prioritária do sistema de saúde (Paim, et al, 2011), os serviços hospitalares de urgência (SHU) mantêm-se como a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas (O'Dwyer, Oliveira, Seta, 2009). O SHU não compete com a AB, pois não tem condições de fazer o acompanhamento, seguimento e vinculação com o usuário durante todo seu ciclo vital. Desse modo, a regulação do sistema a partir dos serviços de urgência é uma situação que deve ser provisória, sendo necessário o fortalecimento da AB para que esta assuma plenamente seu papel de ordenadora do sistema (O'Dwyer, 2010).

Os SHU são parte do componente Atenção Hospitalar que é constituído pelas portas hospitalares de urgência, enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados prolongados (Brasil, 2011).

A organização da RUE, em seu componente hospitalar, tem como objetivo qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência, que são “serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto a demandas espontâneas referenciadas de urgência” (Brasil, 2013).

Assim como na AB, os SHU têm problemas relacionados à resolubilidade e garantia da integralidade da assistência por estar isolado no sistema de saúde devido aos problemas na rede, possuir um número insuficiente de profissionais, sendo que os profissionais em atividade, muitas vezes, não têm a formação ou capacitação exigida para a atuação na área. Além disso, o repasse de verbas é insuficiente, a demanda mal qualificada, o planejamento pouco efetivo e o gerenciamento deficitário, dificultando sua capacidade resolutiva (O’ Dwyer, Oliveira, Seta, 2009).

Esse contexto faz com que os SHU desrespeitem, frequentemente, os direitos humanos relacionados à saúde, ao restringirem o acesso e oferecerem serviços fora do tempo terapêutico adequado para a necessidade do usuário, contribuindo para o aumento da mortalidade ou instalação de morbidades relacionadas à ausência ou retardo do atendimento (De Negri Filho, Barbosa, 2014). Esse desrespeito, em geral, ocorre quando os serviços se encontram em situação de superlotação.

A superlotação pode ser caracterizada pela ocupação de todos os leitos do serviço hospitalar de urgência, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera por atendimento médico superior a uma hora, alta tensão da equipe assistencial e grande tensão por novos atendimentos. Além de aumentar o risco de mortalidade, a superlotação cria ambiente para que os padrões de cuidado e, até mesmo, os aspectos éticos tornem-se maleáveis (O’Dwyer, 2010). A superlotação representa um baixo desempenho do sistema de saúde como um todo, sugerindo a baixa qualidade assistencial (HBEC citado por Bittencourt, Hortale, 2009).

Iniciativas para reverter a baixa resolubilidade às demandas, o desgaste dos profissionais, insatisfação dos usuários, são de grande importância. Essas iniciativas permeiam dois aspectos principais: o primeiro é estrutural, referente à

oferta de leitos hospitalares; e o segundo é processual, voltado à organização dos SHU.

No que se refere ao aspecto estrutural, o cenário nacional mostra que há insuficiência de leitos. Considerando o parâmetro espanhol que recomenda 4 leitos/1000 habitantes, o Brasil teria um déficit de 420 mil leitos. Para agravar ainda mais este cenário, os leitos disponíveis são mal utilizados, evidenciando a necessidade de investimentos na construção de hospitais de grande porte, com tecnologias compatíveis às necessidades da população, além da implantação de tecnologias de gestão que possibilitem a otimização dos recursos existentes (De Negri Filho, Barbosa 2014).

Em relação aos aspectos processuais, a implantação e manutenção de processos que organizem os SHU para atender às necessidades da população, garantido o direito constitucional à saúde, estão relacionadas à qualificação profissional de seus trabalhadores.

Assim o SUS enfrenta desafios em sua consolidação e necessita de mudanças estruturais e processuais para que o direito à saúde seja garantido e as necessidades sociais em saúde sejam respondidas. Para tanto é necessário que os trabalhadores do setor tenham ou desenvolvam as competências necessárias para atuar de modo que o acesso à saúde seja universal, que os usuários sejam atendidos integralmente, de modo equânime, e possam participar das tomadas de decisão, não somente sobre sua saúde, mas também sobre a condução do sistema por meio da participação popular (Faria, 2008).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A fim de formar e desenvolver os trabalhadores do setor saúde, o MS, em 2004, instituiu a PNEPS (Brasil, 2014).

Dez anos após a publicação da Portaria GM/MS nº 198/2004, uma nova portaria instituiu as diretrizes para a implementação da PNEPS no âmbito do MS (Brasil, 2014). Tal portaria reforça o conceito de que a educação permanente em saúde é uma estratégia que permite que os conhecimentos sejam ensinados e aprendidos no cotidiano dos trabalhadores para que ocorram transformações nas práticas, valorizando os diversos atores envolvidos no processo de produção de

saúde, aumentando a corresponsabilização, estabelecendo vínculos solidários, identificando as necessidades sociais em saúde, modificando os modelos de atenção e gestão. A portaria Gabinete Ministerial do MS nº 278, reforça, ainda, que as ações de educação devem contemplar as equipes multiprofissionais e que podem ser entregues em diversas modalidades, presenciais e à distância (Brasil, 2014).

Pautada na ideia central de que a educação deve subsidiar o trabalhador com conhecimentos teórico-práticos capazes de responder aos questionamentos inerentes a seu contexto de trabalho, suas experiências e vivências, a PNEPS se apoia na aprendizagem significativa e no ensino problematizador, sendo uma estratégia político-pedagógica para a consolidação do SUS (Ceccim, Ferla, 2009).

Essa concepção dialoga com as produções de autores como Paulo Freire, em relação à alfabetização de adultos, Dewey e a Escola Nova e com o construtivismo (Merhy, Feuerweker, [s/d]).

Pautada na valorização dos saberes e na contextualização dos cenários em que a aprendizagem ocorre, a PNEPS busca eliminar a distância entre a educação e o trabalho ao considerar que a educação é transformadora e tem por finalidade provocar mudanças no cotidiano do trabalho.

1.2.1 Núcleos de Educação em Urgência

O trabalho nas urgências é permeado por desafios que vão desde a diversidade dos casos e das necessidades expressas pelos usuários, até a complexidade das relações entre trabalhadores e os usuários e entre os próprios trabalhadores (Poll, Lunardi, Lunardi Filho, 2008). Quanto à diversidade dos casos, os trabalhadores respondem a todo tipo de agravo, nas diversas fases do ciclo vital, muitas vezes sem a preparação técnico-científica adequada (Ciconet, Marques, Lima, 2008).

Outro ponto importante, diz respeito à heterogeneidade dos contratos de trabalho e deterioração das relações (Dedecca, Trovão, 2013). Estudo realizado em SHUs, no estado do Rio de Janeiro, apontou que os líderes avaliaram os salários como ruim e insatisfatório (69% n=62), seguido pelo tamanho da equipe (60%, n= 54) e medicina do trabalho (57%, n=51). As autoras relacionam essa

insatisfação com o desgaste inerente ao trabalho em urgência. Em contrapartida, itens relativos ao relacionamento com a chefia e confiança, foram avaliados positivamente (O'Dweyer, Matta, Pepe, 2008).

Embora os serviços de urgências sejam uma das principais portas de acesso ao sistema de saúde, em volume e em complexidade, as urgências não recebem destaque nos currículos dos cursos de graduação (Brasil, 2002). Assim como os demais trabalhadores da saúde, os recém formados possuem deficiências na formação que advém das dificuldades dos aparelhos formadores em gerar egressos comprometidos com o SUS, que compreendam o trabalho multiprofissional e que estejam maduros para produzir cuidado (Almeida Filho, 2013).

A Associação Brasileira de Educação Médica, apontou a necessidade premente de estruturar o ensino de atenção às urgências nos cursos de graduação em medicina (Fraga, Pereira Junior e Fontes, 2014). Ademais, sua constituição como especialidade médica ou de enfermagem ainda não está consolidada, haja vista que a urgência passou a ser considerada especialidade médica somente no último semestre de 2015.

Há no mercado uma quantidade crescente de cursos de pós-graduação *latu sensu* em urgência, com uma heterogeneidade nos conteúdos, cargas horárias e competências desenvolvidas, sendo sua qualidade duvidosa e pouco alinhamento com o SUS e suas diretrizes (Brasil, 2002).

A baixa profissionalização dos trabalhadores pode comprometer a qualidade da assistência prestada, elevando os tempos terapêuticos e diminuindo a resolutividade, além de comprometer a gestão dos serviços (Brasil, 2002).

Diante da necessidade de profissionalizar os trabalhadores por meio de estruturas capazes de garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, estabelecendo currículos mínimos de capacitação para os profissionais, o MS propôs, aos gestores do SUS, a criação, organização e implantação de NEU (Brasil, 2002).

O NEU é regulamentado no Capítulo VII da Portaria 2048/2002 que aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências (Brasil, 2002).

Os NEU devem desenvolver projetos com objetivos de promover educação permanente dos profissionais, estimular a adequação curricular nas instituições

de ensino, bem como implantar laboratórios de ensino, envolvendo órgãos formadores e prestadores no âmbito da Educação Permanente em Saúde (EPS) e obter financiamento para esses laboratórios (Brasil, 2003a).

Os NEU devem organizar sua administração instituindo um conselho diretivo composto por trabalhadores dos serviços de urgência, instituições de ensino superior e técnico, bombeiros, policiais e outros prestadores de socorro à população, públicos e privados, coordenados por um gestor público do SUS, tendo o desafio de desenvolver os trabalhadores dos serviços de urgência (Brasil, 2002).

Dentre os princípios norteadores dos NEU estão:

- Organizar o sistema regional de atenção às urgências por meio da qualificação assistencial;
- Promover integralmente a saúde incidindo na redução da morbimortalidade regional a fim de preservar a autonomia dos indivíduos;
- Acreditar os serviços, por meio da educação continuada, articulada ao planejamento institucional e ao controle social;
- Transformar a realidade, utilizando como estratégia a educação continuada (Brasil, 2002).

Quanto aos objetivos estratégicos, estes versam sobre a constituição de núcleos de desenvolvimento profissional de excelência, consonantes com a política pública vigente, capazes de melhorar a qualidade de vida da população. Dentre eles, destaco o que diz respeito à organização de um corpo qualificado de instrutores e multiplicadores responsáveis por desenvolver materiais didáticos sobre o tema (Brasil, 2002). Esse objetivo estratégico demonstra a preocupação com a garantia de oferta aos profissionais de um currículo mínimo que aborde conhecimentos essenciais para a atuação profissional no setor.

Os objetivos operacionais evidenciam o cuidado em explicitar que as ações desenvolvidas deverão ser de caráter regional, multiprofissional e envolvendo todos os serviços da rede de urgências, agregando os trabalhadores. Há também a preocupação em certificar anualmente os trabalhadores e propor parâmetros de progressão na carreira, talvez como estratégia para retenção dos profissionais (Brasil, 2002).

Além das diretrizes, objetivos estratégicos e operacionais, o documento apresenta as grades de temas, conteúdos e carga horária para certificação e habilitação de profissionais atuantes na rede de urgências (Brasil, 2002). Apresenta também as competências necessárias para cada cargo nos diversos pontos da rede e as habilidades a serem desenvolvidas.

As ações educativas deverão ser avaliadas com provas teóricas e práticas, sendo, no caso da enfermagem, recomendados duas horas para a avaliação teórica e quatro horas para a prática, distribuída durante o curso (Brasil, 2002).

O documento recomenda somente a avaliação de aprendizagem, não indicando a utilização de medidas de avaliação que verifiquem o quanto a ação educativa foi capaz de modificar o cotidiano de trabalho.

No que se refere, especificamente ao componente hospitalar, a Portaria ministerial nº 2048 de 2002, em seu capítulo V, indica que toda a equipe deve ser capacitada pelos NEU para que possam executar suas tarefas (Brasil, 2002).

Diante do contexto atual dos SHU no Brasil e da recomendação do MS de promover a educação permanente dos profissionais, evidencia-se a necessidade de criar espaços educativos em que os profissionais possam dialogar e criar conexões entre o conhecimento científico - capaz de aportar soluções para problemas estruturais como a superlotação - e seu cotidiano de trabalho a fim de que se tornem atores das mudanças necessárias para que sejam gerados impactos positivos em saúde.

1.3 PROCESSO FORMATIVO DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Apresento o processo formativo, objeto de avaliação deste estudo.

As informações apresentadas acerca do processo formativo foram extraídas de documentos e registros das atividades desenvolvidas, tais como planos de ensino aprendizagem, relatórios de atividades e listas de inscritos. Tais materiais foram elaborados pela equipe responsável pela formação.

Segundo Cellard (2008), podem ser considerados documentos, os textos escritos, fotos, filmes, objetos cotidianos, entre outros testemunhos registrados.

Esse material foi analisado considerando o contexto sob o qual foi produzido, os autores e a quem se destinou, a procedência do documento e a natureza do texto, conforme recomenda Cellard (2008).

O processo formativo foi um projeto desenvolvido pela Instituição Proponente do Processo Formativo (IPPF), apoiado pelo MS no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

A IPPF é um Hospital geral, localizado na região sul da cidade de São Paulo - SP, de caráter filantrópico, que presta atendimento à demanda espontânea e referenciada. Possui 251 leitos para assistência de média e alta complexidade. Suas instalações incluem pronto-socorro, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, unidade coronariana, unidades de internação, hemoterapia, hospital dia e consultórios e serviços de apoio, como laboratório clínico, serviço de imagem e banco de sangue.

Além de serviços assistenciais, o hospital desenvolve projetos de ensino e pesquisa, bem como, projetos de inovação para o desenvolvimento do SUS, por meio do PROADI – SUS. Entre os projetos desenvolvidos está o processo formativo objeto deste estudo.

O PROADI-SUS é uma ação do MS, regulamentado pela Lei 12.101/2009 que determina que entidades de saúde podem ter isenção de contribuições para a seguridade social, por meio de projetos que contribuam para o desenvolvimento institucional do SUS, por meio de intervenções tecnológicas, gerenciais e de capacitação profissional em parceria com seis hospitais de reconhecida excelência.

O alcance dos objetivos do PROADI-SUS é obtido por meio do desenvolvimento, incorporação e transferência de tecnologias e experiências em gestão, formação profissional na área de saúde e interação com os gestores do SUS em seus diferentes níveis, gerando novos conhecimentos e práticas sempre apoiados na orientação constitucional da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS. Esta atuação em conjunto permite a superação de desafios, a

melhoria e a qualificação de áreas estratégicas da gestão e a prestação do serviço público de saúde no país*.

Este processo formativo foi originalmente idealizado por um grupo de profissionais membros de uma entidade de cooperação que desenvolvia trabalhos voltados para o fortalecimento da linha de cuidado do paciente agudo desde 2001.

Entre os anos 2012 e 2014, a proposta do processo formativo foi reformulada, sendo introduzidos, com mais clareza, os referenciais da aprendizagem significativa e da metodologia da problematização. A introdução desses referenciais conferiu maior dinamismo à estrutura do processo formativo. Além disso, os núcleos temáticos foram aprimorados buscando oferecer, aos participantes, elementos que possibilitassem a implementação de melhorias gerenciais nos serviços, promovendo o desenvolvimento de competências relacionadas às áreas Políticas Públicas e Redes de Atenção à Saúde, Gestão da Atenção na Rede de Saúde, Gestão Clínica Intra-Hospitalar e Educação em Saúde a fim de aumentar a qualidade da assistência aos usuários dos SHU no âmbito do SUS.

O tema gerador que permeou todo desenvolvimento do processo formativo foi a superlotação - fenômeno que sintetiza a insuficiência e qualidade das linhas de atenção na rede de saúde, baixa profissionalização dos gerentes – e as estratégias para seu enfrentamento.

Seu objetivo geral foi

“desenvolver a capacidade gerencial, fomentando mecanismos de incentivo a lideranças para atenção às condições de saúde agudas no ambiente intra hospitalar, no contexto de uma Rede de Atenção às Urgências de caráter regional”.

A elaboração do desenho pedagógico obedeceu aos pressupostos da PNEPS, tomando como referenciais teóricos a aprendizagem significativa, aprendizagem de adultos e o método da problematização.

* Informação disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/11-proadi-sus/9963-conheca-o-proadi-sus>

Além desses referenciais, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) modificado, proposta indicada para quem tem pouco domínio das metodologias de planejamento (Cecílio, 2002). Suas etapas estão citadas na figura 2.

Figura 2 – Etapas do Planejamento Estratégico Situacional Modificado

Fonte: própria.

Trata-se de uma tecnologia “light” que tem como fontes o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, ao defender a ideia de que é possível gerar governabilidade, e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOOP, em alemão) pela simplificação metodológica (Cecílio, 2002). O autor aborda os passos do planejamento, de modo mais aproximado da prática, descrevendo com detalhes e exemplos formas de realizar a seleção e análise de problemas, o estabelecimento do cenário desejado, as operações necessárias para alcançá-lo, a viabilidade do plano, a implementação das operações, sua avaliação e monitoramento.

1.3.1 Envolvidos no processo pedagógico

Os envolvidos no processo pedagógico foram:

- **Participantes:** profissionais, em nível gerencial, atuantes no SHU ou setores relacionados à linha de cuidado do paciente agudo como serviços de apoio diagnóstico, internação, áreas técnicas de apoio e serviços de apoio.
- **Facilitadores de aprendizagem:** gestores atuantes nas seguintes áreas da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde: planejamento, regulação de acesso, urgências, atenção hospitalar, atenção especializada, atenção primária em saúde entre outras, além de profissionais que exercem atividades relativas à educação permanente. Esses profissionais foram responsáveis por mediar as atividades, acompanhar os projetos gerenciais e avaliar os grupos hospitalares.
- **Docentes:** profissionais especialistas nos temas dos módulos, ligados à IPPF, responsáveis por desenvolver o plano de ensino aprendizagem, ministrar as aulas e acompanhar as atividades de seu módulo.
- **Apoiador transversal:** profissional ligado à IPPF, responsável pelo acompanhamento de todos os encontros presenciais, garantindo a continuidade do processo pedagógico, realizando mediação de encontros de educação permanente junto aos facilitadores de aprendizagem.
- **Coordenador local:** profissional ligado à Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, responsável pela cogestão de todo processo pedagógico.
- **Coordenador geral:** profissional ligado à IPPF, com função de realizar a gestão de todos os aspectos relacionados à elaboração, desenvolvimento, execução e avaliação do processo formativo.

1.3.2 Estrutura do Processo Formativo

O processo formativo foi estruturado em três etapas distintas e sequenciais que compuseram uma carga horária total de 180h assim distribuídas:

- Seminário de Sensibilização – 4h

Evento de abertura para apresentação do processo formativo às autoridades locais, diretores dos serviços hospitalares, participantes e facilitadores de aprendizagem.

- Módulos do processo formativo – 168h

Cada módulo, com duração de 16h, foi desenvolvido em dois dias presenciais denominados Concentração, intercalados por momentos de Dispersão, nos quais os participantes foram acompanhados por facilitadores no desenvolvimento de atividades específicas de cada módulo e elaboração do projeto gerencial. A exceção foi o módulo Introdutório com duração de oito horas.

Os módulos do processo formativo foram construídos com intuito de permitir a discussão de temas relevantes à linha de cuidado do paciente agudo.

Em cada módulo, o grupo hospitalar foi orientado a realizar um diagnóstico situacional e propor intervenções para solucionar os problemas relacionados ao módulo. A partir dessas atividades, os participantes foram orientados a construir o Projeto gerencial que teve como objetivo potencializar, nos participantes, o pensamento crítico e reflexivo e capaz de enfrentar a superlotação, transformando o cotidiano de trabalho.

A elaboração do projeto gerencial foi processual, tendo como base os produtos das atividades de dispersão e discussão com colegas, facilitadores e docentes.

Cabe dizer que o PES modificado, referencial teórico utilizado para orientar o planejamento, foi abordado ao longo dos módulos, havendo somente um momento formal para apresentação teórica das etapas do planejamento e outra para explicação da elaboração do projeto gerencial.

A construção do projeto foi orientada, no decorrer da segunda metade do processo formativo, pelos facilitadores de aprendizagem e apoiadores transversais.

Figura 3 – Representação da estrutura dos módulos do processo formativo

Fonte: própria.

As atividades dos módulos buscavam atender aos pressupostos da EPS, sendo voltadas para o debate de problemas inerentes aos trabalho, a partir das vivências dos participantes, articulando seus conhecimentos prévios à produção científica na área das urgências, com vistas a suscitar ideias e ações que possibilitassem a transformação da realidade.

- **Seminário Final – 8h**

Atividade de encerramento do processo formativo, na qual os produtos finais, de cada grupo hospitalar, foram apresentados para os participantes e aos representantes do MS e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região.

A fim de preparar os facilitadores de aprendizagem para desempenhar suas atividades no processo formativo, foi realizada a Oficina de Formação de Facilitadores pré-módulos com carga horária de 24h e 11 Encontros de educação permanente com três horas de duração cada, durante a formação. Além de participarem de todas as atividades do processo formativo, o grupo de facilitadores teve 57 horas de formação adicionais.

1.3.3 Caracterização dos Módulos

Quanto à caracterização dos módulos do processo formativo, foram levantadas informações sobre a ementa, objetivo geral, domínio de aprendizagem e formação do docente, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos módulos do processo formativo, São Paulo, 2016

EMENTA	OBJETIVO GERAL	DOMÍNIO/ FORMAÇÃO DOCENTE
MÓDULO INTRODUTÓRIO		
Referenciais teórico-metodológicos da formação em desenvolvimento gerencial em urgência no ambiente intra-hospitalar. A estrutura do curso de aperfeiçoamento.	Reconhecer a educação permanente em saúde como eixo estruturante do processo de transformação do e no trabalho.	Domínio principal Cognitivo
	Compreender os referenciais teórico-metodológicos da formação com ênfase no método da problematização, aprendizagem significativa e aprendizagem de adultos. Discutir sobre a proposta do curso de aperfeiçoamento, a partir dos referenciais teórico metodológicos.	Formação do docente responsável Doutor

EMENTA	OBJETIVO GERAL	DOMÍNIO/ FORMAÇÃO DOCENTE
Módulo 1 - Monitoramento e Controle da Superlotação dos Serviços Hospitalares de Atenção às Urgências – SHU		
<p>Superlotação: conceito, causas e propostas para superação.</p> <p>Pressupostos conceituais referentes às causas extra-hospitalares e intra-hospitalares de superlotação dos serviços de urgência – SHU e suas consequências para os pacientes, trabalhadores e para o conjunto do SUS. A superlotação dos SHU como a expressão de desequilíbrios sistêmicos em saúde tendo o hospital como epicentro e espaço onde iremos atuar. Superação da superlotação como resultado de síntese do próprio curso. Monitoramento, prevenção e superação da superlotação a partir da compreensão e produção de significados ampliados necessários à abordagem gerencial, através de tecnologias de gestão que possibilitam o seu manejo num contexto de sistema regional de saúde, de rede de atenção às urgências e de organização da atenção aos pacientes agudos e agudizados no ambiente intra-hospitalar. Técnicas associadas a evidências de melhores resultados para vencer a superlotação, com ações institucionais interligadas ao conjunto dos módulos.</p>	<p>Promover a compreensão do fenômeno da superlotação, entendendo suas causas, as formas de caracterizar sua ocorrência e identificar ações capazes de superar o problema no ambiente hospitalar.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Mestre</p>
Módulo 2 - Organização de Sistemas Regionais de Atenção às Urgências		
<p>Linhas de cuidado do paciente agudo em sistemas regionalizados de atenção.</p> <p>Aporte dos elementos que fundamentam: a estruturação das regiões de saúde, os referenciais para planejamento e organização das ações e serviços e as diretrizes para estruturação das redes de atenção regulamentadas no Sistema Único de Saúde - SUS. Modelos de atenção e a modelagem das linhas de atenção às condições agudas, tipologias de serviços necessários para conformação das linhas de cuidado ao paciente agudo em sistemas regionalizados de atenção.</p>	<p>Compreender a organização de sistemas regionais de atenção à saúde, particularmente no cuidado as condições agudas, a partir de estratégias de organização orientadas para assegurar atenção sistêmica, proporcionada pela concentração dos diversos pontos de atenção em modelo de cuidados integrados e progressivos em rede, com o monitoramento contínuo das ações e regulação sistêmico.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Especialista</p>

EMENTA	OBJETIVO GERAL	DOMÍNIO/ FORMAÇÃO DOCENTE
Módulo 3 - Recepção, Acolhimento e Classificação de necessidades/risco dos pacientes agudos ou agudizados no ambiente nos serviços hospitalares de atenção as urgências		
<p>Recepção, acolhimento e classificação de necessidade/risco. Tempos clínicos.</p> <p>Revisão dos termos urgência, emergência e gravidade. Conceituação dos eventos agudos sob o olhar das necessidades humanas e do direito universal em saúde. Recepção, acolhimento e ordenamento inicial do cuidado de acordo com o risco/necessidade e os tempos de espera clinicamente sustentáveis. Necessidades e possibilidades de reorganização dos espaços e fluxos de atendimento nos serviços de urgência hospitalares, com observância dos tempos clínicos na linha de cuidado ao agudo e especial atenção para as doenças de maior morbimortalidade.</p>	<p>Definir as necessidades agudas e debater sobre o ponto de atenção onde as mesmas podem/devem ser. Entender as necessidades organizacionais para o cuidado a diferentes grupos de doenças, a fim de proporcionar atenção integral e integrada aos pacientes.atendidas.</p> <p>Diferenciar urgência x gravidade x complexidade.</p> <p>Compreender o acolhimento sob a ótica da responsabilização pelo cuidado a todos os pacientes.</p> <p>Entender a importância da implantação de mecanismos de classificação de risco/necessidades nos serviços de urgência hospitalares e na rede de urgência em geral.</p> <p>Conhecer os diferentes modelos/protocolos de classificação de risco/necessidades.</p> <p>Identificar necessidades de organização dos espaços e equipes assistenciais, bem como dos fluxos de atendimento no serviço de urgência e nos demais sítios assistenciais do hospital, envolvidos na linha de cuidado ao paciente agudo.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Mestre</p>
Módulo 4 - Qualidade assistencial e segurança do paciente no ambiente dos serviços hospitalares de urgências		
<p>Qualidade e segurança na atenção ao paciente agudo.</p> <p>Importância da cultura de segurança e melhoria contínua da qualidade na atenção ao paciente agudo. Estratégias para implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente e gestão do risco. Aplicação dos Protocolos de Segurança do Paciente. Critérios de seleção e monitoramento de indicadores de qualidade.</p>	<p>Conhecer e aplicar os parâmetros/referenciais de qualidade e segurança na atenção ao paciente agudo, permitindo a identificação, monitoramento, avaliação e melhorias nos processos assistências e de apoio à gestão.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Especialista</p>

EMENTA	OBJETIVO GERAL	DOMÍNIO/ FORMAÇÃO DOCENTE
Módulo 5 - Organização do Serviço Hospitalar de Urgências - SHU		
<p>Organização do SHU.</p> <p>Discussão de conceitos orientadores, alinhando possibilidades e necessidades de reorganização dos processos de trabalho, ambientes, espaços assistenciais, gestão de pessoas, recursos tecnológicos e insumos nos serviços de urgência hospitalares de modo a satisfazer as necessidades de qualidade e segurança dos pacientes agudos e agudizados que buscam o serviço. Organização das entradas e de trajetos seguros em tempo e em resposta no ambiente hospitalar, tendo como meta os melhores desfechos clínicos possíveis. Aplicação combinada de conhecimentos vistos nos quatro primeiros módulos com a intenção declarada de afetar a superlotação. Exercício de análise do padrão dos SHU hoje existentes em comparação com possíveis padrões internacionais. Dimensionamento dos serviços segundo necessidades. Construção de painéis de controle usando indicadores.</p>	<p>Debater sobre os padrões desejáveis de organização geral do SHU, compondo uma crítica ao hoje existente e proposições de mudança de curto, médio e longo prazo em articulação com mudanças na instituição hospitalar e da rede de atenção às urgências, buscando a suficiência com qualidade da oferta em relação à demanda constituída e as necessidades identificadas.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Mestre</p>
Módulo 6 - Organização do acesso dos pacientes agudos aos serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico		
<p>Organização dos serviços de apoio diagnóstico e acesso à especialistas para atenção do paciente agudo.</p>	<p>Estimular e desenvolver habilidade crítica com foco na gestão do atendimento dos serviços de apoio diagnóstico e sua efetividade no processo, com possibilidade de intervenção de ações de melhoria factíveis a cada realidade.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Doutor</p>
Módulo 7 - Organização do centro cirúrgico e sala de recuperação anestésica para atenção aos pacientes agudos		
<p>Organização do CC e SRPA</p> <p>O módulo prevê a introdução de ferramentas de gerenciamento de operações de serviços, derivadas de referencial teórico das áreas de engenharia de produção e logística, aplicáveis ao Centro Cirúrgico como forma de aprimoramento do processo de provimento de assistência cirúrgica, em geral, e de assistência cirúrgica de urgência a pacientes agudos/agudizados, em particular. Serão abordadas, introdutoriamente, as Teorias das Filas, das Restrições e cálculos de indicadores de capacidade de produção de serviços, fundada em fatos e dados da realidade hospitalar.</p>	<p>Identificar as restrições ao fluxo de processos de produção de assistência cirúrgica de urgência e analisar qualitativa e quantitativamente os problemas identificados, como base para elaboração de planos de intervenção para melhoria contínua e garantia de qualidade e segurança, na busca do melhor resultado cirúrgico possível.</p>	<p>Domínio principal</p> <p>Cognitivo</p>
		<p>Formação do docente responsável</p> <p>Doutor</p>

EMENTA	OBJETIVO GERAL	DOMÍNIO/ FORMAÇÃO DOCENTE
Módulo 8 - Organização e funcionamento das unidades de internação de agudos		
Organização das unidades de internação Conceituação e parâmetros de necessidade de leitos hospitalares. Ampliação e inovação na oferta de internações a partir da leitura das demandas por cuidados agudos, eletivos e prolongados. Compreensão da importância da construção regional da Rede Hospitalar, considerando as dimensões de tempo de acesso, escopo e escala destes serviços.	Desenvolver gestão de leitos, com vistas à qualidade na prestação de serviços, melhoria de fluxos internos e organização dos processos de internação.	Domínio principal Cognitivo
		Formação do docente responsável Especialista
Módulo 9 - Organização do serviço de apoio operacional para atenção às urgências		
Organização do serviço de apoio operacional. Planos de contingência. Compreensão da organização e do papel dos serviços de apoio operacional (serviços de limpeza/desinfecção, alimentação dos pacientes, dispensação de medicamentos, farmácia clínica, segurança, administração, engenharia clínica, engenharia e obras e manutenção da unidade hospitalar) na linha de cuidados aos pacientes com agravos agudos. Caracterização dos serviços de apoio, a partir do entendimento dos processos organizacionais, como: normas, rotinas, recursos humanos, equipamentos, instalações, padrões de atendimento e controle de processos.	Compreender os processos da organização, bem como, o papel dos serviços de apoio operacional intra hospitalar para o paciente agudo, com foco na avaliação de risco dos processos e na implementação de planos de contingência.	Domínio principal Cognitivo
		Formação do docente responsável Especialista
Módulo 10 - Atenção Intra hospitalar e transferência do cuidado dos pacientes agudos		
Transferência de cuidado. Caracterização dos processos necessários para assegurar continuidade do cuidado nas diferentes unidades produtivas dos hospitais para oferecer ao paciente um atendimento de forma integrada, bem como, entre os hospitais e as unidades e serviços extra-hospitalares estruturadas nas regiões de saúde para que após a alta hospitalar o paciente tenha uma rede de suporte. Estruturas, dispositivos e ferramentas idealizados para qualificar a utilização dos recursos disponíveis no sistema. Instituição de mecanismos de responsabilização e avaliação sistemática de qualidade do cuidado. Estratégias para o empoderamento do paciente frente ao seu estado de saúde.	Planejar e implantar mecanismos eficazes para transferência de cuidados nos ambientes intra e extra hospitalares.	Domínio principal Cognitivo
		Formação do docente responsável Especialista

O domínio de aprendizagem, predominante no processo formativo, foi cognitivo, no qual são enfatizadas tarefas intelectuais que vão desde a memorização até formas criativas de combinar ideias e materiais, para solucionar problemas (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010). Cabe ressaltar que os objetivos analisados e categorizados foram os objetivos gerais dos módulos, não tendo sido incluídos os objetivos específicos e os das atividades de dispersão. Estes últimos, poderiam revelar objetivos dos domínios afetivo e psicomotor, considerando que eram atividades práticas e que exigiam habilidades relacionais.

Quanto aos docentes 45% tinha a formação de especialistas, 27% de doutores e 27% de mestres. Esse resultado expressa o caráter teórico-prático do processo formativo, mesclando profissionais com formação acadêmica *stricto sensu* com profissionais com formação mais voltada para as práticas assistenciais.

Os docentes, apoiados pela consultora pedagógica e coordenadora do processo formativo, elaboraram os planos de ensino-aprendizagem compostos por ementa, objetivos gerais e específicos, conteúdo programático, atividades problematizadoras e roteiros para atividade de dispersão. Após a execução do módulo, o apoiador institucional do primeiro local de execução do plano, fazia a validação do plano de ensino-aprendizagem apontando a necessidade de adequações. Esses apontamentos eram discutidos pela equipe do projeto e as alterações eram realizadas junto com o docente.

1.3.4 Perfil de competências

No decorrer do processo formativo era esperado que os participantes adquirissem as habilidades e desempenhos descritos no quadro 3.

Quadro 3 – Perfil de competências

Área de competência	Habilidades	Desempenhos
Políticas Públicas e Redes de Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender conceitos, diretrizes e normativas das políticas públicas na área das urgências. • Planejar e formular o trabalho a partir dos conceitos, normativas e diretrizes, por meio da articulação coletiva intra e extra serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o trabalho em equipe usando a aplicação dos conceitos emanados das políticas, transformando os conceitos em práticas de cuidado. • Instrumentalizar as equipes de seus serviços para a operacionalização das ações a partir de um trabalho coletivo e centrado em novas práticas à luz de conceitos aplicados.
Gestão da Atenção na Rede de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar o serviço a partir da leitura de necessidades dos usuários de suas regiões e/ou serviços. • Promover o trabalho coletivo a partir da consciência crítica sobre as necessidades de saúde de modo à transformação das práticas. • Estabelecer as estratégias para composição dos colegiados de gestão. • Acompanhar o trabalho implementando estratégias de avaliação para mensuração dos resultados encontrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a realidade de sua região e/ou serviços. • Identificar e motivar as lideranças nos serviços, empoderando-as para o desenvolvimento das ações. • Organizar estratégias para acompanhamento e avaliação de resultados.
Gestão Clínica Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde intrahospitalares, de forma a qualificar as práticas clínicas e, com isso assegurar ótimos padrões clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentalizar trabalhadores para as tomadas de decisão com base em normalização e homogeneização de práticas baseadas em evidências e segurança.
Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a organização dos processos de educação permanente nos serviços. • Implementar os processos de educação permanente como ação para a transformação das práticas do cuidado. • Fomentar processos de educação com foco nas necessidades do usuário e dos trabalhadores da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades tanto dos usuários quanto de trabalhadores para a definição das estratégias de educação em saúde. • Promover a produção de novas práticas como produto dos processos de educação em saúde.

Fonte: Caderno do participante do processo de formação, 2014.

1.3.5 Formas de avaliação

As avaliações abordaram o desempenho dos participantes e do próprio processo formativo, buscando identificar as fortalezas e fragilidades do processo formativo.

Para avaliação do participante, foi observada sua frequência no processo formativo (mínimo 75%), autoavaliação do participante, avaliação do grupo de participantes pelo facilitador e o projeto gerencial.

Em relação à avaliação do processo formativo, esta abordou o encontro presencial, atuação de facilitadores de aprendizagem, docentes, apoiadores, bem como, questões relacionadas à infraestrutura.

As avaliações eram realizadas ao final de cada módulo.

1.3.6 Caracterização das edições do processo formativo

Foram realizadas três edições do processo formativo, com 1976 participantes concluintes, de 26 instituições. Os hospitais portas de urgência, estaduais e municipais, de portes diversos, estavam localizados nas regiões metropolitanas de duas capitais da região nordeste denominadas Região Metropolitana 1 (RM1) (13) e Região Metropolitana 2 (RM2) (nove); e uma capital na região sudeste (CAP) (quatro), conforme quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização das instituições hospitalares participantes do processo formativo, São Paulo, 2016

Local	Hospital	Nº de participantes	Porte	Gestão	Tipologia	Nº de leitos
Região Metropolitana 1	RM1.1	13	Grande	Municipal	Hospital geral	422
	RM1.2	23	Grande	Municipal	Hospital especializado	241
	RM1.3	10	Médio	Municipal	Hospital geral	102
	RM1.4	5	Pequeno	Municipal	Hospital geral	46
	RM1.5	5	Médio	Municipal	Hospital geral	56
	RM1.6	3	Médio	Municipal	Hospital geral	95
	RM1.7	3	Médio	Municipal	Hospital geral	75
	RM1.8	3	Médio	Municipal	Hospital geral	74
	RM1.9	3	Médio	Municipal	Pronto socorro especializado	62
	RM1.10	4	Médio	Municipal	Hospital geral	121
	RM1.11	22	Grande	Municipal	Hospital especializado	283
	RM1.12	4	Pequeno	Municipal	Hospital geral	25
	RM1.13	2	Pequeno	Municipal	Hospital geral	40

Local	Hospital	Nº de participantes	Porte	Gestão	Tipologia	Nº de leitos
Região Metropolitana 2	RM2.1	5	Grande	Estadual	Hospital geral	266
	RM2.2	2	Médio	Estadual	Hospital especializado	76
	RM2.3	6	Médio	Estadual	Hospital geral	109
	RM2.4	6	Médio	Estadual	Hospital geral	126
	RM2.5	5	Médio	Estadual	Hospital geral	52
	RM2.6	4	Grande	Estadual	Hospital geral	260
	RM2.7	5	Médio	Estadual	Hospital geral	83
	RM2.8	5	Médio	Estadual	Hospital especializado	188
	RM2.9	3			Pré-hospitalar	0
Capital	C1	10	Médio	Municipal	Hospital geral	84
	C2	12	Médio	Municipal	Hospital geral	95
	C3	21	Grande	Municipal	Hospital geral	152
	C4	12	Grande	Municipal	Hospital geral	165

Os dados relativos ao número de participantes por instituição foram obtidos nos documentos do processo formativo. O tipo de administração, tipologia do hospital e número de leitos foram obtidos por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A escolha das regiões nas quais o processo formativo foi desenvolvido, se deu por meio de pactuações entre o MS e a IPPF. Já as instituições hospitalares, foram indicadas pelas Secretarias Estaduais e/ou Municipais das regiões, e validada pela IPPF.

O processo formativo realizado na RM1 iniciou com 131 participantes inscritos de 16 instituições. No decorrer da formação três hospitais de pequeno e médio porte, com poucos inscritos, tiveram dificuldades em realizar as atividades e abandonaram o processo formativo; 31 participantes deixaram de frequentar a formação por motivos institucionais e/ou pessoais.

O número de representantes das instituições foi bastante heterogêneo, variando entre dois e 23 participantes. Os participantes compuseram oito grupos, sendo quatro com os hospitais com maior número de participantes e outros quatro

com grupos mistos, compostos por participantes de dois a três hospitais. Cada grupo foi acompanhado por uma dupla de facilitadores. Os 16 facilitadores de aprendizagem eram profissionais ligados à Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde ou às instituições hospitalares. Cabe ressaltar que os facilitadores acompanharam grupos com os quais não tinham vínculos prévios estabelecidos.

Como intercorrências ocorridas no processo formativo na RM1, destacam-se os atrasos frequentes e saídas antecipadas em função de seu deslocamento dos participantes do interior para a capital e a diminuição geral da frequência dos participantes nos módulos finais.

Concluíram o processo formativo, 100 profissionais de treze instituições municipais de todos os portes, a evasão foi de 23,6%.

A RM2 iniciou com 60 participantes inscritos de dez instituições estaduais de diversos portes. Foram incluídas três instituições, a partir do primeiro módulo cujos participantes ocuparam vagas de inscritos que não iniciaram o processo formativo, bem como novas vagas. O número de inscritos estabilizou em 63 participantes. No decorrer da formação, abandonaram dois hospitais e 21 participantes não concluíram a formação.

O número de participantes por instituição variou de dois a seis. Os participantes foram agrupados em cinco grupos, compostos por duas ou três instituições. Três grupos foram acompanhados por uma facilitadora de aprendizagem e, dois grupos, com número maior de participantes foi acompanhado por uma dupla de facilitadoras, respeitando a proporção de uma para no máximo 15 participantes. As facilitadoras de aprendizagem eram profissionais ligadas à área técnica da Secretaria Estadual de Saúde.

Como intercorrências ocorridas no processo formativo na RM2, destaco a mudança frequente do local da formação e as ausências devido à problemas de saúde e problemas pessoais das facilitadoras.

Assim como na RM1, houve atrasos frequentes dos participantes e saídas antecipadas em função do deslocamento dos participantes do interior para a capital. Durante toda formação houve problemas relacionados à frequência dos participantes, isso se acentuou nos últimos módulos. Outros dificultadores foram as greves e manifestações que interferiram negativamente no deslocamento na cidade.

Também houve diminuição da frequência dos participantes nos módulos finais que ocorreram próximos ao período eleitoral estadual.

Concluíram o processo formativo, 41 profissionais de nove instituições, sendo a evasão 33,3%.

No processo formativo realizado na CAP, participaram somente quatro hospitais vinculados ao nível central, que eram bastante heterogêneos quanto ao porte e número de participantes. Foram inscritos 55 profissionais que foram divididos em quatro grupos, sendo um por hospital. A composição dos grupos variou entre dez e 21 participantes, sendo cada grupo acompanhado por uma dupla de facilitadores de aprendizagem. O grupo de facilitadores foi composto por quatro profissionais contratados pela IPPF e por quatro profissionais da área técnica do nível central.

O nível central destacou dois assessores que acompanharam todos os encontros.

Diferente dos demais locais, a CAP sofreu poucas influências externas, não havendo nenhuma intercorrência digna de nota.

Embora tenha havido desistências, os participantes foram substituídos até o segundo módulo. Assim, concluíram o processo formativo 55 participantes.

O processo formativo nesse município foi um piloto para a edição que ocorreu no ano de 2015, que contou com 165 participantes de 12 hospitais municipais e estaduais, distribuídos em duas turmas.

Diante do exposto, nas seções 1.1 (p.29-36) e 1.2 (p.36-40) é possível observar que os serviços hospitalares enfrentam dificuldades relacionadas a estrutura e organização dos processos de trabalho que os impede de dar respostas adequadas às necessidades sociais em saúde da população. Dentre esses desafios está o desenvolvimento dos trabalhadores, o que justifica a realização do processo formativo (seção 1.3) que visou desenvolver competências gerenciais nos trabalhadores para aumentar a eficiência dos serviços.

No entanto, uma ação desse tipo só é capaz de gerar impacto se os participantes adquirirem as competências esperadas e encontrarem apoio para desenvolvê-las em suas instituições. Assim, faz-se necessário avaliar seus resultados.

Nesta perspectiva, defini as seguintes perguntas de pesquisa relativas ao processo formativo:

- As escalas de avaliação utilizadas no processo formativo foram capazes de medir a satisfação e o desempenho dos participantes?
- Os participantes ficaram satisfeitos com o processo formativo e perceberam seu impacto no trabalho?
- As instituições ofereceram condições para aplicar as ações propostas nos projetos gerenciais?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar um processo formativo voltado para o desenvolvimento gerencial de profissionais atuantes na linha de atenção às urgências.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Analisar a satisfação dos participantes quanto aos módulos do processo formativo;
- 2 Analisar as autoavaliações dos participantes;
- 3 Verificar a existência de associações entre as variáveis de avaliação;
- 4 Verificar as evidências de validade psicométrica dos instrumentos de avaliação utilizados no processo formativo;
- 5 Analisar a aplicação dos conhecimentos adquiridos pelos participantes na elaboração dos projetos gerenciais;
- 6 Identificar a percepção de impacto do processo formativo na prática gerencial dos participantes;
- 7 Averiguar o suporte à transferência de aprendizagem nas instituições participantes.

3 Fundamentos teóricos

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

A educação voltada para trabalhadores passou por diversas fases condizentes com seus momentos históricos e com suas respectivas concepções sobre o trabalho e os trabalhadores.

Bastos (1991) organizou essas fases conforme segue:

- **1º Onda - Treinamento para o trabalho (1950-1970):** as ações educativas eram voltadas para o desenvolvimento de habilidades técnicas e profissionais voltadas para o desempenho no trabalho. Nessa concepção, os trabalhadores são entendidos como peças substituíveis.
- **2º Onda – Treinamento para gerência e supervisão (1960-1980):** nesse período, o objetivo das ações educativas era qualificar os trabalhadores para operar processos tecnológicos.
- **3º Onda – Desenvolvimento organizacional e tecnologia do desenvolvimento (1970-1990):** há uma valorização da educação aberta e continuada, na qual o trabalhador passa a ser visto como alguém capaz de identificar e priorizar suas necessidades educativas.
- **4º Onda – Informação, conhecimento e sabedoria (a partir de 80):** a ênfase é colocada no estímulo à criatividade dos trabalhadores e no preparo para a tomada de decisões. Aqui, existe a preocupação em desenvolver técnicas de mensuração da efetividade das ações educativas.

O termo Educação Permanente foi utilizado pela primeira vez, em 1955, na França e passou a ser difundido na década seguinte pela UNESCO (Lemos, 2016).

Na área da saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) propôs, nos anos 80, a EPS como estratégia para organização dos processos educativos voltados para os trabalhadores da saúde.

É importante dizer que essas visões sobre o papel da educação voltadas para trabalhadores não foram totalmente superadas pela onda seguinte, elas continuam a coexistir, assim como as diversas percepções sobre trabalho.

Antes de discutir a EPS e sua ação estratégica para o SUS, é necessário um breve resgate sobre processo de trabalho em saúde, tendo em vista que se trata de educação no trabalho.

Segundo Feuerweker (2014), o processo de trabalho em saúde é complexo e dependente dos sujeitos (trabalhadores e usuários), pois a produção do cuidado ocorre simultaneamente ao consumo do produto e se dá por meio do encontro entre trabalhadores e usuários. Sua complexidade se evidencia pelo alto grau de incerteza produzido pela singularidade de cada usuário e pela especificidade dos encontros entre este e os trabalhadores da saúde, considerando que “suas disponibilidades, atenção e consideração de um para outro” interferem na produção do cuidado.

A produção do cuidado é orientada não somente pelos saberes científicos, mas também, pelos saberes gerados por meio das vivências concretas que, ao serem compartilhadas, possibilitam uma compreensão ampliada dos fenômenos, bem como a comunicação com os usuários. Esses saberes diversos são dominados pelas diferentes categorias profissionais, pelos usuários e seus familiares. Desse modo, a produção do cuidado diz respeito a todos (Feuerweker, 2014).

O trabalho em saúde tem como finalidade contribuir para que as necessidades dos indivíduos e coletividades sejam atendidas. Para tanto, é necessário que os serviços de saúde se constituam em verdadeiros espaços sociais (Rovere, 1994).

Cabe lembrar que essa concepção de processo de trabalho em saúde convive com o modelo hegemônico que valoriza o saber técnico-científico focado no corpo biológico, em detrimento dos demais saberes e das tecnologias relacionais que são de domínio das diversas categorias profissionais e dos usuários dos serviços. Nesse cenário, é necessário transformar os modos de organizar a atenção à saúde, adotando formas eficientes de superar a escassez de recursos (Feuerweker, 2014).

A EPS, segundo Ceccim (2005) é

“condição para o desenvolvimento da inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isso é uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção no andar da vida individual e coletivo”.

Por meio das ações de EPS, o trabalhador, em seu processo de aprendizagem, é impulsionado a reflexões produtoras de mudanças em si próprio e em sua instituição.

As instituições de saúde são espaços sociais, nos quais estão estabelecidos processos que vão para além de questões técnicas e econômicas, abarcando também ideologias e a cultura (Rovere, 1994). Nesse espaço, há disputas de poder, alto grau de incerteza e escassa governabilidade no enfrentamento de problemas críticos, sendo necessária uma cuidadosa análise institucional, conforme destacam Merhy e Feuerweker [s/d].

Considerando que a EPS se dá nesses ambientes, ao se pensar em propostas educativas é necessário compreender quais são as concepções de trabalho e trabalhador da instituição, a natureza dos contratos de trabalho, as relações de poder e as possibilidades de participação de trabalhadores e usuários. Conhecer esses aspectos é de grande importância, pois eles implicam características das demandas por educação, nos conteúdos educacionais a serem desenvolvidos e nos espaços que a EPS poderá ocupar nos espaços de institucionais (Rovere, 1994).

Outro importante aspecto a ser considerado é o momento em que as equipes se encontram, segundo Rovere (1994), elas podem estar satisfeitas com o trabalho; passando por tensões devido a inadequações; conflitos velados ou manifestos; ou estar em busca por novas formas de trabalhar. A EPS pode apoiar em cada um desses momentos: investigando os motivos da satisfação por meio de critérios internos e externos; transformando as tensões em problemas definidos e elaborando proposta de intervenção para superá-los; explicando o conflito e buscando soluções; cooperando com o grupo na busca por conhecimento.

Há tensões nesse processo advindas das relações entre trabalhadores e gestores e das motivações para efetivar a EPS. Quando a EPS emerge dos trabalhadores, os gestores podem se constranger caso não desejem compartilhar a tomada de decisão ou não se sintam capazes de dar respostas para os problemas. Por outro lado, quando o estímulo para EPS parte dos gestores, os

trabalhadores podem se incomodar quando não têm interesse em romper com o modelo hegemônico (Merhy, Feuerweker, [s/d]). Diante disso, é de grande importância que, ao planejar as ações de EPS, sejam pensadas formas de mediação institucional para gerar condições para que o contexto permita a adoção de novas práticas (Davini, 2009), em outras palavras, é necessário que haja suporte à transferência.

Sobre o papel do trabalhador na EPS, Lemos (2016) faz uma importante discussão. A autora alerta para o risco da EPS ser capturada por uma lógica reducionista que valoriza somente a aplicabilidade dos conteúdos no cotidiano em detrimento de debates sobre os sentidos dos diversos saberes, tão importantes para a ampliação da visão dos trabalhadores e sua compreensão do trabalho. Destaca, ainda, que as concepções culturais e o corpo de conhecimento dos trabalhadores deve ser conhecido, retomando sua condição de sujeito.

O trabalhador necessita resgatar sua participação política e seu papel como agente de mudanças (Feuerweker, 2014), capaz de interferir nos micro espaços de saúde (Lemos, 2016).

Por fim, a EPS tem um papel tanto como ferramenta de análise do trabalho em saúde quanto como estratégia para provocar a problematização da realidade e proposição de maneiras de superar as dificuldades e melhorar a qualidade da assistência para os usuários (Rovere, 1994).

Nesse sentido, Lemos (2016) aponta que:

“ (...) devemos resgatar uma EPS que de fato articule a “utopia” da “saúde como direito de todos”, como possibilidade de qualidade de vida, para usuários e trabalhadores, que em tempos do fortalecimento do neoliberalismo no país se faz extremamente necessária. A luta deve se dar não apenas no cotidiano, mas nos espaços políticos, nas articulações coletivas que fortaleçam o movimento da reforma sanitária e a concretização do SUS constitucional”.

3.1.1 Fundamentos teóricos para a Educação Permanente em Saúde

Conforme apontam Ceccim e Ferla (2009), é possível identificar que a PNEPS se apoia na aprendizagem significativa e no ensino problematizador. No entanto, os referenciais teóricos que aportam esses conceitos não são declarados

nas portarias. Assim, para embasar as recomendações da PNEPS sobre a aprendizagem significativa e o ensino problematizador, abordarei as perspectivas de Ausubel – Teoria da Aprendizagem significativa - e Berbel – Metodologia da Problematização (MP).

Segundo Moreira (2011), o conceito de aprendizagem significativa, pioneiramente descrito por David Ausubel, é compatível com diversas teorias de aprendizagem como as desenvolvidas por Piaget, Vygotsky, entre outros. No entanto, o autor defende que a abordagem de Ausubel continua sendo a mais apropriada do ponto de vista instrucional, seguido das visões de Novak e Gowin.

Segundo Ausubel, a aprendizagem significativa é caracterizada pelas conexões entre os conhecimentos prévios dos aprendizes e os novos conhecimentos, permitindo que estes últimos, adquiram relevância e ressignifiquem os antigos, ou os tornem mais conscientes. O conhecimento prévio específico, ou subsunçor, é o fator mais importante para que a aprendizagem aconteça, pois é ele que permite que os novos conhecimentos adquiram significado, podendo ser resgatado ao longo da vida (Moreira, 2012). O conhecimento é dinâmico, podendo ser ampliado ou reduzido. Desse modo, um conteúdo pode perder sua clareza e amplitude ao longo do tempo, porém, se o conteúdo tiver sido aprendido de modo significativo, ele não será totalmente esquecido, podendo ser reativado sem muitas dificuldades. Por outro lado, se houver esquecimento total do conteúdo, a aprendizagem foi mecânica, ou seja, ocorreu por meio da repetição, pautado na memorização, sem a exigência de compreensão (Moreira, 2012).

Quanto ao ensino problematizador, a abordagem de Berbel (2012) sobre a metodologia da problematização (MP) que, inspirada por Magueres (1966 apud Berbel, 2012) - pioneiro na metodologia - e Bordenave e Pereira (1982 apud Berbel, 2012) - defende que os participantes são os protagonistas em todas as etapas da metodologia, cabendo ao docente conduzir o processo, fornecendo informações e tomando decisões. A partir das formulações dos pioneiros, a autora incorporou à metodologia referenciais da pedagogia libertadora de Paulo Freire e da concepção dialética (Berbel, Gamboa, 2012).

Figura 4 – Esquema do Arco de Maguerez alterado por Bordenave e Pereira

A MP, segundo Berbel (2012), inicia-se tomando um aspecto da realidade relacionada ao tema a ser estudado, observando-a criticamente a fim de extrair um problema. Em seguida, são definidos e estudados os aspectos que explicam tal problema, são elaboradas as hipóteses de solução e a aplicação de uma ou mais dessas hipóteses na realidade. Desse modo, a realidade é ponto de partida e chegada do processo educativo e, nessa relação com a prática, o indivíduo potencializa sua capacidade de ampliar a compreensão dos problemas e, conseqüentemente, vislumbrar alternativas para solucioná-los (Berbel, Gamboa, 2012).

A utilização dessa metodologia voltada ao setor saúde é bastante pertinente por se tratar de trabalhadores que tem como desafio a superação de problemas em seu ambiente de trabalho, pois segundo Ceccim (2005), o aprendizado por meio de problematizações mobiliza transformações individuais, coletivas e institucionais.

Entretanto, Davini (2009), em texto anexo à PNEPS, pondera que as teorias clássicas de aprendizagem, de modo geral, concentram-se mais em aspectos relativos ao desenvolvimento humano ou possuem uma visão voltada à educação formal. Embora esses autores tenham se preocupado com o aprendizado de adultos e buscado extrapolar as paredes das salas de aula, é sabido que há limitações nos processos de formação, em especial na educação superior, que repercutem na inserção no trabalho. Assim, a autora indica que é necessário buscar nos estudos sobre as organizações - em especial os desenvolvidos por Argyrys, Schön e Bateson e utilizados na Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT) – mais subsídios para uma melhor compreensão da aprendizagem no trabalho, bem como seus fatores dificultadores ou facilitadores, pois estes “consideram o contexto, a reflexão e a prática no processo de ensino aprendizagem, particularmente no âmbito do trabalho” (p. 47).

Segundo autores da POT, o aprendizado é um processo psicológico que ocorre em nível individual, que pode ter seus efeitos extrapolados para as equipes de trabalho e para as organizações. Essa aprendizagem pode se dar por meio de mecanismos formais como ações educativas ou informais por meio das interações entre os indivíduos (Abbad e Borges-Andrade, 2004). Para esses autores, a teoria de aprendizagem mais frequentemente utilizada é a cognitivista.

A aprendizagem organizacional é um conceito polissêmico, por ser objeto de estudo de campos teóricos diversos como gestão, cultura e psicologia. Outro ponto é que os autores que abordam o tema, podem ser oriundos da academia ou de consultorias, sendo o enfoque desses últimos mais prescritivo (Antonello, 2005). Por fim, há ainda diferenças de abordagem relativas ao nível de análise (perspectiva do indivíduo, do grupo ou da organização) (Bastos, Godim e Loiola, 2004).

Existem duas vertentes quanto às concepções do valor do conhecimento nas organizações. A primeira entende o conhecimento como um ativo, um objeto que pode ser comprado e vendido. A segunda trata o conhecimento de forma situacional e na perspectiva dos sujeitos, valoriza os processos individuais e sociais de aquisição de transferência de conhecimento, relaciona-os à inovação, comunicação, criatividade e motivação (Loiola, Basto, Nérís, 2006).

Adoto a segunda vertente, da qual procedem Argyris e Schön (1996 citados por Loiola, Nérís, Bastos, 2006), que consideram que a aprendizagem individual e

a aprendizagem organizacional são fenômenos distintos, porém, a aprendizagem organizacional é dependente da individual e advém de relações que ampliam seu potencial, não se tratando da somatória das aprendizagens individuais. A aprendizagem organizacional é um importante mecanismo para superar os desafios de provocar e sustentar as transformações nas organizações (Argyris, 1999 citado por Antonello, 2005).

Segundo Bateson (1991 citado por Davini, 2009) a aprendizagem nas organizações possui três níveis:

- Nível I: aprendizagem com o objetivo de adquirir ou eliminar um comportamento para adequar as relações entre o indivíduo e a organização. Nesse nível, não há, necessariamente, a reflexão sobre os processos;
- Nível II: nesse nível de aprendizagem, há a reflexão sobre o comportamento em determinado contexto, o indivíduo toma consciência de que é necessário repensar e/ou alterar os comportamentos;
- Nível III: aqui a aprendizagem estimula o indivíduo a compreender as características do contexto que favorecem o surgimento e permanência dos comportamentos.

Concordando com Davini (2009), que esses conceitos permitem estabelecer relações com a EPS ao lançar luz sobre a importância de pensar na organização e nos contextos em que a aprendizagem vai ocorrer, considerando que muitas das ações educativas desenvolvidas na saúde concentram-se no Nível I, favorecendo a aquisição de habilidades, não avançando para a discussão dos contextos organizacionais nos quais essas novas habilidades pretendem ser aplicadas.

Argyris (1999 citado por Antonello, 2005), complementando a perspectiva de Bateson, separa a aprendizagem organizacional em três circuitos:

- Circuito simples: centrada em modificar estratégias para alcançar objetivos. Envolve descobrir e corrigir erros, favorecendo que a organização possa fazer ajustes contínuos e adaptações.

- Circuito duplo: permite a revisão de valores, concepções, estratégias que orientam as condutas.
- Circuito triplo: contribui para melhorar o funcionamento dos dois ciclos anteriores pois envolve o “aprender a aprender”, tornando a aprendizagem como objeto de aprendizagem.

Para as organizações, os níveis II e III são importantes para provocar mudanças estruturais nas organizações. Davini (2009) lembra que a proposição de mudanças pode gerar resistências e práticas defensivas ao ameaçar pautas institucionais já estabelecidas podendo levar ao fracasso das ações de EPS.

A partir dessas reflexões sobre a prática, pode-se construir conhecimentos, analisar problemas e produzir soluções (Schön, 1994 citado por Davini, 2009).

As percepções de Bateson e Argyris acerca da aprendizagem organizacional conversam com a EPS ao discutirem a aprendizagem como forma possível para refletir sobre os contextos de trabalho e provocar mudanças na organização.

Outra contribuição da POT para a EPS diz respeito à introdução do conceito de transferência.

Antes de conceituar transferência, faço um esclarecimento. O termo transferência de aprendizagem, para os educadores, pode remeter a transferências de saberes do professor, detentor do saber, para o aluno, mero receptor do conhecimento e não protagonista do processo ensino-aprendizagem. Veremos a seguir que não se trata dessa concepção, pois essa concepção diverge dos preceitos da EPS e das perspectivas de aprendizagem organizacional adotadas nesse trabalho.

Transferência de aprendizagem, é um termo abrangente, com origem na psicologia, e se refere às mudanças apresentadas pelo indivíduo em situações distintas das que ocorreu a aquisição da competência. Já a *transferência de treinamento*, refere-se ao efeito exercido pelas ações educativas formais sobre as atitudes e desempenho dos participantes no contexto do trabalho (Abbad, Borges-Andrade, 2004).

A transferência de treinamento pode se expressar no:

- Desempenho do indivíduo no trabalho, que pode se dar em profundidade – manifestação das competências esperadas – ou em largura – manifesta

em todos os desempenhos, extrapolando as competências desenvolvidas na ação educativa. Pode ser medida por meio da observação ou de perguntas aos participantes da ação educativa, a colegas e supervisores.

- Desempenho da organização por meio de mudanças no clima da organização, na cultura, políticas, diretrizes, estruturas, processos e formas da equipe organizar seu processo de trabalho. Sua mensuração é igual à anterior, divergindo na forma de análise que deve ser voltado para as equipes ou unidades organizacionais.
- Lucros: contabilizando todos os custos com as ações educativas e os benefícios gerados a partir delas. A mensuração dos lucros raramente é realizada (Abbad, Borges-Andrade, 2004).

Embora a verificação dos lucros não seja pertinente em serviços públicos, a avaliação do custo benefício é importante por questões econômicas e éticas relacionadas à adequação do uso de recursos públicos (Santos, 2012).

O enfoque da transferência de treinamento está nas organizações e sua origem se encontra nos processos de avaliação (Abbad, Borges-Andrade, 2004).

3.2 AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO

A avaliação dos resultados e impactos de ações educativas voltadas aos profissionais de saúde é essencial ao considerar seu papel estratégico para o SUS, os investimentos para sua execução e a expectativa dos envolvidos (Mira, 2010).

O tema avaliação de ações educativas para trabalhadores da área da saúde, no entanto, ainda vem se constituindo como linha de pesquisa, sendo a oferta de publicações nessa área, tanto no Brasil quanto internacionalmente, escassas (Mira et al, 2011). As publicações sobre a temática, frequentemente, abordam a satisfação dos participantes e seu aprendizado, não avançando para avaliações que verifiquem as modificações no cotidiano de trabalho dos participantes propiciadas pelas ações educativas (Otrrenti et al 2014). Além disso, parte

significativa dos estudos não apresenta percursos metodológicos consistentes (Bluestone et al, 2013).

Por não haver uma linha de pesquisa consolidada no tema, na área da saúde, os estudos sobre avaliação de ações educativas utilizam-se de referenciais teóricos de áreas como Administração, Educação e POT.

Optei por utilizar o referencial teórico da POT.

Embora o referencial de avaliação utilizado pela educação traga elementos coerentes com o processo formativo, objeto deste estudo, essa abordagem tem como cerne o processo pedagógico. Na EPS, o cerne está nas modificações que a aprendizagem produz no cotidiano de trabalho, sendo o referencial da POT mais adequado, pois, assim como as perspectivas de aprendizagem desse referencial auxiliam na compreensão das relações entre o trabalho e o processo de ensino aprendizagem, sua abordagem de avaliação avança no sentido de verificar a transferência do aprendido no processo formativo para o cotidiano do trabalho, aproximando a educação e o trabalho.

Embora as escalas de avaliação adotados no processo formativo não tenham sido construídas tendo como referencial o Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS), este pode ser utilizado para apoiar a análise dos resultados.

Nesse referencial teórico, os autores se referem aos processos formativos como treinamento, que é definido por Borges-Andrade (2002) como os esforços da organização para proporcionar aprendizagens capazes de superar as deficiências no desempenho dos funcionários e também em promover o desenvolvimento da excelência humana e profissional dos participantes.

Cabe dizer aqui, que o termo treinamento está sendo utilizado numa perspectiva mais ampla, de ação educativa que, para além de aquisição de habilidades, considera os saberes prévios e o contexto.

Antes de abordar o MAIS, cabe comentar os modelos tradicionais propostos por Kirkpatrick (1976) e Hamblin (1978) citados por Borges-Andrade e Pitati (2006), que avaliam cinco níveis:

- Reação: levanta atitudes e opiniões do participante sobre os diversos aspectos do treinamento, incluindo sua satisfação;
- Aprendizagem: verifica a ocorrência de diferença entre o conhecimento prévio do participante e o conhecimento após o treinamento;

- Comportamento no cargo: considera o desempenho do indivíduo antes e depois do treinamento ou se houve transferência do treinamento para o cotidiano de trabalho;
- Organização: avalia o funcionamento da organização, bem como se ocorreram mudanças em consequência do treinamento;
- Valor final: enfoca a produção, o serviço prestado ou o alcance dos objetivos globais da organização, comparando os custos com o treinamento com os benefícios obtidos com sua realização.

Esses modelos enfocam somente os resultados de treinamento, não abordando variáveis relativas ao contexto e ao processo (Balarin, Zerbini, Martins, 2014).

O MAIS foi desenvolvido pelo psicólogo Jairo Borges-Andrade no ano de 1982, para o contexto educacional e reapresentado em 2006, para o contexto das organizações. Nesse modelo, a avaliação é um subsistema inter-relacionado a dois outros subsistemas, avaliação de necessidades de treinamento e planejamento e execução, que compõem o sistema treinamento (Borges-Andrade, 2006).

O subsistema avaliação tem como objetivo entender como se dão os treinamentos e seus resultados, bem como, gerar subsídios para incrementar e refinar os efeitos positivos para os envolvidos aperfeiçoando o sistema. Nesse sentido, o MAIS buscou introduzir variáveis que possibilitassem prever resultados e efeitos (Borges-Andrade, Abbad, Mourão, 2012).

Trata-se de um modelo de avaliação genérico, pois descreve um conjunto de variáveis relacionadas ao treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E), contribuindo para compreensão dos fenômenos relacionados a ele. Foi concebido como um modelo de avaliação somativo, para ser realizado ao final do processo formativo. No entanto, também pode contribuir nas avaliações formativas na medida em que permite a análise de variáveis durante o processo de formação (Borges-Andrade, Abbad, Mourão, 2012).

A avaliação formativa tem como características ser contínua, dinâmica e potencializadora do aprendizado (Borges et al, 2014).

Segundo Borges-Andrade (2006), o MAIS é composto por cinco componentes: insumos, procedimentos, processos, resultados e ambiente, sendo esse último dividido em quatro subcomponentes:

- Insumos: relacionados a fatores individuais, sociais, comportamentais e cognitivos anteriores à participação nas ações educativas que podem afetar os resultados e efeitos em longo prazo. Ex: idade, formação, cargo, crenças individuais sobre treinamentos, motivações para aprender, entre outros;
- Procedimentos: tratam-se das ações necessárias para facilitar ou produzir resultados. As variáveis relacionadas aos procedimentos permitem a descrição detalhada do sistema instrucional e verificar associação entre os resultados. Ex: sequência lógica dos objetivos, adequação das aulas, materiais, estratégias de ensino-aprendizagem;
- Processos: refere-se à aspectos significativos do comportamento do participante na medida em que os procedimentos são implementados. Ex: registro de atrasos, absenteísmo, relações interpessoais estabelecidas entre os participantes e educadores;
- Resultados: é um dos principais focos de interesse da avaliação por descrever o que é produzido nos programas de TD&E. As variáveis se referem ao desempenho final imediato das ações educativas. Ex: aquisição de competências.
- Ambiente: refere-se ao contexto, pois aborda todas as condições, atividades e eventos que interferem no TD&E. Esse componente determina e modifica tais processos e é afetado por eles. Seus subcomponentes são:
 - Necessidades: são as lacunas entre os desempenhos esperados e os realizados e a definição de prioridades para diminuí-las;
 - Apoio: conjunto de variáveis no lar, nas organizações ou comunidade que influenciam os demais componentes do modelo. Conhecer essas variáveis possibilita melhorar ou sustentar os resultados de curto e longo

prazo Ex: instalações, formação dos instrutores, receptividade dos colegas às sugestões dos participantes, incentivo dos superiores para a aprendizagem e aplicação do aprendido;

- Disseminação: diz respeito à natureza da divulgação das informações acerca do processo formativo, tem a capacidade de influenciar os demais componentes. Ex: fontes, canais de disseminação, conteúdos disseminados, entre outros;
- Resultados em longo prazo: são as consequências ambientais do programa. Mede os efeitos esperados e inesperados, que podem ser desejáveis ou indesejáveis. Ex: após o treinamento: melhoria na execução de tarefas, novas formas de realização do trabalho, criação de novas áreas, entre outros.

Figura 5 – Modelo de avaliação integrado e somativo – MAIS

Fonte: Borges-Andrade (2006)

Os componentes insumos, procedimentos, processos e resultados dizem respeito à essência do TD&E, sendo representados no centro; e o componente ambiente diz respeito ao contexto, representado na figura 5, no entorno. Os componentes e subcomponentes que fazem vizinhança possuem maior probabilidade de estabelecerem relações de dependência, principalmente da direita para esquerda (Borges-Andrade, 2006).

4Método

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pela complexidade do objeto de estudo, e abrangência dos objetivos, optei pelo estudo de caso que permitiu uma abordagem quantitativa - na avaliação da satisfação dos participantes, bem como sua autoavaliação, e na dimensionalidade das escalas de avaliação – e qualitativa, na avaliação da transferência de aprendizagem e percepção de impacto. As diversas perspectivas, contribuíram para uma a compreensão ampliada do problema.

O estudo de caso se constituiu como uma investigação empírica que avaliou um fenômeno complexo e contemporâneo, em um contexto em que os limites entre o cotidiano e o fenômeno não estão claramente definidos. É recomendado quando as questões de pesquisa visam esclarecer como e porque um fenômeno contemporâneo - no qual o pesquisador não pode manipular o comportamento dos participantes – ocorre. É uma estratégia de pesquisa abrangente, baseada em diversas fontes de evidências, cujos dados necessitam convergir em formato de triângulo, gerando um novo resultado (Yin, 2005).

Assim, se trata de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa.

4.2 INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Para os objetivos específicos de 1 a 5, que tratam da análise de satisfação dos módulos, autoavaliação e avaliação do conhecimento expresso nos projetos gerenciais, participaram as 26 instituições, ou seja, todas as instituições que participaram do processo formativo, descritas no item 1.3 O Processo Formativo.

Para os objetivos 6 e 7, relativos à percepção de impacto e suporte à transferência, optei por realizar um recorte, analisando somente o processo formativo desenvolvido na capital da região Sudeste. As similaridades quanto à tipologia, porte e tipo de gestão, número de participantes por grupo conferiram uma homogeneidade ao processo formativo da CAP, diferenciando-o dos desenvolvidos na região nordeste, que foram bastante heterogêneos quanto aos aspectos supracitados.

Essa homogeneidade permitiu que, no estudo de caso, dois dos hospitais fossem escolhidos para serem investigados em maior profundidade.

Inicialmente a escolha dos hospitais participantes desta etapa se daria utilizando como critério o escore gerado a partir da análise do projeto gerencial, sendo convidados a participar aqueles com os escores máximo e mínimo, o que possibilitaria conhecer os limites dentro dos quais as variáveis poderiam oscilar (Ventura, 2007). No entanto, a instituição que obteve o maior escore não aceitou participar da pesquisa. Assim, a escolha de uma das instituições se deu por conveniência.

4.3 PARTICIPANTES, MATERIAL, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para melhor compreensão acerca dos procedimentos de coleta e análise dos dados, serão apresentados por objetivos.

4.3.1 Avaliação de satisfação dos módulos, autoavaliação dos participantes e dimensionalidade das escalas (Objetivos 1 a 4)

Material

Para as avaliações dos módulos do processo formativo foram utilizadas as informações armazenadas no banco de dados, de propriedade da IPPF, composto por 146 avaliações do módulo Introdutório, 972 avaliações dos módulos e 895 autoavaliações dos participantes.

Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de avaliação foram elaborados pela equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto pedagógico do processo formativo. Sua construção considerou as seguintes competências: políticas públicas e redes de atenção à saúde, gestão da atenção na rede de saúde, gestão clínica intra-hospitalar e educação em saúde.

Os instrumentos constituem-se em escalas psicométricas, que segundo Pasquali (2013) são utilizadas para medir variáveis ou comportamentos observáveis regidos por parâmetros tais quais a capacidade de discriminação dos itens - ou seja, da representação comportamental do processo psicológico – validade e confiabilidade do instrumento.

O instrumento de **Avaliação da satisfação do módulo Introdutório** (Anexo 1) foi composta por 14 itens:

- Encontro presencial (cinco itens): alcance de objetivos, adequação do conteúdo, metodologia, bibliografia, tempo para realização de plenária e pequenos grupos, carga horária e satisfação com o encontro;
- Facilitador de aprendizagem (cinco itens): interação com o grupo, competência, estímulo à participação, orientação, disponibilidade e satisfação com o facilitador;
- Docente (quatro itens): competência, orientação, disponibilidade e satisfação com docente.

Cabe destacar que o Módulo Introdutório teve uma carga horária menor que os outros 10 módulos e possui uma estrutura mais simples, com menos atividades presenciais e ausência de atividade de dispersão.

Considerando essa distinção entre o Módulo Introdutório e os demais módulos do processo formativo, a equipe coordenadora do projeto elaborou um instrumento de avaliação dos módulos, inserindo nove itens. Assim, a escala do instrumento de **Avaliação da Satisfação dos 10 módulos** (Anexo 2) foi composta de 25 itens, assim agrupados:

- Encontro presencial (oito itens): alcance de objetivos, adequação do conteúdo, metodologia, bibliografia, tempo para realização de plenária e pequenos grupos, carga horária e satisfação com encontro;
- Período de dispersão (seis itens): alcance do objetivo, aplicabilidade, adequação e tempo para atividade, interação com o grupo e satisfação com a atividade;

- Facilitador de aprendizagem (sete itens): interação com o grupo, competência, estímulo à participação, orientação, disponibilidade, assiduidade, pontualidade e satisfação com o facilitador;
- Docente (quatro itens): competência, orientação, disponibilidade e satisfação com docente.

Nos módulos 1,4, 7 e 10 foram acrescentados itens referentes à:

- Infraestrutura (três itens): local do encontro presencial e da dispersão, materiais e equipamentos;
- Apoiador transversal (dois itens): disponibilidade e integração com os participantes.

Deste modo, os instrumentos referentes aos módulos citados possuíam 30 itens.

Os itens foram respondidos utilizando uma escala intervalar de sete pontos, em que 1 significa “discordo totalmente” e 6 “concordo totalmente”. O sétimo ponto da escala que se referia à opção “não sei responder”, no caso de o participante julgasse não ter elementos para responder. Além disso, havia espaço destinados aos comentários dos participantes.

A **Autoavaliação do participante** (Anexo 3) foi composta por 15 itens:

- Envolvimento do participante no processo formativo (cinco itens): participação, relação com colegas, realização das tarefas e leitura e competência;
- Competências desenvolvidas (dez itens): conhecimento teórico, prático, relação entre teoria e prática, compreensão crítica dos problemas, coleta, análise e interpretação de dados, elaboração e implementação de intervenções e educação permanente, integração, trabalho em equipe e ética.

Os itens foram respondidos utilizando uma escala intervalar de oito pontos, em que 1 significa “discordo totalmente” e 6 “concordo totalmente”. O sétimo ponto na escala se referiu à opção “não sei responder” e o oitavo ponto “não se

aplica”. À semelhança da escala de Avaliação do módulo, havia espaço destinado aos comentários.

As avaliações foram aplicadas ao final de cada um dos dez módulos do processo formativo, no ano de 2014.

Na RM1 as avaliações ocorreram, presencialmente, dos módulos 1 a 4. Sendo as avaliações dos módulos 5 a 10 realizadas por meio de formulário eletrônico do Google Drive®, cujo *link* era encaminhado via endereço eletrônico.

Nos demais locais (RM2 e CAP), foi feita a opção de utilizar somente o formulário eletrônico. No entanto, na RM2 o número de respondentes estava muito abaixo do esperado, como alternativa para garantir a avaliação pelo maior número de participantes, as avaliações passaram a ser realizadas presencialmente.

Considerando que 5 dos 30 itens relativos à infraestrutura e coordenação do processo formativo não foram avaliados em todos os módulos; para verificação da dimensionalidade da escala de avaliação de satisfação dos módulos, esses itens foram excluídos. Esta exclusão aumentou o número de respostas completas válidas de 424 para 841 participantes. Assim, a análise fatorial foi realizada considerando os 25 itens restantes, a fim de se obter os escores fatoriais de todos os módulos do processo formativo

Não houve um instrumento para avaliar o processo formativo como um todo, essa avaliação foi subsidiada pela composição das avaliações.

Análise dos dados

Para as avaliações de satisfação dos módulos, incluindo o Introdutório, e autoavaliações foram realizadas análises descritivas das variáveis, para caracterizar a amostra, e dos itens da escala para explorar suas características de distribuição.

Os critérios de adequabilidade do banco de dados para realizar a análise fatorial foram atendidos respeitando a razão entre o número de respondentes e a quantidade de variáveis, sendo esta superior a dez. Embora para Damásio (2012), esta razão não seja consenso na literatura.

Para conhecer as evidências de validade psicométrica dos instrumentos de avaliação de satisfação dos módulos e autoavaliações foi investigada estrutura dimensional desses instrumentos por meio de análises fatoriais exploratórias. A

análise fatorial, é uma técnica estatística que pressupõe que uma série de variáveis observadas ou medidas, chamadas de variáveis observáveis pode ser explicada por um número menor de variáveis hipotéticas, não observáveis, chamadas fatores (Pasquali, 2013).

Nesta análise, a matriz de correlação dos dados provenientes dos diferentes instrumentos de avaliação foi submetida ao método de estimação *maximum likelihood with robust standard erros*, utilizando rotação oblíqua GEOMIN, a fim de se obter resultados representativos da população geral, modelar casos omissos (*missing values*) e dados com violação da multinormalidade.

Para a escolha do número de fatores a serem retidos da escala de avaliação dos módulos foram utilizadas a inspeção visual do *scree plot* (Cattell, 1966) e as análises paralelas de Horn (Horn, 1965). Considerando que a inspeção visual tende a sugerir poucos fatores e as análises paralelas sugerem fatores demais (Primi, et al, 2016), foram utilizados índices de ajustes provenientes do software *Mplus* para a decisão final de escolha do modelo.

Os índices de ajuste (valores de referência) considerados para a adequação dos modelos foram: o *Comparative Fit Index* ($CFI \geq 0,90$); *Tucker-Lewis index* ($TLI \geq 0,90$); *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) e *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA), todos com valores ideais próximos ou inferiores a 0,08. Outros índices como *Akaike Information Criterion* (AIC) e *Bayesian Information Criterion* (BIC) foram utilizados na comparação entre diferentes hipóteses de modelos teóricos, sendo que valores menores indicando melhor adequação. A fidedignidade de cada fator foi estimada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, sendo considerados adequados os valores maiores que 0,6 (Hair, et al, 2010).

O critério sugerido por Costello e Osborne (2005) foi utilizado para seleção de itens. Assim, os itens com cargas fatoriais cruzadas - que apresentam cargas fatoriais em mais de um fator - com valores abaixo de 0,5 em dois ou mais fatores, foram mantidos considerando que é esperado que a variância de um item seja determinada por mais de um fator num contexto natural.

Após a delimitação do número de fatores, foram estimados escores fatoriais para cada participante. Os escores fatoriais são variáveis compostas que fornecem informações sobre a colocação de um indivíduo no fator (Distefano, Zhu, Mîndrilă, 2009).

Foram utilizados métodos refinados de estimação de escores fatoriais. Neste procedimento, os escores resultam numa combinação linear entre as variáveis observadas - itens das avaliações- com os fatores extraídos, levando em consideração erro de medida (variação dos itens que não é atribuída aos fatores). A utilização desses métodos nesta categoria visa maximizar a validade por meio da produção de pontuações dos fatores que são altamente correlacionados com o fator, a fim de obter estimativas não enviesadas do escore fatorial verdadeiro (Distefano, Zhu, Mîndrilă, 2009). Para isso, o método de estimação via regressão foi utilizado, levando em conta, não apenas a correlação entre os fatores e as variáveis observadas pela carga fatorial de itens, mas também, a correlação entre as variáveis observadas com a correlação entre os fatores oblíquos.

Cabe ressaltar que, por ser um método refinado de estimação, os escores via regressão levam em consideração todas as respostas do sujeito, assim, os casos com valores faltantes são omitidos (Estabrook, Neale, 2013). Considerando que os três itens relativos à infraestrutura e dois itens sobre a atuação do apoiador transversal foram coletados somente nos módulos 1,4,7 e 10, foi evidenciada uma perda de mais de 50% dos casos, o que impediria a obtenção de resultados da análise fatorial para todos os módulos. Assim, esses itens foram excluídos da análise fatorial. Cabe destacar que o instrumento não foi desenvolvido para fins de pesquisa, mas assim como ferramenta de acompanhamento do processo formativo.

A avaliação da dimensionalidade da escala de autoavaliação, também foi realizada por meio de análise fatorial exploratória da matriz de correlações dos itens.

Para realização das análises foram utilizados os softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - 19), *Mplus* (Muthén, Muthén, 2010) e o *Software R* (R Core Team, 2015), além das funções implementadas pelos pacotes *psych* (Revelle, 2015).

4.3.2 Objetivo 5 – Avaliação conhecimento por meio dos projetos gerenciais

Material

Nesta etapa, o material de análise foi composto por 26 projetos gerenciais, que são planos de intervenção elaborados pelo grupo de participantes de cada instituição, como produto de síntese do processo formativo.

Instrumento e procedimento de coleta de dados

As recomendações para elaboração do projeto gerencial foram definidas pela equipe responsável pelo desenvolvimento pedagógico do processo formativo, com participação da pesquisadora. As orientações, verbal e textual, acerca dos elementos essenciais do projeto, foram discutidas com os participantes no Módulo 4-Qualidade e Segurança e reforçada ao longo do processo formativo (ANEXO 4).

A partir dessas orientações, foi elaborado o instrumento de avaliação dos projetos gerenciais. Com base neste instrumento, sistematizei uma escala com 31 itens composta por (Apêndice 1):

- Apresentação do projeto - sete itens referentes aos elementos pré-textuais e dois de apresentação geral: capa, listas de abreviaturas, ilustrações, tabelas, sumário, formatação e clareza textual;
- Apresentação do hospital- dez itens referentes à apresentação do hospital: história, missão, organograma, estrutura assistencial, produção anual, área de abrangência, cobertura populacional, tipologia, tipo de leito e caracterização da clientela;
- Análise situacional- cinco itens relativos à análise situacional: apresentação dos relatórios, definição dos problemas, justificativas, fundamentação teórica e lista de potências e fragilidades;
- Planejamento Estratégico Situacional Modificado- nove itens acerca da estruturação: descrição dos problemas; descritores, nós-críticos,

operações, atores, posição dos atores, responsável pelas operações e prazos.

Os itens foram respondidos utilizando uma escala de quatro pontos: 1 significa “não se aplica”; 2 “não atendeu ao critério”; 3 “atendeu parcialmente ao critério” e 4 “atendeu plenamente ao critério”.

Foram calculados os escores por categoria e os escores totais de cada projeto gerencial. Considerando o grau de importância das categorias, foram atribuídos pesos.

Os escores das categorias variaram conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Escores mínimos e máximos por categoria

Categoria	Peso	Escore mínimo	Escore máximo
Apresentação do projeto	1	7	28
Apresentação do hospital	2	20	80
Análise situacional	3	15	60
PES	4	36	144
Escore total	-	78	312

Análise dos dados

Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva e dados de dispersão. Como foi observado que os dados não obedeciam a um padrão de normalidade, a análise entre as variáveis foi efetuada utilizando-se o teste de associação não paramétrico de Kruskal-Wallis, admitindo-se o nível de significância de $p < 0,05$.

4.3.3 Objetivos 6 e 7 – Análise da implementação do projeto gerencial: percepção de impacto e suporte à transferência

Participantes

Participaram desta etapa, 16 lideranças formais, de diversas categorias profissionais, que possuíam influência e poder decisório nos setores assistenciais de dois hospitais gerais (C1 e C4), de caráter público, de médio e grande porte, com porta de urgência, de administração municipal que compuseram o grupo de instituições do processo formativo realizado na CAP da região Sudeste.

Material

Compuseram os materiais desta etapa os projetos gerenciais das duas instituições do processo formativo da CAP selecionadas.

Procedimento de Coleta de dados

A-Levantamento de problemas e propostas

A fim de conhecer os contextos dos hospitais convidados para participar dos grupos focais, seus projetos gerenciais foram analisados, novamente, a fim de extrair os problemas frutos dos diagnósticos situacionais e propostas de intervenção para enfrentamento dos mesmos.

Após a leitura realizada para Avaliação do Projeto Gerencial segundo os critérios apresentados no método, foi realizada uma segunda leitura para levantar os problemas e propostas.

Nessa leitura, foram extraídos tanto os problemas e propostas explicitamente declarados na redação do projeto quanto aqueles identificados por mim. Por vezes, foi difícil identificar quais as ações já existiam na instituição e quais foram mobilizadas pelas atividades e reflexões estimuladas no processo formativo. Além disso, a distinção entre o que era preconizado pela literatura e o que seria adotado no hospital, também não esteve clara em todo o texto. Isso pode ter gerado um viés no levantamento desses dados, considerando que problemas ou propostas podem não ter sido apreendidos.

Conforme já mencionado na apresentação dos resultados da avaliação dos projetos gerenciais, a forma de apresentar os problemas e propostas foi distinta ao longo do texto e entre os projetos.

Os problemas e propostas foram listados, agrupados por semelhança e categorizados conforme segue:

- **Gerenciamento de Recursos Humanos (RH)**

Aspectos relacionados às ferramentas de gestão em recursos humanos tais como: dimensionamento de pessoas, recrutamento e seleção, avaliação de desempenho, saúde do trabalhador e educação permanente.

- **Gerenciamento de Recursos Físicos**

Diz respeito a aspectos relativos ao ambiente interno e externo do Estabelecimento de Assistência à Saúde. Tais estabelecimentos devem ter uma estrutura adequada às atividades que realizam e um projeto arquitetônico condizente com sua proposta assistencial. O gerenciamento de recursos físicos cuida das dimensões e instalações (elétricas, iluminação, ventilação, temperatura, umidade), rotas de fuga, plano de combate ao incêndio, extintores, placas e sinalizações. Além de se preocupar com a ambiência e acessibilidade (Castilho, Baptista, 2016).

- **Gerenciamento de Recursos Materiais**

O gerenciamento de recursos materiais visa assegurar a qualidade e quantidade de materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades, buscando garantir a assistência contínua e de qualidade, a um menor custo. Compreende a programação, compra, recepção, distribuição e controle de materiais (Castilho, Gonçalves, 2005).

- **Gerenciamento de Custos**

O gerenciamento de custos visa manter o equilíbrio entre despesas, custos e receitas, garantindo a sobrevivência da organização (Castilho, Lima, Fugulin, 2016).

- **Gerenciamento do Cuidado**

O gerenciamento do cuidado tem como enfoque central garantir um resultado assistencial adequado, proveniente da trajetória do paciente e da atenção prestada a ele nos serviços de saúde (Rossi, Silva, 2005).

O gerenciamento do cuidado tem três esferas (Cecílio, 2009):

- o Profissional

Diz respeito às interações dos profissionais com os pacientes.

- o Organizacional

Está relacionada à responsabilidade gerencial, uso de informações, estabelecimento de fluxos, normalização de processos de trabalho e compartilhamento de responsabilidades.

- o Sistêmico

Abrange as questões relacionadas à organização da rede, estabelecimento de fluxos entre os serviços, processos de referência e contrareferência, centrais de vagas e os graus de incorporação tecnológica.

Cabe dizer que as categorias são interdependentes e complementares.

B-Grupo Focal

Foram convidados para compor o grupo focal, todos os profissionais que participaram do processo formativo e outras lideranças que atuam na linha de cuidados às urgências dos hospitais C1 e C4, conforme quadro a seguir:

Quadro 6 – Número de participantes nos encontros de grupo focal por hospital

Hospital	Nº de participantes Encontro 1		Nº de participantes Encontro 2	
	Curso 2014	Externo	Curso 2014	Externo
C1	6	0	7	1
C4	6	1	6	2

Foi respeitada a recomendação de Minayo (2008), que indica que os grupos devem ser compostos por seis a 12 participantes.

Coleta de dados

Para análise da percepção de impacto e apoio à transferência foi utilizada a técnica de grupo focal, a fim de compreender o processo de implementação das ações planejadas no projeto gerencial.

A técnica de grupo focal pode ser definida como uma discussão em grupo, conduzida por um pesquisador que deve estar atento ao grupo e favorecer a circulação da fala entre os membros para promover a interação dos participantes e analisá-las. É recomendado que os grupos sejam compostos por participantes que tenham elementos em comum, mas que também possuam diferenças, a fim de que se possa obter distintas perspectivas sobre os assuntos discutidos no grupo (Barbour, 2009).

O grupo focal é indicado para obter informações e permite aprofundar a interação entre os participantes (Minayo, 2008). No contexto do processo formativo, em que os participantes desenvolveram a maior parte das atividades em grupos de trabalho, a técnica mostrou-se pertinente.

Foram realizados dois encontros em cada instituição, no local de trabalho dos participantes, em datas e horários pactuados com a direção do hospital e convidados, conforme sua conveniência. O primeiro encontro teve duração de aproximadamente duas horas, para discussão sobre a elaboração do projeto gerencial, na perspectiva dos participantes, orientado pelo Roteiro 1 (Apêndice 2).

1º encontro

Objetivo: Discutir a elaboração do projeto gerencial na perspectiva dos participantes.

Agenda:

Apresentação da agenda dos encontros;
Avaliação do curso e do processo de elaboração do projeto gerencial: potencialidade e fragilidades.

Passo-a-passo

Apresentação do projeto
Assinatura do TCLE
Apresentação dos participantes
Avaliação da elaboração do projeto gerencial
*Como foi elaborar o projeto?
*Consideram que as orientações do apoiador, docentes e facilitadores foram suficientes?
*Quais as principais dificuldades e facilidades na elaboração?
*Quais os sentimentos?
*Sugestões

Após o intervalo mínimo de um mês, foi realizado o segundo encontro que teve duração de três horas.

Esse encontro pretendeu discutir a implantação das propostas de intervenção apontadas no projeto gerencial, buscando captar elementos sobre o suporte à transferência.

2º encontro

Objetivo: Identificar as ações executadas, bem como, as fragilidades e potencialidades no processo de implementação.

Agenda:

Implementação do projeto gerencial: levantamento das ações, fragilidades de potencialidades no processo de implementação das ações.
Avaliação do grupo focal.

Passo-a-passo

Como foi o processo de implementação das propostas?
Facilidades
Dificuldades
Novas propostas
Avaliação do grupo.

Para apoiar os participantes na discussão, foi elaborada uma matriz com as ações propostas, implementação, facilidade e dificuldades e novas propostas. Nessa matriz, sempre que possível, foram destacadas as operações e as ações semelhantes agrupadas.

Os encontros foram coordenados pela pesquisadora, cujo papel foi mediar a discussão do grupo. Além disso, houve a presença de um observador, que fez o registro escrito dos encontros, que foram gravados e posteriormente transcritos.

Após cada encontro do grupo focal, foi elaborado um relatório síntese que foi encaminhado, via correio eletrônico, aos participantes para que fizessem suas contribuições e manifestassem sua concordância. A partir desses relatórios, foram analisadas as tendências e padrões das percepções dos participantes, sendo estes compreendidos segundo os referenciais teóricos deste estudo.

Cabe dizer que foi pactuado com os participantes de que modo os problemas ou sugestões que extrapolaram a possibilidade de resolução no momento do grupo seriam encaminhados.

O segundo encontro do hospital C4 estava agendado para o final de setembro, no entanto, por impossibilidade da pesquisadora foi necessário reagendá-lo. Assim o intervalo entre o primeiro e segundo encontros foi de mais de dois meses, acima do planejado.

4.4 SÍNTESE DO MÉTODO

Para evidenciar as relações entre os objetivos e método, apresento o quadro 7 com os objetivos, instrumentos de coleta de dados, procedimentos de coleta e análise de dados, bem como o termo que será utilizado.

Quadro 7 – Síntese do método.

Objetivo	Coleta de dados	Análise	Termo
Avaliar a satisfação dos participantes quanto aos módulos do curso	Banco de dados: avaliação do módulo	Estatística descritiva, inferencial e análise fatorial.	Termo de autorização para uso de banco de dados
Avaliar as autoavaliações dos participantes	Banco de dados: autoavaliação	Estatística descritiva, inferencial e análise fatorial.	Termo de autorização para uso de banco de dados
Verificar a existência de associações entre as variáveis de avaliação	Banco de dados	Estatística inferencial.	Termo de autorização para uso de banco de dados
Verificar as evidências de propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados no curso	Banco de dados: avaliação do módulo, do participante pelo facilitador e de autoavaliação	Teste de confiabilidade.	Termo de autorização para uso de banco de dados
Analisar a aplicação dos conhecimentos adquiridos pelos participantes no processo formativo, por meio da avaliação dos projetos gerenciais	Instrumento de avaliação do projeto gerencial	Estatística descritiva.	Termo de autorização para uso de banco de dados
Identificar a percepção de impacto do curso na prática gerencial dos participantes	Grupo focal	Narrativa	TCLE
Averiguar o suporte à transferência de aprendizagem nas instituições participantes	Grupo focal	Narrativa	TCLE

5 Aspectos éticos

5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) – Instituição proponente, sob CAAE: 49356415.2.0000.5392. Além disso, aprovado pelos CEP das instituições coparticipantes, sob CAAE: 49356415.2.3001.0060 e 49356415.2.3002.0086.

No desenvolvimento do projeto, foram observadas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

À IPPF, após a explicação dos objetivos da pesquisa, foi entregue para assinatura o Termo Compromisso de utilização de banco de dados (Apêndice 3).

Às instituições da etapa de grupo focal foi solicitada a autorização para realização do estudo por meio do Termo de Autorização do Estudo (Apêndice 4). Aos participantes do grupo focal, foi entregue para assinatura, após os devidos esclarecimentos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice 5), em duas vias.

6 Resultados

6 RESULTADOS

6.1 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO MÓDULO INTRODUTÓRIO

A distribuição das respostas da avaliação de satisfação do módulo Introdutório está apresentada na tabela 6.1.

Tabela 6.1 – Descritivas da avaliação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016

Item	Mediana	Média	SE. Média	Var	Desvio- Padrão	Assimetria	Curtose
*IE1- Os objetivos educacionais deste módulo foram atendidos de maneira coerente com os objetivos do Curso.	6	5.38	0.07	0.74	0.86	-1.59	2.65
*IE2- O conteúdo abordado (referenciais pedagógicos da formação) contribui para o entendimento da dinâmica de trabalho que será desenvolvida durante o curso.	6	5.46	0.07	0.71	0.84	-1.91	4.25
*IE3- O tempo para a realização das atividades foi adequadamente dimensionado.	6	5.34	0.09	1.08	1.04	-1.92	3.94
*IE4- A carga horária total do Módulo foi adequada.	6	5.34	0.08	0.97	0.98	-2.07	5.19
*IE5- Fiquei satisfeito com o desenvolvimento do módulo.	6	5.46	0.07	0.77	0.88	-2.26	6.48
*IF1- Demonstrou competências pedagógicas para fazer a mediação do pequeno grupo.	6	5.47	0.07	0.71	0.84	-1.86	3.66
*IF2- Orientou adequadamente as tarefas a serem realizadas.	6	5.48	0.07	0.68	0.82	-1.79	3.09
*IF3- Mostrou-se disponível para esclarecer dúvidas.	6	5.57	0.06	0.53	0.73	-2.03	4.87
*IF4- Estimulou a participação dos alunos nas atividades desenvolvidas.	6	5.59	0.06	0.5	0.71	-2.39	8.01

(continua)

(continuação)

Item	Mediana	Média	SE. Média	Var	Desvio-Padrão	Assimetria	Curtose
*IF5- Fiquei satisfeito com o desempenho global do facilitador de aprendizagem	6	5.5	0.07	0.59	0.77	-1.78	3.58
*ID1- Desenvolveu a aula dialogada com competência (conhecimento específico e abordagem didática), favorecendo o aprofundamento do conteúdo abordado.	6	5.59	0.06	0.56	0.75	-2.27	6.43
*ID2- Orientou adequadamente as atividades a serem desenvolvidas.	6	5.6	0.06	0.51	0.71	-2.41	7.84
*ID3- Mostrou-se disponível para atender demandas dos alunos.	6	5.6	0.06	0.48	0.69	-2.48	8.82
*ID4- Fiquei satisfeito com o desempenho global do docente/palestrante.	6	5.63	0.06	0.5	0.71	-2.56	8.53

(conclusão)

* $p < 0,001$ para o teste de normalidade Shapiro-Wilk

As médias de respostas aos itens da avaliação do módulo Introdutório variaram entre 5,34 e 5,63, apontando que os respondentes ficaram satisfeitos. Os valores de variância e desvio-padrão mantiveram-se próximos à média.

Os dados obtidos nos testes de assimetria e de curtose mostraram que os participantes tenderam a endossar respostas altas aos itens, 75% das respostas acima de 3,0, expressando a tendência à assimetria negativa, em que a distribuição dos valores se concentra à direita.

O conjunto de itens do módulo Introdutório obteve um Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,92 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, $\chi^2 (91) = 2423,35$, $p < 0.001$, permitindo confirmar a adequação da análise fatorial para o tratamento dos dados, conforme figura abaixo.

Figura 6 – *Scree plot* dos itens de avaliação do módulo Introdutório **Figura 7** – Análises Paralelas dos itens de avaliação do módulo Introdutório

A inspeção do *scree plot* sugeriu a retenção de um ou dois fatores (figura 6), já as análises paralelas de Horn sugeriram três fatores (figura 7). Assim de um a três fatores foram extraídos nas análises fatoriais. Os índices de ajuste são apresentados na tabela 6.2.

Tabela 6.2 – Índices de adequação análise fatorial exploratória dos itens de avaliação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016

Modelo	χ^2	N par	AIC	BIC	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
1 Fator	612.47	42	2973.62	3098.64	0.76	0.72	0.21	0.09
2 Fatores	275.69	55	2662.84	2826.56	0.90	0.86	0.15	0.05
3 Fatores	145.58	67	2556.73	2756.17	0.96	0.93	0.11	0.02

Nota. χ^2 = Chi-quadrado do modelo. N par = número de parâmetros livres, AIC= *Akaike Information Criterion*, BIC= *Baesian Information Criterion*, CFI = *Comparative Fit Index*, TLI = *Tucker-Lewis index*, RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*, SRMR = *Standardized Root Mean Residual*

Considerando os índices de ajuste, o modelo com três fatores apresentou melhor adequação aos dados, explicando 78% da variância comum dos itens.

As cargas fatoriais e os índices de consistência interna são apresentados na tabela 6.3.

Tabela 6.3 – Cargas fatoriais dos itens avaliação de satisfação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Variância Residual
IE1	0.566*	0.235*	0.163	0.24
IE2	0.652*	0.003	0.276*	0.21
IE3	0.634*	0.187	-0.048	0.49
IE4	0.898*	-0.12	0.009	0.29
IE5	0.808*	-0.003	0.138	0.15
IF1	0.136	0.940*	-0.106	0.11
IF2	0.005	0.898*	0.053	0.12
IF3	-0.071	0.762*	0.24	0.18
IF4	0.007	0.636*	0.241	0.30
IF5	0.177	0.770*	0.02	0.19
ID1	0.041	0.029	0.888*	0.11
ID2	-0.025	-0.012	0.967*	0.12
ID3	0.121	0.061	0.756*	0.19
ID4	0.011	-0.079	1.004*	0.08

Nota. *Carga fatorial significativa em nível $p < 0,05$.

Assim, os fatores obtiveram a seguinte composição:

Quadro 8 – Distribuição dos itens por fator da avaliação de satisfação do módulo Introdutório. São Paulo, 2016

Fator	Itens	Alfa de Cronbach
Fator 1- Encontro Presencial	IE1 – IE5	0,92
Fator 2- Facilitador de aprendizagem	IF1- IF5	0,96
Fator 3 – Ação Docente	ID1- ID4	0,96

As correlações entre os fatores estão apresentadas na tabela 6.4.

Tabela 6.4 – Matriz de correlações entre os fatores do Módulo Introdutório. São Paulo, 2016

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	1		
Fator 2	0.577*	1	
Fator 3	0.799*	0.738*	1

Considerando que as correlações variam de -1 até 1 e que 0 é o valor em que não há nenhuma correlação entre variáveis, é possível observar que há correlações positivas fortes entre F1 e F3, e F2 e F3, enquanto a correlação entre F1 e F2 é mais fraca em relação às demais.

Na tabela 6.5, são apresentadas as médias dos escores fatoriais do Módulo Introdutório.

Tabela 6.5 – Análise descritiva dos escores fatoriais do Módulo Introdutório. São Paulo, 2016

Local	N	Fator 1		Fator 2		Fator 3	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
RM1	72	.2487	.6631	.0965	.8110	.1970	.6833
RM2	27	-.6813	1.2612	-.5469	1.4152	-.7160	1.4990
CAP	31	-.0418	.8104	.1483	.7996	.0511	.7921
Total	130	-.0137	.9205	-.0248	.9934	-.0274	.9923

As análises de comparação geral das médias dos escores do Fator 1 – Encontro presencial foram significativas, Kruskal-Wallis $H(2) = 15,51$, $p < 0,001$, sugerindo diferenças entre os locais.

Comparações entre pares mostraram diferenças significativas entre RM1 e RM2 (32,53), enquanto RM1 e CAP (14,06), e CAP e RM2 (18,47) não obtiveram diferenças significativas.

Para o Fator 2- Facilitador de aprendizagem não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes localidades, Kruskal-Wallis $H(2) = 5,90$, $p > 0,05$.

As análises de comparação das médias dos escores do Fator 3- Docente foram significativas, Kruskal-Wallis $H(2) = 11,15$, $p < 0,01$, constatando diferenças entre os diferentes locais. Comparações focadas sugeriram diferenças significativas entre RM1 e RM2 (27,98), enquanto RM1 e CAP (8,41), e CAP e RM2 (19,57) não obtiveram diferenças significativas.

Em todos os casos, a diferença crítica ($\alpha = 0,05$ corrigido para o número de testes) considerada foi acima de 20,35.

As análises sugerem que os participantes da RM1 se mostraram mais satisfeitos com o Módulo Introdutório quando comparados a RM2.

6.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DEMAIS MÓDULOS

Das 973 avaliações coletadas na Avaliação dos Módulos, 65% foram provenientes da RM1, 19,4% da RM2 e 15,5% da CAP.

A distribuição das respostas aos itens de avaliação dos módulos está descrita na tabela 6.6.

As frequências de respostas podem ser consultadas no apêndice 6.

Tabela 6.6 – Descritivas da avaliação de satisfação dos demais módulos. São Paulo, 2016

Item	Mediana	Média	SE. Média	Var	Desvio- Padrão	Assimetria	Curtose
*E1- Os objetivos educacionais deste módulo foram atendidos de maneira coerente com os objetivos do Curso.	6	5.38	0.03	0.67	0.82	-1.63	3.89
*E2- O conteúdo abordado estava adequado ao desenvolvimento gerencial da atenção às condições de saúde agudas no ambiente intra-hospitalar no contexto da Rede de Atenção às Urgências de caráter regional.	6	5.39	0.02	0.58	0.76	-1.36	2.74
*E3- A metodologia de ensino aprendizagem (Método da problematização) contribuiu para a articulação teoria e prática.	6	5.35	0.03	0.67	0.82	-1.35	1.91
*E4- A bibliografia despertou interesse pelo conteúdo e temas relevantes correlatos.	5	5.24	0.03	0.77	0.88	-1.12	1.08
*E5- O tempo para a realização das atividades em Plenária foi adequadamente dimensionado.	5	5.08	0.03	1	1	-1.26	1.84
*E6- O tempo para a realização das atividades em Pequeno Grupo foi adequadamente dimensionado.	5	5.15	0.03	0.9	0.95	-1.24	1.73
*E7- A carga horária total do Módulo foi adequada.	5	5.13	00.03	00.98	00.99	-1.42	2.54
*E8- Fiquei satisfeito com o desenvolvimento dos encontros presenciais módulo.	6	5.33	0.03	0.7	0.84	-1.57	3.56
*PD1- Os objetivos educacionais das atividades foram atendidos de maneira coerente com os objetivos do Curso.	5	5.22	0.03	0.78	0.88	-1.27	2.21
*PD2- As atividades propostas favoreceram a aplicabilidade dos referenciais teóricos à sua prática profissional.	5	5.21	0.03	0.78	0.88	-1.08	0.88
*PD3- As atividades foram adequadamente apresentadas e organizadas favorecendo a produção dos resultados desejados.	5	5.1	0.03	0.91	0.95	-1.14	1.34
*PD4- O tempo dimensionado para as atividades foi compatível com suas atividades de trabalho.	5	4.77	0.04	1.48	1.22	-1.03	0.68

(continua)

(continuação)

Item	Mediana	Média	SE. Média	Var	Desvio-Padrão	Assimetria	Curtose
*PD5- A comunicação entre os colegas de grupo e o (s) facilitador (es) da aprendizagem ocorreu de maneira efetiva favorecendo a realização das atividades previstas.	6	5.26	0.03	0.88	0.94	-1.38	1.71
*PD6- Fiquei satisfeito com o desenvolvimento das atividades de dispersão.	5	5.07	0.03	1.04	1.02	-1.1	1.02
*F1- Interagiu com o pequeno grupo de maneira cordial.	6	5.64	0.02	0.38	0.62	-1.95	5.29
*F2- Demonstrou competências pedagógicas para fazer a mediação do pequeno grupo e acompanhar a realização das atividades.	6	5.53	0.02	0.46	0.68	-1.51	2.89
*F3- Estimulou a participação dos alunos nas atividades presenciais e de dispersão.	6	5.56	0.02	0.47	0.69	-1.79	4.21
*F4- Orientou adequadamente tarefas a serem realizadas no encontro presencial e no período de dispersão.	6	5.51	0.02	0.51	0.72	-1.53	2.8
*F5- Mostrou-se disponível para esclarecer dúvidas.	6	5.64	0.02	0.39	0.62	-1.97	5.19
*F6- Foi assíduo e pontual no cumprimento da agenda de trabalho proposta e a pactuada no pequeno grupo.	6	5.6	0.02	0.44	0.66	-1.94	4.96
*F7- Fiquei satisfeito com o desempenho global do facilitador de aprendizagem.	6	5.58	0.02	0.42	0.65	-1.58	2.67
*D1- Desenvolveu a aula dialogada com competência (conhecimento específico e abordagem didática), favorecendo o aprofundamento do conteúdo abordado.	6	5.52	0.03	0.59	0.77	-1.95	4.97
*D2- Orientou adequadamente as atividades de dispersão.	6	5.45	0.03	0.61	0.78	-1.64	3.5
*D3- Acompanhou as atividades dos encontros presenciais, mostrando-se disponível para atender as necessidades do aluno.	6	5.47	0.03	0.63	0.79	-1.73	3.46
*D4- Fiquei satisfeito com o desempenho global do docente.	6	5.48	0.03	0.66	0.81	-2.01	5.19

(continua)

(continuação)

Item	Mediana	Média	SE. Média	Var	Desvio- Padrão	Assimetria	Curtose
*I1-As atividades presenciais foram realizadas em local adequado.	5	5.17	0.05	1.09	1.04	-1.41	1.96
*I2- Os materiais e equipamentos necessários estavam adequados para o desenvolvimento das atividades programadas.	5	5.19	0.04	0.92	0.96	-1.32	1.66
*I3- Existe disponibilidade de espaço físico e recursos de informática no local de trabalho para as atividades de dispersão.	5	5	0.05	1.49	1.22	-1.47	1.94
*C1- Foram atuantes, colocando-se disponíveis para apresentar respostas adequadas para as demandas dos alunos.	6	5.53	0.03	0.51	0.72	-1.57	2.55
*C2- Buscaram favorecer a integração entre alunos, facilitador (es) de aprendizagem e demais participantes deste Módulo.	6	5.55	0.03	0.47	0.68	-1.54	2.41

(conclusão)

* $p < 0,001$ para o teste de normalidade Shapiro-Wilk

As médias de respostas aos itens da avaliação dos módulos variaram entre 4,77 e 5,64. Essas médias demonstram satisfação dos respondentes aos critérios avaliados. Os valores de variância e desvio-padrão se mantiveram próximos à média.

Os dados obtidos nos testes de assimetria e de curtose apontaram que os participantes tenderam a endossar respostas altas aos itens, expressando a tendência à assimetria negativa, 75% das respostas se concentraram acima de 3. O teste KMO foi de 0,96 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, $\chi^2(300) = 21085,50$, $p < .001$, permitindo confirmar a adequação da análise fatorial para o tratamento dos dados, figuras 8 e 9.

Figura 8 – Scree plot itens avaliação de satisfação dos 10 módulos **Figura 9** – Análises paralelas de Horn itens avaliação de satisfação dos 10 módulos.

A inspeção do *scree plot* (figura 8) sugeriu a retenção de dois ou três fatores, já as análises paralelas de Horn (figura 9) sugeriram cinco fatores. Assim, de dois a cinco fatores foram extraídos nas análises fatoriais.

Para definir o número de fatores foram estabelecidos os índices de adequação fatorial exploratória aos itens de avaliação dos módulos (Tabela 6.7).

Tabela 6.7 – Índices de adequação análise fatorial exploratória dos itens de avaliação da satisfação dos 10 módulos. São Paulo, 2016

Modelo	χ^2	N par	AIC	BIC	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
2 Fatores	4082.10	99	41304	41787	0.81	0.77	0.12	0.06
3 Fatores	1919.80	122	39187	39782	0.91	0.89	0.09	0.03
4 Fatores	1224,44	174	38536	39238	0.95	0.93	0.07	0.02
5 Fatores	720.01	165	38074	38878	0.97	0.96	0.05	0.01

Nota. χ^2 = Chi-quadrado do modelo. N par = número de parâmetros livres, CFI = *Comparative Fit Index*, AIC= *Akaike Information Criterion*, BIC= *Baesian Information Criterion*, TLI = *Tucker-Lewis index*, RMSEA = *Root Mean Square Error of Aproximation*, SRMR = *Standardized Root Mean Residual*

Os modelos fatoriais com quatro fatores ou mais apresentaram bons índices de ajuste (tabela 6.7). O modelo de quatro fatores foi escolhido uma vez que explica 76% da variância comum dos itens de avaliação dos módulos. O quarto e quinto autovalores obtidos foram menores do que um, sinalizando a possibilidade de utilização de três ou quatro fatores para explicação das correlações dos itens. Como o modelo de quatro fatores apresentou melhores ajustes do que o de três, todas as análises subsequentes consideraram quatro fatores na avaliação de satisfação dos módulos.

Na tabela 6.8, é possível verificar a distribuição dos itens da avaliação dos módulos nos fatores.

Tabela 6.8 – Cargas fatoriais dos itens avaliação da satisfação dos 10 módulos. São Paulo, 2016

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Variância Residual
E1	0.360*	0.022	0.07	0.410*	0.45
E2	0.442*	0.032	-0.036	0.373*	0.49
E3	0.250*	-0.036	0.172*	0.508*	0.39
E4	0.304*	-0.031	0.153*	0.379*	0.51
E5	0.769*	0.031	0.028	0.012	0.34
E6	0.812*	0.053*	-0.016	0.016	0.30
E7	0.766*	0.024	0.053	-0.01	0.34
E8	0.387*	-0.001	0.143*	0.393*	0.37
PD1	0.105*	0.043	0.595*	0.206*	0.32
PD2	0.08	0.04	0.604*	0.168*	0.38
PD3	0.043	-0.002	0.759*	0.125*	0.26
PD4	0.115*	-0.089*	0.727*	-0.057*	0.45
PD5	-0.027	0.236*	0.604*	0.01	0.46
PD6	-0.104*	0.055*	0.894*	-0.017	0.29
F1	0.073*	0.819*	-0.049	0.033	0.28
F2	0.034	0.778*	0.057*	0.077*	0.24
F3	-0.051*	0.876*	0.087*	-0.038	0.23
F4	0	0.825*	0.126*	-0.019	0.22
F5	0.049	0.872*	-0.049*	-0.011	0.25
F6	0.102*	0.783*	-0.066*	-0.01	0.37
F7	-0.065*	0.835*	0.035	0.099*	0.23
D1	-0.028	0.009	-0.070*	0.951*	0.18
D2	0.019	0.040*	0.04	0.819*	0.24
D3	0.034	0.090*	0.001	0.782*	0.27
D4	-0.050*	0	-0.017	0.966*	0.13

Nota. *Carga fatorial significativa a nível $p < 0,05$

Ao analisar o Alpha de Cronbach por fator, foram obtidos os resultados mostrados no quadro abaixo:

Quadro 9 – Distribuição dos itens nos fatores da avaliação dos demais módulos

Fatores	Itens	Cronbach
Fator 1- Encontro presencial	E2, E5, E6, E7	0,91
Fator 2- Facilitador de Aprendizagem	F1, F2, F3, F4, F5, F6,F7	0,95
Fator 3- Período de dispersão	PD1, PD2, PD3, PD4, PD5, PD6.	0,90
Fator 4- Ação docente	E1, E3, E4, E8, D1, D2, D3, D4	0,93

Nota: A consistência interna expressa pelo Alpha de Cronbach das escalas foi 0,96 para todos dos itens.

O modelo fatorial com quatro fatores apontou que nenhum item obteve cargas cruzadas significativas (acima de 0,5 em mais de dois fatores).

No entanto, os itens E1, E2, E4 e E8 que no modelo teórico pertenciam ao Fator 1 – Encontro presencial, após a análise fatorial foram realocados no Fator 4- Ação docente por apresentarem cargas fatoriais mais elevadas nesse fator.

Tabela 6.9 – Matriz de correlações entre os fatores da avaliação de satisfação dos 10 módulos. São Paulo, 2016

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Fator 1	1			
Fator 2	0.461*	1		
Fator 3	0.691*	0.482*	1	
Fator 4	0.559*	0.532*	0.509*	1

Os fatores obtiveram correlações consideradas fracas, com valores inferiores a 0,5 (F1 e F2, F2 e F3) e moderadas, com valores entre 0,5 e 0,7 (F1 e F3, F1 e F4, F2 e F4, F3 e F4).

Na tabela 6.10 estão apresentadas as análises descritivas dos escores fatoriais por módulo.

Tabela 6.10 – Análises descritivas dos escores fatoriais por Módulo. São Paulo, 2016

Módulo	N	^a Fator 1		Fator 2		^b Fator 3		^c Fator 4	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
1 – Superlotação	124	.004	.895	.108	.842	.032	.896	.218	.735
2 – S. regionais	94	-.075	.947	.104	1.016	.059	.867	.025	.886
3 – ACCR	100	.196	.913	.194	.862	.233	.863	.302	.696
4 – Qualidade	70	.119	.966	.198	.775	.090	.996	.200	.762
5 – SHU	105	-.214	1.023	-.149	1.033	-.454	1.131	-.078	.954
6 – SADT	100	-.175	1.090	-.284	1.214	-.135	1.039	-.715	1.498
7 – CC	72	.026	1.046	.126	1.075	.138	1.019	.211	.878
8 – Internação	71	.099	1.036	-.029	1.018	.070	1.032	.058	.928
9 – Apoio	54	.123	1.163	-.167	1.232	.117	1.167	.017	.996
10 – Transferência	51	-.199	1.394	-.306	1.592	-.178	1.284	-.395	1.589
Total	841	-.016	1.031	-.006	1.060	-.012	1.028	-.007	1.046

Obs. a = teste Kruskal-Wallis significativo, $H(9) = 17,43$, $p = 0,04$; b = teste Kruskal-Wallis significativo, $H(9) = 28,40$, $p < 0,0001$; c = teste Kruskal-Wallis significativo, $H(9) = 35,93$, $p < 0,0001$.

Considerando os dez módulos, foram encontradas diferenças significativas nos Fatores 1- *Encontro presencial*, 3- *Período de dispersão* e 4- *Ação Docente*. Essas diferenças se devem, principalmente, aos módulos 5, 6 e 10 que apresentaram as menores médias fatoriais.

As figuras (10,11,12 e13), a seguir, representam graficamente as médias fatoriais no decorrer dos módulos.

Figura 10 – Média dos escores do Fator 1- Encontro presencial por módulo **Figura 11 – Média dos escores do Fator 2- Facilitador de Aprendizagem por módulo**

Figura 12 – Média dos escores do *Fator 3- Período de dispersão* por módulo **Figura 13** – Média dos escores do *Fator 4- Ação Docente* por módulo

Nas figuras 10 a 13 observa-se que as médias fatoriais oscilaram entre os módulos, sendo os módulos 5, 6 e 10, os que obtiveram as médias fatoriais mais baixas.

Ao analisar os escores fatoriais da avaliação dos módulos por local de realização do processo formativo obtiveram-se os resultados descritos na tabela 6.11.

Tabela 6.11 – Escores fatoriais da avaliação de satisfação dos módulos por local de realização do processo formativo. São Paulo, 2016

Local	n	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
RM1	576	-.042	1.062	.019	1.041	-.022	1.043	-.014	1.080
RM2	160	.017	1.022	-.145	1.198	-.074	1.107	-.078	1.057
CAP	105	.082	.861	.065	.919	.139	.785	.140	.809
Total	841	-.016	1.031	-.006	1.060	-.012	1.028	-.007	1.046

Não houve diferenças significativas entre as médias dos escores dos fatores por região, $H(2) = 0,64$, $p = 0,72$, $H(2) = 0,25$, $p = 0,88$, $H(2) = 0,74$, $p = 0,69$, $H(2) = 0,20$, $p = 0,90$, respectivamente, logo, os participantes se apresentaram de modo semelhante quanto à satisfação dos módulos.

6.3 AUTOAVALIAÇÃO

Dos 896 casos coletados na autoavaliação, 66% foram provenientes dos estados de RM1; 17,8% da RM2 e 16,07% da CAP. A tabela 6.12 apresenta os dados descritivos e de dispersão da autoavaliação.

Tabela 6.12 – Descritivas dos itens de Autoavaliação. São Paulo, 2016

Itens	Mediana	Média	Erro padrão média	Variância	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
*A1- Participei ativamente do desenvolvimento deste módulo.	5	5.22	0.03	0.89	0.94	-1.27	1.75
*A2- Mantive relação cordial com os colegas e facilitador (es) de aprendizagem	6	5.7	0.02	0.37	0.6	-2.6	10
*A3- Realizei as tarefas propostas.	6	5.25	0.03	0.89	0.95	-1.32	1.67
*A4-Realizei a leitura da bibliografia básica.	5	4.58	0.04	1.38	1.17	-0.71	0.13

(continua)

(continuação)

Itens	Mediana	Média	Erro padrão média	Variância	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
*A5- Desenvolvi competência (s) e habilidade (s) relacionadas ao desenvolvimento gerencial que não possuía antes da participação neste Módulo.	5	5.1	0.03	0.83	0.91	-1.02	1.39
*C1- Conhecimentos teóricos para área de desenvolvimento gerencial intrahospitalar.	5	5.2	0.03	0.69	0.83	-1.11	1.63
*C2- Conhecimentos práticos para área de desenvolvimento gerencial intrahospitalar.	5	5.17	0.03	0.71	0.84	-0.97	1.27
*C3-. Estabelecimento de relações entre os referenciais teóricos e as práticas gerenciais.	5	5.08	0.03	0.76	0.87	-0.8	0.47
*C4- Compreensão e reflexão crítica de problemas relacionados ao fluxo do paciente agudo no contexto da rede de atenção às urgências e emergências.	6	5.4	0.02	0.53	0.73	-1.06	0.6
*C5- Coleta, análise e interpretação de dados e informações.	5	5.14	0.03	0.82	0.91	-1.25	2.38
*C6- Elaboração, aplicação e avaliação de técnicas e estratégias de intervenção no ambiente intrahospitalar.	5	5.07	0.03	0.73	0.86	-0.84	0.88
*C7- Promoção da integração dos diferentes serviços intrahospitalar de forma a qualificar as práticas clínicas garantindo ótimos padrões clínicos	5	5.09	0.03	0.75	0.86	-0.78	0.33
*C8- Implementação de processos de educação permanente como ação transformadora das práticas do cuidado.	5	5.11	0.03	0.87	0.93	-1.08	1.17
*C9- Trabalho em equipe multi e interdisciplinar da perspectiva das necessidades de saúde de modo à transformação das práticas	6	5.33	0.03	0.66	0.81	-1.13	0.93
*C10 - Compromisso ético com a prática em saúde.	6	5.64	0.02	0.41	0.64	-2.29	8.19

(conclusão)

* $p < 0,001$ para o teste de normalidade Shapiro-Wilk

As médias variaram entre 4,5 e 5,7 apontando que os participantes avaliaram positivamente seu envolvimento na formação e o desenvolvimento de competências.

Conforme tabela 6.12, as médias dos itens estão muito próximas ou acima de “5”, expressando que os participantes autoavaliaram-se positivamente. Além disso, todos os itens possuem assimetria negativa, em que os participantes tenderam a endossar respostas altas no instrumento de avaliação, violando o pressuposto da multinormalidade.

Para análise fatorial, a inspeção do *scree plot* ou teste de Cattell (Cattell, 1966) sugeriu a retenção de um fator (figura 14), ou seja, somente um ponto apareceu antes do ponto de inflexão, enquanto análises paralelas de Horn (1965) (figura 15) indicaram o máximo de cinco autovalores (*eigenvalue*) maiores que os autovalores gerados aleatoriamente. Assim, de um a cinco fatores foram extraídos nas análises fatoriais.

Figura 14 – Scree plot da Autoavaliação

Figura 15 – Análises paralelas de Horn itens Autoavaliação

Para definir o número de fatores, foram realizados os índices de adequação da análise fatorial, conforme tabela 6.13.

Tabela 6.13 – Índices de adequação análise fatorial exploratória dos itens de autoavaliação. São Paulo, 2016

Modelo	χ^2	N par	AIC	BIC	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
1 Fator	864.42	45	24655.93	24871.84	0.90	0.85	0.10	0.06
2 Fatores	659.88	59	24164.07	24447.15	0.94	0.91	0.09	0.03
3 Fatores	386.25	72	23916.45	24261.90	0.96	0.94	0.07	0.03
4 Fatores	209.29	84	23763.48	24166.51	0.98	0.96	0.06	0.01
5 Fatores	83.55	95	23659.75	24115.55	0.99	0.98	0.03	0.01

Nota. χ^2 = Chi-quadrado N par = número de parâmetros livres, CFI = *Comparative Fit Index*, TLI = *Tucker-Lewis index*, RMSEA = *Root Mean Square Error of Aproximation*, SRMR = *Standardized Root Mean Residual*

Conforme tabela 6.13, os modelos com dois fatores ou mais apresentaram valores satisfatórios de ajuste. Os testes de comparação dos modelos aninhados foram todos significativos, isto indica que ao comparar o modelo de um fator com

o de dois, o modelo de dois fatores foi significativamente mais adequado aos dados quando comparado com o modelo de um fator. Assim, os modelos de dois fatores e de três fatores foram inspecionados aprofundadamente.

Evidências sugerem a melhor adequação do modelo de dois fatores, uma vez que, este explica 50% da variância comum dos dados o terceiro autovalor obtido (0,8) da matriz de correlação é menor que 1 (recomendação comum como critério de retenção de fatores). Apesar do modelo de três fatores explicar 53% da variância, optei por obedecer o princípio de parcimônia, escolhendo o modelo de dois fatores.

As cargas fatoriais dos itens são apresentadas na tabela 6.14.

Tabela 6.14 – Cargas fatoriais dos itens de autoavaliação

Itens	Fator 1	Fator 2	Variância Residual
A1	0.814*	-0.01	0.348
A2	0.605*	0.01	0.625
A3	0.656*	0.190*	0.382
A4	0.304*	0.398*	0.602
A5	0.387*	0.490	0.378
C1	0.392*	0.501*	0.357
C2	0.296*	0.591*	0.35
C3	0.262*	0.627*	0.337
C4	0.247*	0.573*	0.438
C5	0.232*	0.631*	0.369
C6	0.004	0.853*	0.268
C7	-0.075*	0.893*	0.279
C8	-0.07	0.862*	0.326
C9	-0.004	0.800*	0.364
C10	0.159*	0.540*	0.579

Nota. *Carga fatorial significativa no nível $p < 0,05$; Primeiro autovalor = 8,6, segundo autovalor = 1,16; Correlação fator 1 e 2 = 0,65

Quadro 10 – Distribuição dos itens da Autoavaliação por fatores

Fatores	Itens	Cronbach
Fator 1 – <i>Envolvimento</i>	A1, A2 e A3	0,82
Fator 2 – <i>Desenvolvimento de Competências.</i>	A4, A5, C1- C10	0,94

No modelo teórico, os itens A4 e A5 da escala de autoavaliação, pertenciam ao o Fator 1 – Envolvimento, entretanto, apresentaram cargas fatoriais elevadas no Fator 2 – Desenvolvimento de Competências, sendo incorporados por esse fator.

A análise de consistência interna da escala total foi de 0.94 sugerindo evidências de fidedignidade relacionada à estrutura interna da escala.

Os escores fatoriais do Fator 1 variaram de -3,83 a 1,21 ($M=0,01$ e $DP = 0,97$). Enquanto os escores fatoriais do Fator 2 variaram de -6,14 a 1,14 ($M=0,013$ e $DP = 0,94$).

Tabela 6.15 – Escores fatores 1 e 2 por região

Local	N	Fator 1		Fator 2	
		Média	DP	Média	DP
RM1	520	-.04307	1.0062	-.07798	.97229
RM2	59	.36599	.84769	.21543	.88712
CAP	130	.05621	.82531	.28689	.72194
Total	709	.00917	.96860	.01334	.935789

Foram encontradas diferenças significativas entre as médias ranqueadas por diferentes locais no fator 1, teste Kruskal-Wallis ($H(2) = 10,3$, $p = 0,005$). Comparações focadas (*post hocs analysis*) indicaram diferenças significativas das médias entre RM1 e RM2 (90.36) e RM2 e CAP (82). Não houve diferenças entre CAP e RM1 (8,37). Em todos os casos, a diferença crítica ($\alpha = 0,05$ corrigido para o número de testes) considerada foi acima de 48,08.

As médias superiores apresentadas pelos participantes da RM2 indicam que se autoavaliaram de modo mais positivos que os da RM1 e CAP.

Também, foram encontradas diferenças significativas entre as médias ranqueadas por diferentes locais no fator 2, teste Kruskal-Wallis $H(2) = 20,3$, $p <$

0,001). Comparações focadas (*pós-hocs analysis*) indicaram diferenças significativas das médias entre RM2 e RM1 (77,76) e RM1 e CAP (78,73), não houve diferenças entre CAP e RM2 (8,37). Em todos os casos, a diferença crítica ($\alpha = 0,05$ corrigido para o número de testes) considerada foi acima de 48,08. Os dados indicam que os participantes da RM1 se autoavaliaram de modo mais negativo quando comparados a RM2 e CAP.

A seguir são apresentadas as médias dos escores fatoriais por módulo, tabela 6.16.

Tabela 6.16 – Média dos escores fatoriais de autoavaliação, por módulo

Módulo	n	Fator 1		Fator 2	
		Média	DP	Média	DP
1 - Superlotação	101	-.22725	1.026.779	-.02279	.859816
2 - S. regionais	90	-.02929	.986582	.15764	.923438
3 - ACCR	81	.04712	.781857	.08280	.852209
4 - Qualidade	40	-.11176	.834753	-.03292	.809565
5 -SHU	74	-.15684	.983337	-.17633	.933498
6 - SADT	64	.04392	.985524	.03402	.807199
7 - CC	80	.22197	.920328	.14003	.920250
8 - Internação	70	.12552	.942244	.02289	.871178
9 - Apoio	60	.01959	1.125.429	-.17289	1.094.200
10 - Transferência	49	.28210	.963988	.01272	1.318.137
Total	709	.00917	.968605	.01334	.935789

Na figura 16, podemos observar que as médias relacionadas ao *Fator 1* oscilaram entre os módulos. Os participantes iniciaram o processo formativo com a menor média, que foi se elevando nos módulos subsequentes. Esse movimento de queda e ascensão permaneceu ao longo da formação, sendo o módulo 5, a menor média e o 10 a maior média.

Figura 16 – Média dos escores do *Fator 1- Envolvimento*

A oscilação apresentada no Fator 1- *Envolvimento*, tornou-se mais intensa no *Fator 2 – Desenvolvimento de competências*. Houve quedas nas médias bastante acentuadas nos módulos 5 e 9.

Figura 17 – Média dos escores do Fator 2- Desenvolvimento de competências

6.4 AVALIAÇÃO DOS PROJETOS GERENCIAIS

Foram analisados 26 projetos gerenciais, sendo 13 da RM1, nove da RM2 e quatro da CAP.

Os escores dos projetos gerenciais de cada instituição podem ser consultados apêndice 7.

Na Tabela 6.17, são apresentados os valores médios, desvios-padrão, medianas, máximo e mínimo dos escores da avaliação dos projetos gerenciais, por local do processo de formação, por critério avaliado.

Tabela 6.17 – Descritivas dos escores de avaliação dos projetos gerenciais

Local	n	Critério				
		Média	DP	Mediana	Min	Max
Apresentação do projeto						
RM1	13	22.69	2.93	22	19	28
RM2	9	23.22	2.64	24	20	28
CAP	4	25	4.69	27	18	28
Apresentação do Hospital*						
RM1	13	71.38	5.059	72.00	60	78
RM2	9	65.11	12.333	66.00	40	80
CAP	4	57.00	7.572	60.00	46	62
Análise situacional*						
RM1	13	44.77	4.66	42	36	51
RM2	9	41	6	39	33	51
CAP	4	49.5	5.2	51	42	54
PES						
RM1	13	107.38	16.72	100	92	144
RM2	9	100	8.72	96	88	116
CAP	4	94	30.72	80	76	140
Total Scores						
RM1	13	246.23	21.72	242	216	289
RM2	9	229.33	23.32	238	185	260
CAP	4	225.5	39.08	209.5	200	283

*Diferenças significativas no teste Kruskal Wallis, $p < 0,05$.

Os projetos gerenciais elaborados pelos hospitais participantes foram bastante distintos em relação à estruturação e conteúdo. Essas distinções se deram desde aspectos como a formatação do projeto de acordo com as recomendações e estilo de escrita, até o nível de detalhamento do diagnóstico situacional e planejamento.

No que se refere à **apresentação dos projetos**, mais da metade não atendeu aos critérios de apresentação de listas e sumários. Quanto à formatação e clareza textual, os critérios foram atendidos na grande maioria. Os escores médios para essa categoria na RM1, RM2 e CAP foram de 22,7, 23,2 e 25 pontos, respectivamente de 28 pontos possíveis. As pontuações máximas obtidas 28 pontos nas três edições e as pontuações mínimas variaram de 18 a 20 pontos (RM1=19; RM2=20; CAP 18).

Em **apresentação do hospital**, o escore médio da RM1 foi de 71,38, o da RM2 65 pontos e o da CAP 57 pontos de um total de 80 pontos possíveis. As pontuações máximas obtidas variaram entre 80 e 62 (RM1=78; RM2=80; CAP=62) e as mínimas entre 60 e 40 (RM1=60; RM2=40; CAP= 46). O atendimento aos critérios ocorreu de modo bastante diverso nos projetos. Destaco que o atendimento ao item relativo à tipologia hospitalar não foi atendido em 18 projetos. De modo geral, a apresentação de dados referentes à produção anual e estrutura assistencial ficou voltada à apresentação do número de atendimentos realizados e estrutura do SHU, não abrangendo a produção e estrutura de outros setores do hospital como apoio diagnóstico, centro cirúrgico e setores de internação. A maioria dos projetos gerenciais apresentou dados relativos à área de abrangência, cobertura populacional e caracterização da clientela – ainda que de modo pouco detalhado - apontando que a indicação de conhecer as necessidades da população foi considerada, mesmo que frágil, nos diagnósticos situacionais e proposição de soluções para os problemas encontrados.

A **apresentação do diagnóstico situacional** ocorreu de modo bastante distinto entre os projetos, alguns optaram por separar seus diagnósticos por módulos e outros realizaram a apresentação de modo geral, ou ainda, escolheram uma temática para desenvolver.

Os escores médios para essa categoria foram de 44,7 pontos na RM1, 41 na RM2 e 49,5 pontos na CAP, dos 60 pontos possíveis. As pontuações máximas obtidas na RM1, RM2 e CAP foram 51; 51 e 54 pontos, respectivamente e as

mínimas 36, 33 e 42 pontos. Destaco que 13 dos projetos gerenciais atenderam completamente o critério definição dos problemas e somente quatro projetos apresentaram uma justificativa que atendesse totalmente ao critério. Na maioria dos projetos, o problema foi somente citado, ficando sua descrição, delimitação e importância subentendida.

A categoria **PES** é a mais importante da avaliação dos projetos gerenciais por expressar a apreensão do conhecimento dos grupos hospitalares acerca das etapas de planejamento e de sua importância para o enfrentamento dos problemas encontrados no diagnóstico situacional.

Nesta categoria, os escores médios foram 107,38 pontos nos projetos da RM1; 100 nos da RM2 e 94 nos da CAP, de um total de 144 pontos possíveis. Somente dois projetos atenderam totalmente aos critérios desta categoria. A pontuação máxima variou de 116 a 144 pontos (RM1=144; RM2=116; CAP =140). A pontuação mínima variou entre 76 e 92 pontos (RM1=92; RM2=88; CAP = 76). Dito de outro modo, a maioria dos projetos não apresentou a descrição de todas as etapas do PES modificado, elaboraram e, em alguns casos, implementaram propostas de intervenção, mas não foram rigorosos na descrição das operações necessárias, os atores detentores de recursos estratégicos, bem como a direção das forças, responsáveis e prazos para execução das propostas.

O escore total mínimo obtido na RM1 foi 216 pontos e o máximo 289 pontos. Na RM2, o mínimo foi 185 pontos e o máximo 260 pontos. Por fim, na CAP a pontuação mínima foi de 200 pontos e a máxima 283 pontos, apresentando o maior desvio-padrão.

Na avaliação por escores houve diferenças significativas entre os diferentes locais somente em Análise Situacional, $H(2) = 3,39$, $p = 0,04$ e em Apresentação Hospital, $H(2) = 6,60$, $p = 0,03$. Análises *post hoc*s só apresentaram diferenças significativas (11) entre RM1 e CAP para Apresentação Hospital, diferença crítica ($\alpha = 0,05$ corrigido para o número de testes) considerada foi 10,45. Apesar de ter sido encontrado um efeito geral em Análise Situacional, testes *post hoc* não foram capazes de determinar diferenças entre médias dos pares de locais.

Como preparação para os grupos focais, foram extraídos os problemas apontados nos projetos gerenciais dos hospitais C1 e C4 (quadro 11), bem como, as propostas de intervenção (quadro 12).

Quadro 11 – Problemas identificados nos projetos gerenciais dos hospitais participantes do grupo focal, por categoria

Categorias	Hospital	Nº de problemas na categoria	% do total
GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			
Dificuldades de relacionamento interno	C1	14	20
Falta de integração da equipe	C1		
Multiplicidade de vínculos empregatícios	C1		
Falta de acolhimento para os médicos	C1		
Déficit de pessoas	C1, C4		
Acúmulo de funções/sobrecarga	C1		
Alta rotatividade dos profissionais	C1		
Baixos salários	C1		
Inexistência de controle de contratações	C1		
Ausência de médico responsável pelo SHU com pelo menos 5 anos de experiência	C1		
Despreparo do trabalhador para função (gerencial ou trabalho em urgência)	C1		
Ausência ou ineficiência de EP (abrangência e efetividade)	C1		
Ausência de capacitação específica (uso de protocolos, ACCR, manejo de urgências, preparo e administração de medicações e avaliação de dados)	C4		
RF- GERENCIAMENTO DE RECURSOS FÍSICOS			
Inadequação de estrutura física	C1	5	7,1
Ausência de fluxo de entrada e saída de pacientes	C1		
Ociosidade de salas cirúrgicas	C1		
Indiferenciação de leitos agudos e de longa permanência	C1		
Insuficiência de leitos (agudos, cuidados intermediários, intensivos)	C1		
RM- GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS			
Ausência/inadequação de equipamentos	C1, C4	3	4,3
Ausência/inadequação de mobiliário	C1		
GERENCIAMENTO DO CUIDADO			
PROFISSIONAL			
Internações de longa permanência	C1	2	2,8
Ausência perfil do paciente agudo	C4		

Categorias	Hospital	Nº de problemas na categoria	% do total
ORGANIZACIONAL			
Inadequação de rotinas do serviço de apoio	C1	32	45,7
Ausência de monitoramento de pacientes críticos no SHU	C1		
Baixo número de cirurgias realizadas	C1		
Protocolos			
Ausência ou inadequação de protocolos	C1, C4		
Ausência de protocolos de gestão de leitos	C1		
Ausência de protocolos de gestão de risco	C1		
Ausência ou deficiência de protocolos clínicos	C1, C4		
Monitoramento e avaliação			
Ausência de avaliação de processos de trabalho/resultados/indicadores	C4		
Monitoramento de indicadores (tempos assistenciais)	C1		
Qualidade e segurança do paciente			
Resistência para marcação de lateralidade	C1		
Erro de identificação do paciente	C4		
Ausência de avaliação pré-anestésica	C1		
Continuidade do cuidado			
Descontinuidade do cuidado	C1		
Transferência de cuidado (planejamento de alta e transferências)	C1, C4		
Morosidade na transferência e alta (geral, solicitação, saída do paciente)	C1		
Ausência de corresponsabilidade entre as áreas	C4		
Ausência Plano terapêutico	C1		
Falhas na comunicação efetiva na equipe multi	C1		
Passagem de plantão inadequada	C4		
Aviso de cirurgia tardio	C1		
Ausência ou ilegibilidade nos registros	C4		
Congestão			
Tempos assistenciais dilatados (para 1º atendimento, prescrição de internação, diagnóstico, realização e liberação de exames, avaliação de especialistas, reavaliação médica, realização de intervenções, transferências)	C1, C4		
Taxa de ocupação acima de 100%	C4		

Categorias		Hospital	Nº de problemas na categoria	% do total
Fluxos				
Ausência de fluxo para agendamento de cirurgia	C1			
Ausência/inadequação de fluxos	C4			
Gestão de leitos				
Ausência de gestão de leitos	C1			
Baixa rotatividade de leitos	C1, C4			
SISTÊMICO				
Superlotação (do hospital ou de alas)	C1, C4	9	12,8	
Dificuldades na articulação com a rede	C4			
Ausência de linhas de cuidado	C4			
Deficiência na AB	C1			
Problemas na referência e contra referência	C1			
Regulação inadequada	C1, C4			
Deficiência da Rede própria	C1			
COMPOSIÇÃO				
Ausência de Acolhimento com classificação de risco - ACCR* (nas 24h E/OU em todas as portas)	C1, C4	5	7,1	
Ausência de análises clínicas nas 24h	C4			
Ausência de Núcleo Interno de Regulação (NIR)	C4			
Ausência de sistema informatizado	C1			
TOTAL		70	100	

Os problemas mais frequentes foram os relativos ao gerenciamento do cuidado na dimensão organizacional (45,7%), seguido pelo gerenciamento de recursos humanos (14%) e pela dimensão sistêmica do gerenciamento do cuidado (12,8%), dentre esses a superlotação.

Não foram elencados problemas relativos à saúde do trabalhador, na categoria gerenciamento de recursos humanos, e gerenciamento de custos.

Quadro 12 – Propostas identificadas nos projetos gerenciais dos hospitais participantes do grupo focal, por categoria

Categorias	Hospital	Nº de problemas na categoria	% do total
GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			
Instituir função (gestor de fluxo, gestor de leito, farmacêutico clínico, coordenador do SHU)	C1, C4	9	15,8
Implantar equipes de alto desempenho	C1		
Solicitar médico radiologista 24h	C1		
Alocar enfermeiro coordenador para SHU	C1		
Adequar RH- Contratar profissionais	C1, C4		
Capacitar os profissionais	C1, C4		
RF- GERENCIAMENTO DE RECURSOS FÍSICOS			
Ampliar número de leitos	C1	3	5,3
Implantar sala laranja	C1		
Implantar leitos extras nas enfermarias	C4		
RM- GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS			
Adquirir equipamentos	C1, C4	3	5,3
Estabelecer fluxo de prioridade para RX portátil	C1		
GERENCIAMENTO DO CUIDADO			
C-P PROFISSIONAL			
Reavaliar os pacientes periodicamente	C1, C4	4	7,0
Definir o perfil do paciente agudo	C4		
C-O ORGANIZACIONAL			
Padronizar fluxos	C1, C4	29	50,9
Instituir rotinas no SHU	C4		
Implantar mapa cirúrgico	C4		
Aumentar ocupação do CC	C1, C4		
Elaborar de planos de contingência	C4		
Realizar alinhamento com empresa de análises laboratoriais	C1		
Protocolos			
Definir protocolos clínicos	C4		
Desenvolver protocolos clínicos	C1, C4		

Categorias		Hospital	Nº de problemas na categoria	% do total
Monitoramento e avaliação				
Implantar -Utilizar indicadores	C1, C4			
Monitorar dos fluxos de exames	C4			
Qualidade e segurança do paciente				
Implantar de pulseiras de Identificação	C1			
Implantar de cultura de segurança	C4			
Continuidade do cuidado				
Gerenciar altas	C4			
Refinar práticas de comunicação	C1, C4			
Padronizar prescrição verbal	C4, C1			
Garantir passagem de plantão	C4			
Melhorar anotações em prontuário	C4			
Criar impresso para solicitação de interconsultas	C1			
Padronizar passagem de resultados clínicos	C4			
Gestão de leitos				
Implantar Kanban	C1			
Instalar painel de leitos	C1			
Gerenciar leitos	C4			
Otimizar leitos	C4			
C-S SISTÊMICO				
Participar de fóruns regionais	C1	2	3,5	
Visitar equipamentos de saúde da região	C1			
COMPOSIÇÃO				
Implantar ACCR	C1, C4	7	12,3	
Implantar/ fortalecer NIR	C1, C4			
Ampliar o serviço de apoio diagnóstico para 24 horas	C4			
Implantar prontuário eletrônico	C1, C4			
TOTAL			57	100

Assim como nos problemas, as propostas concentraram-se mais no gerenciamento do cuidado na dimensão organizacional (50,9%), seguidas de gerenciamento de recursos humanos (15,8%).

Não foram elencadas propostas relativas à saúde do trabalhador e avaliação de desempenho, na categoria gerenciamento de recursos humanos, e gerenciamento de custos.

A concentração de problemas e propostas na dimensão organizacional do gerenciamento do cuidado, expressas nos quadros 11 e 12, reforça a ideia defendida durante o processo formativo de que os problemas estavam dentro da governabilidade dos participantes, sendo assim, passíveis de modificação em curto e médio prazos.

6.5 RELATÓRIOS GRUPO FOCAL

Instituição: C1

1º ENCONTRO (19/08/2016 – 10h-11h30)

Após a apresentação dos objetivos da pesquisa e da dinâmica dos encontros, os seis participantes assinaram o TCLE.

SÍNTESE DO ENCONTRO

Iniciamos a reunião procedendo a uma avaliação geral do processo formativo e da elaboração do projeto gerencial.

Os participantes consideraram muito bom o processo e um apoio importante para a qualificação de profissionais que almejam assumir cargos gerenciais.

Em relação aos módulos do processo formativo, apontaram que os docentes, em sua maioria, eram bastante qualificados e mobilizaram muitas discussões.

A maioria considerou a duração do processo formativo e a carga horária dos encontros adequadas, embora os últimos módulos tenham sido mais corridos. Alguns participantes consideraram a carga horária diária muito extensa e cansativa, principalmente, no período da tarde.

Destacaram que a estrutura do processo formativo foi adequada e possibilitou o aprendizado de novos conhecimentos e os estimulou a serem mais críticos em relação ao nível central, pois conquistaram novos argumentos para as

reivindicações. Sentiram-se confortáveis para expressar seus pontos de vista, mesmo quando estes eram contrários às posições defendidas pelo nível central, que participavam do processo formativo.

Outro ponto considerado positivo foi o foco na gestão interna e o intercâmbio com os colegas de outros hospitais, que possibilitou conhecer novas realidades e os fez perceber que as dificuldades são comuns e que “não estão sozinhos”, sendo fortalecido o senso de equipe. Entretanto, foi pontuada necessidade da participação de outros serviços da Rede, considerando a interdependência dos serviços, sobretudo, em relação à transferência de cuidado.

A participação no processo formativo os incentivou a conhecer os processos de trabalho do laboratório de análises clínicas, promovendo uma aproximação com o setor. Outra ação potencializada pelo processo formativo foi a realização de visitas a serviços com experiências exitosas na implantação de ações relacionadas às propostas do projeto gerencial.

Em relação à elaboração do projeto gerencial, o grupo relatou que não tiveram dificuldades. Conseguiram garantir horário protegido* durante o turno de trabalho para a realização das atividades de dispersão. Além disso, apontaram que a participação do diretor foi muito ativa e fundamental para o cumprimento do objetivo.

“É importante a direção fazer parte, porque senão, não entende o que as pessoas estão fazendo”.

O diretor relatou que sua permanência no processo formativo se deu por interesse e que conseguiu realizar as atividades fora do horário de trabalho e contou com o apoio de outros médicos líderes da instituição.

Apontaram, também, como aspecto importante, a atuação do facilitador institucional que fazia reuniões periódicas com o grupo e os acompanhou ativamente na elaboração do projeto. Em relação ao facilitador do nível central, disseram que, embora menos ativo, ele sempre estava disponível para atender às solicitações por telefone e e-mail.

O projeto gerencial elaborado pelo grupo não foi engavetado, sendo revisitado com frequência.

* Horário protegido foi um termo utilizado em toda a formação e diz respeito à garantir, em agenda, horários reservados para desenvolver atividades.

Quanto à implantação das ações propostas, o grupo relatou que enfrentam dificuldades na implementação das propostas, sofrendo também, com a descontinuidade de algumas já iniciadas. Os principais fatores intervenientes estão relacionados a aspectos estruturais como recursos humanos e materiais. A implantação de Kanban e Acolhimento com Classificação de Risco foi descontinuada devido ao desabastecimento de materiais essenciais.

O grupo relatou que são cobrados, pelo nível central, a implantar ações, sem, em contrapartida, receberem apoio relacionado a aspectos que estão fora da governabilidade da direção do hospital, tais como dotação orçamentária, incremento no número de trabalhadores e fornecimento de materiais.

Destacaram que foram criadas novas funções que são realizadas pelo mesmo quantitativo de profissionais, gerando sobrecarga nos trabalhadores. Relataram o aumento no número de solicitações de aposentadoria e afastamentos por licença médica.

“Começamos a preceptoria médica, mas, dependemos da boa vontade dos médicos daqui que não recebem nada para fazer isso”.

Outro problema interno diz respeito a dificuldade de engajamento dos funcionários e, em especial, do corpo clínico para realizar implantação e manutenção das ações, o que se deve a uma cultura de desvalorização do serviço público e de um modelo de gestão pouco ágil.

O grupo deu diversos exemplos de problemas relacionados ao engessamento da estrutura pública de gestão e de como essas questões impactam nos processos de trabalho da instituição.

“Temos que nos organizar dentro do caos”.

Esses impedimentos para executar o projeto gerencial causaram os sentimentos de frustração e irritação.

“Fica difícil você cobrar as pessoas a fazer determinadas ações sem dar condições de trabalho”.

O grupo contribuiu com sugestões para melhoria do processo formativo, quais sejam:

- Incluir na carga horária final do processo formativo, o tempo despendido para a realização da atividade de dispersão. O aumento da carga horária habilitaria a formação para ser aproveitada como pontuação na progressão de carreira;
- Aprimoramento do conteúdo do módulo Qualidade e Segurança, considerado superficial;
- Participação, no processo formativo, de outros componentes da Rede promovendo maior integração;
- Utilização de estratégia bimodal, inserindo atividades de ensino à distância;
- Retorno da IPPF sobre o projeto gerencial, não receberam a avaliação.

Impressões acerca do encontro

Os participantes mostraram-se receptivos em colaborar com a pesquisa. No entanto, aparentemente não haviam sido informados adequadamente sobre os objetivos da reunião. Tive dificuldade em manter o foco da discussão no processo formativo e na elaboração do projeto gerencial.

Outra impressão que merece ser destacada é que os participantes se referiam ao processo formativo como uma formação escolar, os módulos foram chamados de disciplinas.

“Tem matérias que ajudaram mais”.

Ainda assim, o objetivo do encontro foi atingido.

2º ENCONTRO (23/09/2016 – 9h-12h)

Participaram oito profissionais, seis destes estavam presentes no primeiro encontro. Cabe destacar que uma das participantes do grupo, enfermeira chefe do SHU, não realizou o processo formativo.

Avaliação das ações implementadas

Iniciamos a reunião apresentando o objetivo do encontro. A seguir, iniciamos a leitura das ações propostas, verificando sua implementação, as dificuldades e facilidades no processo e as propostas para retomar as ações não implementadas. Os principais apontamentos realizados pelo grupo foram registrados no quadro 13.

Quadro 13 – Status da implementação das ações propostas no projeto gerencial da Instituição C1

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Solicitar médico radiologista na tomografia.	Sim		Organização interna; apoio da equipe clínica.		
Viabilizar farmacêutico clínico	Não	Convencer a equipe da farmácia; resistência à mudança; redução da equipe de farmácia.	Buscaram conhecer iniciativas para a implantação de farmacêutico clínico. Diretoria clínica está convencida da necessidade.		
Treinar equipe patrimonial.	Sim	Problemas com a empresa terceirizada. Funcionários com pagamento atrasado.	Mudança do diretor administrativo; Melhoria nas relações com a empresa. Intensificaram o acompanhamento.		Os funcionários da empresa fizeram paralização, mas mantiveram o trabalho no hospital.
Ampliar leitos.	Parcialmente	Reforma no telhado provocou o fechamento de leitos; não houve liberação de recursos.	Corpo diretivo evidenciou para a equipe os ganhos com a mudança, tais como melhores ventilação e iluminação. Equipe apoiou a iniciativa.		Pretendiam ampliar 16 leitos, conseguiram sete leitos clínicos e dois cirúrgicos (ortopedia). Fizeram remanejamentos internos, melhoraram a área física da pediatria e reorganizaram a equipe de enfermagem.
Implantar sala laranja com três leitos.	Sim		Cooperação dos funcionários; compreensão da necessidade de espaço específico para os pacientes críticos.		Ação implantada durante o processo formativo.
Criar impresso para solicitação de Inter consultas.	Sim		Apoio da equipe, facilitou o trabalho e melhorou a comunicação		Ação implantada durante o processo formativo.

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Melhorar a comunicação efetiva na equipe multiprofissional.	Parcialmente	Necessidade de adaptação aos novos sistemas de informação (SGH). Resistências da equipe de enfermagem em fazer as anotações.	Fortalecimento do enfermeiro como articulador das informações.	Implementação do Kanban; Implantação plena do SGH.	
Normalizar prescrição de ordem verbal	Sim		Apoio das lideranças.		
Implantar gestão de leitos.	Sim		Implantaram o NIR.		Ação implantada durante o processo formativo.
Instalar painel de leitos.	Parcial	Verba para confeccionar; algumas das informações não são registradas	Apoio da equipe que compreendeu a relevância.		Ação implantada em alguns setores, iniciada durante o processo formativo.
Implantar Kanban.	Em implantação	Preenchimento: ausência de informações; Déficit de RH; Descontinuidade da assessoria AHM	Apoio da equipe, trabalho de convencimento realizado. Presença de consultor externo. Visitas em hospitais que implantaram.		Ação implantada em alguns setores, iniciada durante o processo formativo.
Readequar fluxos no SHU.	Não	Troca de equipe de vigilantes; ACCR não implantado; Ausência da AHM; Superlotação.		Retomar o planejamento; Implantar ACCR (reativar a classificação por gravidade).	Implantaram alterações no fluxo de acesso à unidade, mas isso não se sustentou (2 meses). Esse problema é retomado com frequência. Falaram sobre os fluxos de acesso à unidade. Entrada e acessibilidade. 2 entradas.
Aumentar a ocupação do CC	Sim	Ocupação flutuante por questões relativas a equipamentos e materiais;	Contratação de médico diarista; aquisição do arco cirúrgico.		Houve aumentos nas vasectomias, cirurgias eletivas e ortopédicas.

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Encaminhar proposta de alinhamento com a empresa de laboratório análises clínicas.	Sim		Houve mudança da empresa prestadora; Mudança da interlocução por profissional que fez o curso; reuniões com as chefias.		
Estabelecer fluxo de prioridade para utilização de Rx portátil.	Não se aplica		Alteração da chefia por profissional que fez o curso, sanou os problemas com serviço de apoio.		Não houve necessidade de estabelecer fluxo, os problemas foram sanados.
Implantar a identificação de pacientes por pulseiras.	Sim	Inicialmente, houve resistência da equipe; custo das pulseiras; material inadequado. SGH ainda não completamente implantado (manual)	Abertura para que cada unidade adequasse o processo, desde que atingisse o resultado.		Inicialmente houve troca de identificação. Implantaram as identificações de risco para quedas, alergias.
Visitar UBS e equipamentos da região.	Sim				Ação implantada durante o processo formativo. Aumentou a comunicação e conheceram novas realidades.
Participar ativamente nos Fóruns regionais.	Sim				Ação implantada durante o processo formativo. Participam mensalmente.
Participação na compra de materiais permanentes.	Não	As verbas foram cortadas.	Participaram na implantação e atualização da tecnologia.		Era destinado um montante mensal para o hospital e o hospital fazia a escolha de como o recurso seria utilizado. Essa verba foi cortada.
Implantar ACCR.	Não	Déficit de RH; Planta física inadequada.		Ação dependente da AHM	Ação iniciada durante o processo formativo. No entanto, não se concretizou.
Focar em cirurgias ortopédicas.	Sim		Participação em congressos e visitas.		

O grupo iniciou a implantação do Núcleo Interno de Regulação, embora essa ação não estivesse no projeto gerencial.

Foi possível verificar que, ao menos de 70% das ações foram implementadas. A maioria delas envolvia o aporte de recursos humanos (contratação) ou alterações na estrutura física dos serviços. Tais recursos estão fora da governabilidade dos gestores do hospital.

Durante o grupo focal, os participantes citaram repetidas vezes que foram buscar ideias para implementar ações em outros serviços que tiveram experiências exitosas.

Após a avaliação, o grupo decidiu que irá instituir reuniões periódicas de planejamento, com a participação dos gerentes, cujos temas serão previamente estabelecidos e dirão respeito aos problemas mais relevantes do hospital. Essas reuniões seriam obrigatórias para garantir a presença dos profissionais.

Apontaram a importância de retomar o projeto para analisar as ações não implementadas e propor novas intervenções.

O grupo pontuou, ainda, aspectos sobre a elaboração do projeto gerencial. Segundo eles, não ficou explícito que deveriam ter descrito as propostas seguindo a metodologia do PES modificado.

“Não foi isso que foi pedido pra nós. Era só pra levantar problemas”.

“Não ficou claro pra ninguém”.

Relataram que não foram orientados, adequadamente, pelos facilitadores, quanto a essa obrigatoriedade, alegaram, também, não terem recebido o documento norteador para a elaboração do projeto.

Avaliação do grupo focal

Os participantes avaliaram os encontros do grupo focal muito positivamente. Segundo eles, foi um momento de mobilização, pois foram provocados a relembrar o que haviam planejado e estimulados a retomar as propostas não implementadas.

“Então, por um motivo ou outro acaba parando. Porque que hoje teve e da última vez teve? Porque nós tínhamos um compromisso com você”.

O momento dos encontros evidenciou a necessidade de se reunirem com regularidade para discutir os problemas e propor novas alternativas.

“Então essas discussões, às vezes, fazem com que a adrenalina corra um pouco mais solta e provoca um pouco as pessoas”.

Ao final do grupo, solicitaram que o resultado da pesquisa seja divulgado.

Instituição: C4

1º ENCONTRO (18/08/2016 – 10h-12h)

Iniciamos a reunião com a apresentação do projeto de pesquisa e de seus objetivos. Em seguida, foi esclarecido aos sete participantes a dinâmica dos encontros e solicitado que assinassem o TCLE.

SÍNTESE DO ENCONTRO

Iniciamos a reunião procedendo a uma avaliação geral do processo formativo e da elaboração do projeto gerencial.

Os participantes fizeram questionamentos acerca do financiamento do processo formativo, bem como, sobre o comprometimento, do Hospital proponente, com os impactos da formação nos serviços e o suporte à transferência.

Segundo os participantes o processo formativo foi considerado bom, no entanto, apontaram que há uma distância entre os conceitos e propostas apresentadas durante a formação e a realidade vivenciada por eles em seu cotidiano de trabalho. Alguns referiram que o processo formativo serviu para conhecer novas experiências acerca da organização da linha de cuidado do paciente agudo, no entanto, não produziu resultados práticos.

Outro aspecto importante, foi que o processo formativo, por vezes, ofereceu “receitas de bolo”, desconsiderando as dificuldades do cotidiano dos serviços e os saberes prévios dos participantes, propondo alternativas muito distantes da realidade.

No início do processo formativo, a expectativa era de que seria oferecida a possibilidade de revisar conhecimentos e discutir, em profundidade, os problemas

do hospital. Além disso, esperavam receber apoio dos gestores de nível central para a implantação das propostas para superação dos problemas, em especial no que se referia ao orçamento. Esse apoio não veio, ao contrário, segundo os participantes, a gestão os pressionou a implantar ações que vieram a fracassar por falta de recursos materiais e humanos.

Mencionaram a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, na qual tiveram que alterar a escala de classificação por questões políticas, treinaram as equipes, mas não havia médicos para realizar os atendimentos. A implantação ocorreu por imposição do nível central e durou poucos meses, sendo interrompida por recomendação do Conselho Regional de Enfermagem.

“Aprendemos muito, mas não tivemos a possibilidade de implantar”.

Relataram dificuldades na relação com o nível central, apontando incongruências entre o discurso e a efetivação de ações que provoquem alterações reais nas práticas de trabalho. Destacaram que fizeram o que estava sob sua governabilidade e que os impedimentos foram políticos e não técnicos.

Para exemplificar essas situações, relataram a existência de discrepâncias salariais, valorização financeira dos plantonistas, Tabela de Lotação de Pessoal (TLP)* ultrapassada, entre outros.

Um dos participantes fez uma analogia que expressa a visão acerca deste tópico.

“É como contratar uma cozinheira, solicitar que ela prepare um prato, mas não oferecer os ingredientes”.

O descontentamento com a postura de alguns representantes do nível central se deu já na aula inaugural, quando foi dito que se não houvesse resultados, a culpa seria dos profissionais participantes da formação.

Outra dificuldade apontada foi em relação ao facilitador representante do nível central. Segundo os participantes, sua postura era autoritária, impondo suas opiniões e desconsiderando o conhecimento dos demais sobre os temas e sobre o próprio hospital em que atuam. Além disso, suas orientações divergiam das instruções descritas nos planos de ensino e da dos demais facilitadores. Essa divergência resultou em constrangimentos para o grupo nos momentos de

* TLP, aponta o dimensionamento de pessoas da instituição.

apresentações e na necessidade de refazer as atividades de dispersão dos três primeiros módulos. Para os participantes foi nítida a diferença entre a condução realizada em seu grupo em relação aos demais.

No que se refere à comunicação com o facilitador, um dos participantes relatou que ele não respondia aos e-mails e os deletava sem ler.

O mesmo facilitador, segundo o grupo, fez uma reunião com o diretor do hospital reclamando da postura desinteressada e resistente do grupo, expondo os participantes.

“Fizemos um dia de silêncio, deixamos ele falar, sem contestar. Na hora da apresentação, falamos o que a gente achava e ele ficou com cara de surpresa”.

Quanto ao facilitador institucional, relataram que ele, a princípio, não se posicionava, mas que aos poucos foi assumindo um papel mais ativo e apoiador, tornando-se fundamental para que conseguissem desenvolver as atividades presenciais e o projeto gerencial.

Em relação ao apoiador institucional, os participantes relataram que este os apoiou, realizou visitas ao hospital e promoveu a reposição de um dos módulos perdido devido à greve dos metroviários.

Assim, as expectativas iniciais foram sendo frustradas durante e após o processo formativo, fazendo com que os participantes se sentissem enganados, revoltados, desestimulados e envergonhados em relação aos produtos apresentados ao longo do processo. No entanto, essas adversidades provocaram amadurecimento e busca de alternativas para superá-las.

Apesar das dificuldades, o grupo destacou que conseguiram manter a coesão e o diálogo durante o processo. Conseguiram se reunir, compor com outros pares que não participaram da formação e obtiveram apoio da diretoria. A realização das atividades do processo formativo estimulou os participantes a estreitarem relações entre os setores e uma maior apropriação acerca dos processos de trabalho, o que favoreceu a retomada de atitudes mais resolutivas, centradas na atenção aos pacientes.

Em relação ao PES, os participantes relataram que não tiveram dificuldades, pois muitos já haviam realizado cursos de gestão.

Os participantes sugeriram que a coordenação do processo formativo garantisse um perfil adequado de facilitador, bem como, que este fosse mais bem preparado a fim de garantir que o papel pedagógico, deste importante ator, fosse garantido.

Recomendaram que na seleção dos participantes, o perfil também fosse melhor definido, no sentido de apontar quem realmente necessita participar.

Propuseram que docentes e facilitadores façam um reconhecimento de campo, antes do início do processo formativo, a fim de conhecer a realidade dos serviços e fazer orientações mais assertivas.

Outra sugestão foi que houvesse alguns módulos de balizamento, para que todos os participantes tivessem uma base comum. Isso evitaria que alguns conteúdos não se tornassem repetitivos ou pouco mobilizadores para os profissionais com mais afinidade com as urgências.

Quanto à duração dos encontros, apontaram que esses poderiam ser otimizados. Era frequente que no período da tarde eles terminassem cedo e fossem dispensados. A atividade de retomada era pouco atrativa.

Solicitaram mais apoio na implementação das propostas.

Impressões acerca do encontro

Os participantes mostraram-se receptivos em colaborar com a pesquisa. Mostraram-se integrados como grupo, respeitando os tempos de fala dos colegas, apresentando os problemas de modo crítico, porém respeitoso e descontraído.

O objetivo do encontro foi atingido parcialmente considerando que a elaboração do projeto foi pouco abordada.

2º ENCONTRO (04/11/2016 – 9h-12h)

Participaram deste encontro oito profissionais, incluindo a diretora clínica, que não participou da formação.

Iniciamos a reunião apresentando o objetivo do encontro. A seguir, realizamos a leitura das ações propostas, verificando sua implementação, as dificuldades e facilidades no processo e as propostas para retomar as ações não implementadas. A síntese das discussões está descrita no quadro 14.

Quadro 14 – Status da implementação das ações propostas no projeto gerencial da Instituição C4

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Compor equipe multiprofissional para avaliação diária dos pacientes.	Parcialmente	Ausência de profissionais para cuidado horizontal. Dificuldades na contratação de profissionais.	Presença de coordenadores que atuam horizontalmente.	Solicitar contratação de profissionais.	Foi implantado na clínica médica e UTI, um dia por semana. No SHU, não foi implantado.
Designar coordenador médico para SHU.	Não	Ausência de recurso para contratar o profissional.		Previsão de chegada de profissional transferida que assumirá a coordenação médica do setor.	
Adequar número de profissionais no CC.	Não	Ausência de recurso para contratar o profissional.	Possibilidade de remanejamento interno da equipe.	Solicitar contratação de profissionais. O contrato da equipe de anestesiologia foi aditivado e haverá incremento no número de profissionais.	Principais déficits são na equipe de enfermagem nos plantões noturnos e finais de semana e na equipe de anestesiologia. Conseguiram alocar uma enfermeira, mas, em seguida, uma outra profissional se aposentou.
Capacitar para implementação de fluxos.	Sim.		Reuniões com equipe de enfermagem e com a do Núcleo Interno de Regulação.		Fizeram capacitações para implantação do ACCR e para equipe de fisioterapia.
Adquirir equipamentos (impressora, aparelho de RX).	Não		Ausência de recursos.	Solicitado à AHM.	Adquiriram um arco cirúrgico.

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Otimizar os leitos das enfermarias.	Sim	Déficit de profissionais. Em alguns momentos, os leitos precisam ser fechados por conta de profissionais afastados ou em férias. Falta de colchões.	Implantação do NIR; Compra de colchões.		Otimização perceptível nos indicadores Tem dificuldades com colchões, usam cobertores para suprir a necessidade.
Implantar leitos indiferenciados nas enfermarias.	Não	Resistência dos médicos; Déficit de RH.			Devido ao número insuficiente de médicos, há dificuldade dos médicos irem aos pacientes dispersos nas unidades.
Implantar leitos extras nas enfermarias.	Não	Espaço físico inadequado na enfermaria. Edificação antiga.		Encaminharam projeto executivo para os responsáveis, dimensionando o espaço conforme legislação.	Mantem os leitos extras no SHU; optaram por não utilizar os corredores das enfermarias.
Elaborar protocolos de comunicação.	Sim		A diretora clínica apoiou a normatização de rotinas, instituindo reuniões periódicas, cobrando resultados.	Acreditam que a vinda da nova coordenadora irá ajudar na consolidação dessa iniciativa.	A implementação se deu como uma das ações relacionadas às Seis metas de segurança do paciente.
Definir protocolos clínicos.	Sim		Visita do MS motivou a equipe a revisar e finalizar os protocolos. Já tinham rotinas estabelecidas, no entanto, não estavam descritas. O que fizeram foi formalizar.	Acreditam que a vinda da nova coordenadora irá ajudar na consolidação dessa iniciativa.	Protocolo da linha de urgências está em andamento.

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Desenvolver protocolos.	Sim		Idem anterior.		Desenvolveram Protocolos clínicos, POPs, Levantamento de necessidades, planejamento estratégico. O desenvolvimento dessas normativas foi incorporado, continuam fazendo.
Instituir passagem de plantão verbal (médicos e equipe multi) e leito a leito	Não	Falta de engajamento dos médicos; Ausência de liderança para estimular e monitorar.	Tem as rotinas descritas e divulgadas aos colaboradores.	Pretendem retomar a ação com o apoio da nova coordenação médica no SHU.	Alguns profissionais fazem a passagem de plantão outros não, não é institucionalizado.
Melhorar a anotação em prontuário.	Parcialmente	Baixa adesão da equipe médica.	Realização de auditoria interna dos prontuários de enfermagem com enfoque na SAE. Diagnóstico de falhas e orientação para melhoria.	Foi formada uma comissão dos coordenadores médicos que fará avaliação dos prontuários, levantando os principais problemas.	O principal problema diz respeito à equipe médica. Há necessidade de melhorar a qualidade das anotações. Nos setores de internação isso é mais organizado que no SHU.
Padronizar a prescrição verbal.	Sim		Houve boa adesão da equipe, pois a ação facilitou o trabalho.		
Padronizar passagem de resultados clínicos.	Sim		Estabelecimento de comunicação efetiva com a coordenação do laboratório. Houve incremento no quadro de funcionários do setor.		

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Refinar as práticas de comunicação.	Sim		Reuniões frequentes com as equipes; definição de fluxos, protocolos, capacitações.		
Melhorar anotação de enfermagem no laboratório.	Não	Resistência da equipe do laboratório; equipe terceirizada.	Estão com um projeto de implantar o Projeto Terapêutico Singular e unificação do prontuário dos pacientes.	Diretora vai se reunir com a coordenadora do laboratório para alinhar os registros.	Dificuldade da equipe entender que o prontuário é único. Buscaram orientação do COREN. Os profissionais são auxiliares de enfermagem, mas contratados como técnicos de laboratório.
Melhorar a comunicação interna.	Sim		Alinhamento de fluxos e normativas. Reuniões com as equipes.		
Implantar gerenciamento de leitos e altas.	Sim	Há bloqueio de leitos devido à ausência de funcionários.	Implantação do NIR; Monitoramento dos tempos de permanência (5º dia de internação alerta); articulações com Central de Regulação, alinhamento de fluxos de remoção. Envolvimento da equipe.	Implantaram o Kanban, inicialmente físico, agora 100% informatizado. Houve melhoras no giro de leitos.	

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Implantar NIR.	Sim		Perfil articulador da diretora; contratação de funcionários para NIR (3); portaria de implantação.	A equipe passou a demandar coisas para o NIR que não são de atribuição do núcleo. Não funciona 24horas. São os mesmos profissionais tendo atribuições diversas conforme as necessidades.	
Reavaliar periodicamente os riscos dos pacientes (Gestão de riscos)	Não	Déficit de profissionais; profissionais com múltiplas atribuições impactando na continuidade do cuidado.		Fazem a identificação do risco, mas não conseguem reavaliar e propor cuidados específicos. Com a implantação do sistema informatizado, a enfermeira tem que fazer o registro no prontuário físico e eletrônico (sistema Gestão Hospitalar).	

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Padronizar fluxos.	Sim		A diretora técnica (2015) instituiu reuniões periódicas com a equipe técnica e alavancou a organização do processo de trabalho. Ação mantida pela atual diretora. Além disso, há uma rotina de reuniões com as referências externas como Regulação, coordenação da RUE, SAMU, coordenadoria regional. Publicação da organização da RUE no município – Bipartite.	Desenvolveram Protocolos clínicos, Procedimento operacional padrão, Levantamento de necessidades, planejamento estratégico. O desenvolvimento dessas normativas foi incorporado, continuam fazendo.	
Instituir Gerentes de fluxo.	Não	Não conseguiram contratar ou remanejar profissional específico para a função.			
Definir o perfil do paciente agudo.	Sim	Chegam muitos pacientes fora do perfil por demanda espontânea.			Essa ação foi externa e surgiu por meio da organização da RUE. Foi publicada portaria definindo o perfil da rede.
Definir leitos de atendimento aos pacientes agudos.	Parcialmente	Déficit de RH e infraestrutura.			Foram feitas adequações estruturais na sala vermelha, separação de fluxos, aumentou a privacidade dos pacientes, organizaram a sala vermelha.

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Instituir rotinas no SHU.	Parcialmente	Falta de equipe horizontal; características dos plantões.	Procedimentos operacionais padrão descritos; Mapeamento dos fluxos.	Fortalecer o NIR, implantar equipe horizontal.	Os fluxos não são seguidos em todos os plantões.
Adotar indicadores de produção do CC.	Sim		Contratação de anestesiológicos por termo aditivo (equipes em mais dois dias);		
Otimizar a utilização das salas cirúrgicas.	Parcialmente		Melhorias na sala cirúrgica (ar condicionado); Remanejamento do carro cirúrgico.		Não sabem apontar quantitativamente o quanto melhorou, mas relatam que houve uma otimização.
Implantar Mapa cirúrgico.	Sim		Incentivo da liderança (diretoria clínica).		Implantaram mapa cirúrgico online, deixando a informação disponível para um maior número de profissionais.
Estabelecer fluxo de prioridade para utilização de Rx portátil.	Sim		Estabelecimento do fluxo com CCIH.		O aparelho era destinado a atender as demandas do CC, tinham receio de contaminação e não autorizavam que o aparelho saísse do setor.
Monitorar fluxos de exames.	Sim		Implantação do check-list cirúrgico; Atuação mais ativa da equipe noturna; reorganização dos fluxos; implantação da avaliação cardiológica e pré-anestésica		O problema era que os pacientes eram encaminhados ao CC sem os exames.

Ações	Implantado	Dificuldades	Potencialidades/ Melhorias	Nova ação proposta	Observações
Otimizar a conferência de exames.	Sim		Idem ao anterior.		
Elaborar planos de contingência.	Sim		Eventos externos como a Copa do Mundo e Olimpíadas mobilizaram as equipes.		Ação iniciada durante o processo formativo.
Implantar cultura de segurança.	Parcialmente	Questões estruturais (falta de equipamentos e materiais), gerando dificuldades em cobrar as equipes por não haver condições adequadas de trabalho.			Descontinuidade de processos.
Implantar indicadores nos serviços de apoio.	Não	Déficit de RH e na estrutura física. Empresa terceirizada.		A diretoria manifesta continuamente que a empresa não realiza a prestação de serviços a contento. Responsabilidade sobre o contrato não é do hospital.	
Implantar ACCR	Não	Déficit de RH. AHM não autorizou a unificação das portas.	Realizaram as adequações estruturais e capacitações.		Implantaram e não sustentaram. Queriam fazer um <i>fast track</i> ⁵ com o pronto-atendimento, unificando as portas.
Implantar do Núcleo de acesso a qualidade hospitalar	Sim		Apoio da diretoria.		

⁵ Fluxo diferenciado para pacientes com menor gravidade e necessidade de cuidados de menor complexidade.

Foi possível verificar que menos de 20% das ações não foram implementadas. Assim como na outra instituição, a maioria das ações implementadas foram aquelas que dependiam de recursos internos e da organização do processo de trabalho. As ações que envolviam questões relativas à estrutura (recursos humanos e materiais) não foram realizadas em sua integralidade.

Sobre isso, apontaram que questões estruturais impactam na sustentabilidade das ações implantadas.

“É difícil cobrar sem dar condições de trabalho, a gente acaba perdendo a credibilidade”.

A obtenção de tais recursos depende de articulações com o nível central. Os participantes relataram que registram todas as necessidades e reportam à quem tem governabilidade, buscando se respaldar.

Os participantes atribuíram grande parte do sucesso das ações implementadas ao movimento de integração das equipes, melhorando as relações humanas. Muito se deveu à forma de gestão impressa pela antiga diretora clínica, que com sua liderança conseguiu articular as equipes. A atual diretora, mantém a rotina de reuniões e fortalecimento do diálogo entre as equipes.

Avaliação do grupo focal

Os participantes avaliaram os encontros do grupo focal de modo positivo, pois foi uma oportunidade de valorizar o trabalho que eles vêm desenvolvendo, mesmo diante das dificuldades.

“E aquilo que a gente não consegue fazer é aquela coisa que por mais que você coloca no montante a gente vê que é uma parte pequena, tem muita coisa feita né? Mas o que não é feito parece que é o mais importante”.

Além disso, o grupo foi um momento de enxergar a Instituição, destacando as muitas ações realizadas, enxergando o que foi positivo e buscando conquistar o que ainda falta. Foi uma “terapia de grupo”.

“Pelo menos a relação humana melhorou muito, a gente não tinha esse momento aqui”.

Quadro 15 – Síntese dos resultados.

OBJETIVOS	RESULTADOS
Avaliar a satisfação dos participantes quanto aos módulos do curso	As médias de respostas aos itens de avaliação da satisfação dos módulos Introdutório e dos outros 10 módulos foram elevadas, demonstrando a satisfação dos participantes. As médias fatoriais mais baixas foram as dos módulos 5 e 10. Foram sugeridas alterações na carga horária e no perfil do facilitador.
Avaliar as autoavaliações dos participantes	As médias de respostas aos itens de autoavaliação endossaram a obtenção dos resultados esperados quanto ao envolvimento no processo de formação e o desenvolvimento de competências para aprimorar suas práticas gerenciais.
Verificar a existência de associações entre as variáveis de avaliação	Foram encontradas diferenças significativas, entre as regiões, na satisfação relacionada ao encontro presencial e à ação docente do módulo Introdutório; nas autoavaliações e nos critérios apresentação do hospital e diagnóstico situacional da avaliação dos projetos gerenciais. Foram encontradas diferenças significativas, também, entre os módulos, exceto quanto à atuação do facilitador de aprendizagem.
Verificar as evidências de propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados no curso	Foram encontradas evidências de validade e consistência interna nas três escalas. Não foi necessária a exclusão de nenhum item. As escalas de satisfação dos 10 módulos e autoavaliação apresentaram itens com carga fatorial elevada em fatores diferentes dos hipotetizados no modelo teórico.
Analisar a aplicação dos conhecimentos adquiridos pelos participantes na elaboração dos projetos gerenciais	Os projetos gerenciais foram bastante distintos quanto à estrutura e conteúdo, em especial, no detalhamento da análise situacional e PES, indicando fragilidade na coleta e análise crítica de dados e proposição de intervenções de modo estruturado.
Identificar a percepção de impacto do curso na prática gerencial dos participantes	A maioria das ações propostas nos projetos gerenciais, dos dois hospitais, foram implementadas e caminharam no sentido de organizar os processos de trabalho e enfrentar a superlotação.
Averiguar o suporte à transferência de aprendizagem nas instituições participantes	Os fatores que favoreceram a implantação das ações estavam relacionados ao apoio da diretoria e dos colegas. Já os fatores dificultadores foram relativos a problemas estruturais como déficit de pessoal, recursos materiais e financeiros, expressando a ausência de suporte material à transferência.

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

As escalas de avaliação da satisfação dos módulos e de autoavaliação mostraram evidências de validade, em outras palavras, foram capazes de medir as variáveis a que se propunham.

Segundo Pasquali (2013, p 289), utilizar a análise fatorial é imprescindível no contexto da Psicometria, em especial, na validação de instrumentos psicológicos.

Os modelos fatoriais das escalas apresentaram índices de ajuste adequados, assim como a variância que, pelo critério recomendado por Figueiredo Filho, Silva Junior (2010), deve obter valores acima de 40%. Os critérios para a manutenção de itens nas escalas foram atendidos. Segundo Laros (2005), as cargas fatoriais devem ser superiores a 0,30, pois este é o valor mínimo para uma variável ser considerada uma representante útil do fator. Para exclusão de itens com cargas fatoriais elevadas em mais de um item, Figueiredo Filho, Silva Junior (2010) apontam que o limite de 0,40 é adotado como corte para evitar a indeterminação da relação entre variáveis e fatores. Já, Costello e Osborne (2005) consideram como critério para exclusão de itens, cargas acima de 0,5 em mais de um fator, conforme apontado no método deste estudo.

Em relação aos itens que, no modelo teórico, estavam em um fator diferente do apontado pela análise fatorial, Laros (2012) explica que isso pode ocorrer em análises fatoriais exploratórias, tal como as realizadas neste estudo. O autor diz que a análise fatorial deve ser utilizada em situações em que as hipóteses a serem testadas não são fortemente apoiadas em uma teoria ou em análises empíricas anteriores. Ela gera informações acerca da probabilidade de que os dados se ajustem ao modelo hipotetizado.

Por fim, o princípio de parcimônia, foi obedecido, pois em todas as escalas foi escolhido o modelo mais simples que forneceu a melhor explicação teórica, conforme recomenda Damásio (2012).

A consistência interna das escalas de avaliação da satisfação dos módulos e de autoavaliação foi adequada, pois segundo Pasquali (2013), o coeficiente alfa varia de “0 a 1”, sendo “0” ausência total de consistência interna e “1” presença de consistência de 100%.

A escala de avaliação da satisfação, utilizada nesse estudo, abordou características relativas aos componentes procedimentos e processos do MAIS, permitindo conhecer aspectos como satisfação dos participantes acerca das estratégias educacionais, qualidade da interação entre os envolvidos e adequação do local de encontro.

As estratégias de ensino-aprendizagem do processo formativo foram ancoradas no aprendizado significativo e na MP, conforme orienta a PNEPS (Brasil, 2014).

Esse tipo de metodologia é recomendada como estratégia para que os participantes alcancem autonomia e possam “autogerenciar seu processo de formação”, superando os objetivos de aprendizagem restritos ao domínio técnico – científico e avançando para os ético-políticos. Permite, ainda, que os participantes pensem para além de sua área de formação, exercitando a interdisciplinaridade (Vieira, Panúncio-Pinto, 2015).

Essa metodologia se mostra bastante adequada em um contexto como o do processo formativo, no qual os participantes eram procedentes de diferentes formações e áreas de atuação, possuíam cargos de liderança e governabilidade para implementar mudanças. Tem, também, a potência de mobilizar os participantes, desenvolver lideranças e o trabalho em equipe. Nesse tipo de abordagem, docentes e participantes reconhecem as diferenças entre saberes e compreendem que, a presença de assimetrias não implica, necessariamente, o estabelecimento de relações pautadas em submissão e autoritarismo. Essa reflexão de Batista et al (2005), embora trate da experiência com a Aprendizagem Baseada em Problemas na pós-graduação, também se aplica para a problematização.

A satisfação demonstrada na avaliação dos módulos, foi ratificada pelos integrantes dos grupos focais. Estes, destacaram a metodologia adotada, que permitiu a troca de conhecimentos por meio da interação entre os participantes, percepção semelhante à encontrada por Mendonça et al (2010).

A construção de espaços de diálogo é muito valorosa, pois é por meio deles que se estabelecem caminhos para alcançar um modelo organizacional em que os significados sejam compartilhados e a liderança, participativa (Terciotti, 2008).

Outro desempenho satisfatório foi o do docente.

O docente que adota a MP deixa de ser o detentor do saber e único tomador de decisões para assumir um papel de condutor metodológico do processo. Tal processo é exigente, pois o docente necessita ter habilidade de mobilizar o diálogo, lidar com situações imprevistas, sistematizar informações e dar devolutivas aos participantes com cuidado, paciência e segurança emocional. Esse papel é essencial para estabelecer um processo compartilhado de construção de conhecimento (Cyrino, Toralles, 2004).

Dentre seus desafios está manter a coerência entre sua postura em relação à metodologia e sua postura política, sendo instigado a reavaliar suas práticas e seu compromisso com o ensino e assistência (Vieira, Panúncio-Pinto, 2015).

Os docentes do processo formativo enfrentaram o desafio ético e político de trazer de volta o usuário para o centro das preocupações do fazer em saúde, em um contexto em que os trabalhadores conviviam com serviços superlotados ou com importantes deficiências estruturais, nos quais os direitos dos pacientes eram, com frequência, desrespeitados, haja vista os problemas apresentados nos projetos gerenciais.

Para os integrantes dos grupos focais, nem todos conseguiram superar esse desafio, já que, em alguns momentos, houve um distanciamento entre os conceitos e propostas apresentados pelos docentes e a realidade dos serviços.

Esse descompasso é inerente ao processo pedagógico, pois ao trabalhar com a observação da realidade, os envolvidos se defrontam com suas contradições (Cyrino, Toralles, 2004).

É importante, no entanto, que o docente consiga favorecer que os participantes enxerguem similaridade entre o discutido durante a ação educativa e seu cenário de práticas. Como estratégias, são recomendados o uso de exemplos e de atividades em que os participantes possam aplicar o aprendido. Essas estratégias segundo Abbad e Borges-Andrade (2004) são úteis para aumentar a transferência do aprendido.

O facilitador de aprendizagem desempenhou papel fundamental, considerando que tinha a função de conduzir seu grupo, estimulando-o a refletir sobre suas proposições e contradições, explorando aspectos a serem mais bem esclarecidos, favorecendo uma dinâmica de trabalho em que todos tenham voz, conforme recomendado por Soares, Serapioni e Caprara (2001).

No grupo focal, entretanto, os participantes do hospital C4, relataram dificuldades com o facilitador de aprendizagem e que se sentiram ameaçados já que o facilitador entrou em contato com a diretoria do hospital para reclamar da postura do grupo. Abbad et al (2006) explicam que pessoas expostas a um ambiente de trabalho pouco acolhedor e restritivo à aplicação de novas habilidades podem ficar desmotivadas a aprender, comprometendo a transferência do aprendido para o trabalho.

A falta de alinhamento entre o facilitador e os pressupostos que fundamentam o processo de formação, também, foi encontrada em estudo que avaliou uma formação de facilitadores. As autoras atribuíram esse descompasso ao processo de formação dos mesmos, que teve uma carga horária reduzida e considerada incompatível com a complexidade dos conhecimentos a serem apropriados (Mendonça et al, 2010).

Nos encontros dos grupos focais os participantes fizeram sugestões para melhorias no processo formativo, destacando, tais como no estudo acima, a carga horária e o perfil do facilitador.

Outro aspecto a ser destacado, foi o relato dos participantes do hospital C1 quanto a não orientação sobre a necessidade de detalhar as etapas do PES modificado no projeto gerencial.

Esses dois aspectos sinalizam para a necessidade de um melhor preparo dos facilitadores de aprendizagem, considerando seu papel estratégico na condução dos grupos e um melhor alinhamento entre apoiador transversal e facilitadores de aprendizagem, no sentido de acompanhar se as orientações pedagógicas estão sendo seguidas.

A sugestão de otimização da carga horária pode ter sido gerada pela insuficiência das perguntas norteadoras em provocar novas discussões e/ou pelo pouco preparo dos facilitadores de aprendizagem em distinguir as etapas do Arco de Maguerez, o que remete, mais uma vez, à formação do facilitador de aprendizagem e ao seu processo seletivo.

Mendonça et al (2010) apontaram que, embora tenham sido estipulados critérios para a seleção de tutores tais como: ocupar um cargo estratégico, ser articulado e possuir alguma experiência em educação – critérios semelhantes ao processo formativo – eles nem sempre foram observados. A inadequação do perfil do tutor despertou nos participantes o sentimento de insegurança. O autor

destaca que a grande maioria dos envolvidos teve sua formação básica e profissional calcada na pedagogia da transmissão e tiveram que ressignificar seus papéis no processo ensino-aprendizagem. Essa necessidade de mudança nas concepções pode gerar dificuldades na apropriação de metodologias ativas.

Os módulos 5 - Organização do SHU/Pronto-socorro e 10 - Atenção Intrahospitalar e transferência do cuidado, embora avaliados positivamente, destacaram-se por apresentar médias baixas em todos os fatores, quando comparados aos outros módulos.

Resgatando os conteúdos do módulo 5, percebe-se maior complexidade dos assuntos discutidos e das atividades propostas, pois seus objetivos e conteúdos abordados envolviam a reorganização dos espaços assistenciais, gestão de pessoas e recursos, alteração de fluxos, dimensionamento dos serviços, resultados assistenciais e monitoramento e avaliação. Tinha o desafio de articular os módulos iniciais e acenar as conexões com os subsequentes.

Quanto ao módulo 10, sua proximidade com o seminário final pode ter motivado médias menores, considerando que a entrega do projeto gerencial pode ter se sobreposto às atividades do módulo, o que pode estar relacionado ao declínio da frequência dos participantes, descrita na seção 1.3.

Apesar das fragilidades inerentes à execução de processos formativos como esse, os resultados das avaliações de satisfação do módulo Introdutório e dos demais módulos, endossam respostas altas, constatando a satisfação com o processo formativo.

Estudo realizado em um hospital privado de Salvador, que avaliou o impacto de um programa de treinamento por meio de autoavaliações e heteroavaliações, apontou que as avaliações tenderam a ser positivas ou muito positivas nas diversas dimensões do modelo utilizado (Fernandes et al, 2006).

Os participantes se autoavaliaram de modo positivo, concordando com as afirmações contidas nos itens da escala. Essa tendência, de que os resultados sejam positivos nas autoavaliações, já foi observada e é conhecida. Fernandes et al (2006) explicam que os participantes ao avaliarem a si próprios e seus contextos de atuação, estão mais envolvidos com fatores motivacionais e de preservação da autoimagem do que um observador externo. Assim, os autores indicam a realização de heteroavaliações para aumentar a confiabilidade dos resultados.

No rol de avaliações do processo formativo foram previstas e realizadas avaliações dos grupos de participantes pelo facilitador de aprendizagem, no entanto, a coleta de dados não foi sistematizada, inviabilizando sua utilização na pesquisa.

Assim como nas avaliações de satisfação dos módulos, os participantes fizeram uma autoavaliação positiva tanto quanto ao seu envolvimento nas atividades do processo formativo, quanto na aquisição de competências, expressando resultados desejáveis em relação ao comprometimento dos participantes e ao desenvolvimento de seus conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para incrementar suas práticas gerenciais. Tais competências presumem a análise do contexto, fundamentada em dados e no conhecimento científico, para planejar ações e avaliar os resultados advindos delas.

O envolvimento dos participantes aconteceu de modo crescente, indicando que estes foram elevando sua percepção sobre seu grau de sua participação na formação e na realização das atividades.

O módulo Introdutório é o primeiro contato dos participantes com as dinâmicas da formação, com grupos e corpo de facilitadores. Para muitos, é a primeira aproximação com metodologias ativas, o que pode gerar incertezas. Ao longo de dez módulos, os participantes se apropriaram das dinâmicas dos encontros presenciais, estabeleceram relações com os facilitadores de aprendizagem e colegas e foram construindo a partir de sua aprendizagem. Essa trajetória, pode ter contribuído para que em sua autoavaliação, seu envolvimento tenha sido crescente.

No desenvolvimento de competências houve altos e baixos. Os módulos 5- Organização do SHU e 9 – Serviço de Apoio Operacional apresentaram as menores médias dos escores fatoriais. O declínio da média no módulo 5 está em consonância com a avaliação da satisfação e pode estar ligado ao mesmo motivo, à complexidade dos conteúdos e atividades. Quanto ao módulo 9, é possível que o tema não tenha mobilizado os participantes, embora a temática abordada seja relevante, pois os processos de trabalho dos serviços de apoio operacional, tais como o serviço de higienização e transporte interno, interferirem nos tempos assistenciais.

À semelhança das avaliações de satisfação dos módulos, as médias baixas dos escores fatoriais nos módulos não significam que, em sua autoavaliação, os participantes não tenham desenvolvido as competências esperadas, mas sim que o desempenho nesses módulos não tenha sido tão bom quanto nos outros.

Estudo, que estabeleceu relações entre o domínio de competências gerenciais e a quantidade de cursos ou de horas frequentadas pelos gerentes, apontou que os gerentes que participaram de mais de 50 horas de treinamentos possuíam mais competências essenciais ao seu trabalho, que os gerentes com menos de 50 horas de treinamento (Felix, 2005), reforçando a potência das ações educativas para o desenvolvimento de competências.

Ao verificar as associações, não encontrei motivo que justifique o fato dos participantes da RM1 terem ficado mais satisfeitos com o módulo Introdutório, em relação ao Encontro presencial e a Ação Docente, que os participantes da RM2.

Cabe lembrar que o módulo Introdutório possui uma estrutura única, tendo inclusive uma escala de avaliação exclusiva, não sendo possível estabelecer relações com os demais módulos.

As avaliações dos demais módulos não apresentaram diferenças significativas entre as regiões onde ocorreram os processos formativos.

Uma possível explicação para isso pode estar relacionada aos planos de ensino-aprendizagem (objetivos, atividades e material didático) e aos docentes dos módulos que permaneceram os mesmos nos três locais em que ocorreram as formações.

Os temas abordados nos módulos tratavam de desafios comuns aos hospitais brasileiros, apoiados na literatura científica nacional e internacional. Esse caráter universal/geral, pode ter permitido a “padronização” das ideias-forças, sem, entretanto, deixar de dar espaço aos contextos locais, pois foram discutidas por meio do uso da problematização, valorizando os conhecimentos prévios e especificidades da região.

As especificidades locais, aparentemente, não influenciaram negativamente na satisfação dos participantes.

Quanto às associações relativas à satisfação dos participantes dos 10 módulos foram observadas diferenças significativas **entre os módulos** em todos os fatores, exceto o Fator 2- Facilitador de aprendizagem.

O processo formativo teve como tema gerador o fenômeno da superlotação. Esse tema permeou todos os módulos, no entanto, foram feitas abordagens diversas. Cada um dos módulos possuía objetivos educacionais específicos, conteúdos e atividades de complexidades diversas. Cabe ressaltar que os docentes responsáveis pela condução dos módulos possuíam formações e áreas de atuação variadas. O único elemento avaliado que não se alterava no decorrer da formação foi o facilitador de aprendizagem, cujo fator não apresentou diferenças significativas entre os módulos.

Diferente da avaliação da satisfação dos módulos, as autoavaliações apresentaram diferenças significativas entre os locais.

Os participantes da RM2, embora tenham apresentado problemas relacionados às faltas frequentes por questões pessoais ou problemas de mobilidade na cidade, além da evasão, isso não afetou sua autoavaliação quanto ao envolvimento na formação e no desenvolvimento de competências, considerando que se autoavaliaram mais positivamente que os participantes da RM1. Ao retomar os resultados, observei que o número de avaliações completas de RM2 foi bastante inferior quando comparado aos demais locais, o que pode indicar que aqueles que responderam estavam mais comprometidos.

Embora nas autoavaliações os participantes tenham avaliado satisfatoriamente a aquisição de habilidades para coletar, analisar e interpretar dados e informações, bem como, compreender e refletir criticamente sobre os problemas, tais habilidades não foram expressas adequadamente ao elaborarem os projetos gerenciais.

A exemplo disso, na avaliação dos projetos gerenciais, os critérios apresentação do diagnóstico situacional e PES, aspectos intimamente relacionados, pois definir problemas e justificá-los, adequadamente, compõem o momento explicativo do PES, apresentaram fragilidades.

A opção da equipe responsável pela coordenação do processo formativo pelo PES modificado proposto por Cecílio (2002) pode ser justificada considerando que o PES, foi concebido por Matus para o planejamento de governo, é um sistema “pesado de gestão estratégica” que necessitou ser adaptado e simplificado para a utilização nos serviços de saúde.

Cecílio (2010) faz uma crítica ao planejamento em saúde no Brasil, que perdeu muita força como instrumento de luta e mudança no decorrer da

experiência de construção do SUS. O autor considera o momento tático-operacional como o ponto mais frágil do plano, pois há uma dificuldade para fazer com que ele saia do papel.

Rivera e Artmann (1999) destacam a inexistência de uma reflexão sobre a influência da cultura organizacional para a viabilidade dos planos. Segundo Paim (2006), o formalismo com o qual o planejamento vem sendo adotado, contribuiu para uma burocratização do processo, no qual os meios são mais valorizados que os fins.

Apesar das críticas, os autores, apontam a importância do PES, por possuir potência ao auxiliar na internalização do raciocínio estratégico no processo de tomada de decisão (Rivera, Artmann, 1999), tão necessário para superar o planejamento vertical e descompromissado com a saúde da população, ainda, frequente em nosso país (Paim, 2003).

Em se tratando de PES, cabe explicitar alguns dos conceitos fundamentais: planejamento, problema, ator do plano e situação.

O conceito de planejamento adotado é o de que planejar consiste no “cálculo que precede e preside a ação” (Artmann, 2000 p.4). Neste conceito, está contida a ideia de responsabilidade com a ação, ação esta, que deve ser voltada para superar as condições insatisfatórias atuais ou evitar que condições adequadas se tornem problemas no futuro (Chorny, 1998).

No PES, ator é aquele que assina o plano, sendo ele o detentor de recursos que o coloquem no controle de algumas variáveis importantes relacionadas ao problema. Neste contexto, o problema é entendido como a realidade que necessita ser alterada, motivando a ação (Artmann, 2000).

O problema possui múltiplas dimensões, não se limitando a uma área específica, desse modo, as estratégias para sua resolução devem considerar a multisetorialidade e a interação entre os envolvidos na situação (Rivera, Artmann, 2012). Artmann (2000) acrescenta que o problema não é tomado como algo solucionado em definitivo, pois ele sempre está relacionado à realidade em que está inserido.

A situação, no contexto do PES, é um “recorte do problema feito em função de um projeto de ação”, e somente poderá ser explicado ao se levar em consideração aspectos interdisciplinares e multissetoriais (Artmann, 2000 p.6).

O exposto denota a complexidade do planejamento em saúde, mesmo ao se utilizar um modelo “mais *light*”, pois, exige, de todo modo, raciocínio estratégico, tomada de decisão e visão de futuro.

No caso desse processo formativo é possível inferir que a abordagem do PES modificado não tenha sido suficiente para que os participantes pudessem materializá-lo no projeto, considerando que nos projetos gerenciais os itens do planejamento relacionados aos atores e governabilidade foram abordados de modo bastante superficial ou não foram abordados, outra fragilidade importante está relacionada à descrição detalhada das operações.

Apesar das fragilidades relativas ao planejamento, foi possível observar que, em alguma medida, os projetos gerenciais buscaram demonstrar relações entre o saber científico e os achados de seus diagnósticos situacionais e propostas de intervenção. Em todos os projetos gerenciais, o tema gerador, superlotação, foi compreendido considerando que os conceitos relacionados a ele foram apresentados em consonância ao discutido ao longo do processo formativo.

A diversidade entre os projetos das regiões foi apontada estatisticamente somente nos critérios apresentação do hospital entre RM1 e CAP, maior e menor médias respectivamente, e análise situacional.

A pluralidade de produtos apresentados, expressos no desvio-padrão elevado da média geral, sugerem que os critérios a serem observados para elaboração dos projetos gerenciais não foram explícitos o bastante para gerar projetos mais uniformes, se não em conteúdo, em forma, principalmente no que diz respeito às etapas do PES modificado. Essa inferência é possível considerando que não houve diferenças significativas entre as regiões.

Quanto ao levantamento de problemas, nos projetos gerenciais dos hospitais participantes dos grupos focais, os mais frequentes foram os relacionados ao gerenciamento de recursos humanos e os relativos ao gerenciamento do cuidado nas dimensões organizacional e sistêmica.

Outros estudos destacam o *déficit* de pessoal. O de O'Dweyer, Matta e Pepe (2008), constatou que de 30 hospitais, de diversos portes e regiões do estado do Rio de Janeiro, 80% possuíam postos de trabalho incompletos, sendo os maiores *déficits* os da equipe de enfermagem e de médicos especialistas; e o Dubeux, Freese e Reis (2010), em dez hospitais, de três regiões do estado do

Pernambuco, apenas 9% dos entrevistados (N=108) relataram que seus serviços possuíam equipes multiprofissionais completas atuando em tempo integral.

Além do *déficit* de pessoal, foi observada a multiplicidade de vínculos empregatícios e rotatividade, atribuída às contratações emergenciais. Isso diminuiu o padrão qualitativo das equipes, bem como, contribuiu para a desarticulação entre a equipe do SHU e do restante do hospital (O'Dweyer, Matta, Pepe, 2008).

Outro aspecto a ser destacado é a baixa implantação da política de educação permanente nesses serviços, apenas 17% deles tinham a política totalmente implantada e 50% parcialmente implantada (O'Dweyer, Matta, Pepe, 2008). A ausência de capacitações específicas sobre temas da urgência foi descrita como um dos principais entraves à plena estruturação da rede de urgências (Dubeux, Freese, Reis, 2010).

Aqui cabe uma ressalva, é necessário compreender o que os autores e participantes entendem como EPS. Ao serem perguntados sobre sua participação em atividades educativas relacionadas ao trabalho, os participantes do estudo realizado por Zinn (2015), em alguns momentos se referiam a elas como atividades externas como treinamentos, cursos e atualizações e, em outros momentos, compreendiam que atividades cotidianas como as reuniões de equipe também poderiam se constituir como espaço de educação permanente. A autora, aponta, ainda que as concepções de EPS, como prática reflexiva e transformadora do cotidiano de trabalho, coexistia com a pautada na educação tradicional.

Equipes estruturadas, com dimensionamento adequado e preparo técnico, são essenciais para a organização dos serviços de urgência, para tanto, são necessárias ações governamentais no sentido de garantir a suficiência dos trabalhadores, enfrentando as fragilidades relacionadas aos vínculos empregatícios, desenvolvendo políticas de planos de carreiras e garantindo a EPS (Dubeux, Freese, Reis, 2010).

Quanto ao gerenciamento do cuidado na dimensão organizacional, os problemas apontados pelos hospitais corroboram com os achados desses autores que, ao avaliarem aspectos relativos à organização do processo de trabalho, tais como: existência de protocolos clínicos, rotinas de acompanhamento de pacientes, serviços de apoio disponíveis nas 24 horas e transferência de cuidados

para centro cirúrgico e UTI, identificaram que 66% dos critérios não eram atendidos pelos hospitais.

A desorganização do processo de trabalho pode implicar a violação dos direitos dos pacientes ao não garantir o acesso aos serviços e a integralidade, aqui entendida como o “compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro” conforme diz Feuerweker (2014).

Além dos problemas relacionados ao gerenciamento de cuidado-organização, os hospitais participantes do grupo focal, apontaram em seus projetos gerenciais problemas relativos ao gerenciamento do cuidado na dimensão sistêmica, tais como superlotação, dificuldades na articulação com a rede, em especial, nos fluxos de referência e contra referência e deficiência na AB, concordando com os achados de O'Dweyer, Matta e Pepe (2008).

Dentre os problemas, destaco a superlotação, por estar relacionado aos demais problemas e por seu impacto negativo para os serviços e principalmente para o paciente.

A falta de leitos, déficit de pessoal, deficiências nas instalações, atrasos no registro e transferência dos pacientes para o leito, dificuldades no acesso aos serviços de apoio diagnóstico e atrasos na alta, são exemplos de problemas relacionados, como causa ou consequência da superlotação ou congestão dos fluxos (Ardagh, Tonkin, Possenniskie, 2011).

Os impactos negativos da superlotação podem ser expressos pelo aumento na mortalidade e tempo de permanência após a internação, aumento de eventos adversos, descumprimento de tempos terapêuticos, elevado estresse da equipe e insatisfação do paciente (Sprivulis et al, 2006).

Ao que se vê, os problemas ora identificados são comuns aos diversos hospitais em território nacional, tanto que são apontados nos documentos que compõem a PNAU, como a Portaria nº 2048/2002, que normatiza a atuação dos componentes da RUE e o Manual de Regulação Médica (Brasil, 2002; Brasil, 2006). São também fonte de preocupação em outros países do mundo.

Discorrendo, ainda, sobre a superlotação, alguns autores propõem, para além do aumento do número de leitos, ação imprescindível, a reorganização do processo de trabalho, pois hospitais que obtiveram redução na superlotação foram os que estabeleceram formas eficientes de dar alta do SHU ou transferir o

paciente, entendendo o problema como do hospital e não apenas no setor (Asplin, Magid citados por Bittencourt e Hortale, 2009).

Estes últimos, em sua revisão sistemática, elencaram as 15 estratégias efetivas para o enfrentamento da superlotação, são elas:

“unidades de pronto-atendimento, instituição de gerente de leitos; coordenação de altas do SHU; prontuários eletrônicos; equipes de alto desempenho clínico; laboratório-satélite; indicadores de saturação operacional; censo de vagas e demandas; encaminhamento rápido para sala de observação clínica; busca ativa dos pacientes internados no SHU; coordenação de alta hospitalar; pré-alta; sala de alta; cancelamento de internações eletivas; redistribuição de cirurgias eletivas” (Bittencourt, Hortale, 2009. p1442).

Ainda, segundo os autores, intervenções relacionadas às barreiras de acesso aos serviços mostraram-se pouco efetivas.

Além disso, em relação às propostas para enfrentamento dos problemas no Brasil, estudo realizado em hospitais no estado do Rio de Janeiro mostrou que 50% dos hospitais avaliados que tinham seu SHU superlotado não possuíam nenhuma estratégia ou adotavam estratégias que além de pouco efetivas, desrespeitavam os direitos dos pacientes e comprometiam resultados assistenciais, tais como fechar portas ou transferir para a AB (O'Dweyer, Matta, Pepe, 2008).

Nos dois projetos gerenciais avaliados neste estudo, as propostas, mostraram-se coerentes ao apontarem intervenções consideradas efetivas para o enfrentamento da superlotação, tais como o aumento do número de leitos, gestão de leitos, implantação do NIR, gerenciamento de alta e prontuário eletrônico, conforme recomendam Bittencourt e Hortale (2009). Algumas propostas aproximaram-se das recomendações desses autores e envolveram a organização de fluxos dos serviços de apoio diagnóstico, organização do centro cirúrgico e instituição de equipe multiprofissional para avaliação diária de pacientes.

Grande parte das propostas estavam relacionadas ao gerenciamento do cuidado na dimensão organizacional. As propostas relacionadas ao gerenciamento de recursos apareceram como a segunda mais frequente. Entretanto, os participantes possuem governabilidade reduzida, já que a contratação de trabalhadores, estipulação de plano de carreira, são ações de competência do nível central.

Além das responsabilidades quanto à contratação de trabalhadores, está entre as finalidades do nível central, prover as necessidades dos hospitais sob sua administração, bem como, promover a articulação entre os hospitais e a AB, por meio dos fluxos de referência e contra referência*.

Quanto ao gerenciamento do cuidado na dimensão sistêmica, que apareceu entre os problemas mais frequentes, este teve um número baixo de propostas. Entretanto, a grande maioria das propostas para organização do processo de trabalho caminha no sentido do enfrentamento da superlotação, que é um problema sistêmico.

A maior concentração de propostas está relacionada à organização do processo de trabalho, que conforme já mencionado anteriormente, é ponto central para a garantia da integralidade do cuidado. Segundo Feuerweker (2014), uma das propostas para atingir a integralidade é o estabelecimento de linhas de cuidado, sendo necessária a articulação dos trabalhadores e serviços para que possam analisar seus processos de trabalho e estabelecer pactuações.

Dáí a importância de ações como o processo de formação, objeto deste estudo, que estimulou a análise dos processos de trabalho e proposição de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas, conforme apontado nos encontros dos grupos focais.

Para elaborar o projeto gerencial, os participantes tiveram que lançar mão de habilidades de planejamento, fazer a leitura das necessidades dos usuários de seus serviços, trabalhar de modo articulado. Essas habilidades não foram expressas em sua potência na redação dos projetos gerenciais, que careceram de informações importantes para planejamento como a análise consistente do diagnóstico situacional, o detalhamento das operações e formas de avaliar resultado.

Além de abordar aspectos relacionados à satisfação dos participantes com o processo formativo, nos encontros dos grupos focais, buscou-se avaliar em que medida as propostas apresentadas nos projetos gerenciais foram implementadas, verificando se o processo formativo provocou impactos (efeitos em longo prazo).

Ao elaborar e executar ações educativas, as organizações esperam que os participantes aprendam e transfiram essas aprendizagens para o cotidiano de

* Portaria Municipal do ano de 2008. O local não será identificado para preservar o anonimato dos participantes.

trabalho e que essa aplicação gere melhorias no desempenho (Freitas et al, 2006). Assim, avaliar a implementação das propostas é de grande importância para verificar se os desempenhos esperados na formação foram traduzidos em ações que modificaram os processos de trabalho, indicando em que medida os objetivos foram atingidos.

Das ações propostas apresentadas pelos participantes nos projetos gerenciais, a maioria foi desenvolvida nos hospitais indicando que, em alguma medida, houve transferência dos conhecimentos e habilidades adquiridas para o cotidiano de trabalho.

As intervenções executadas organizam o processo de trabalho e caminham na direção do enfrentamento da superlotação, mas nenhum dos dois hospitais conseguiu viabilizar a implementação do acolhimento com classificação de risco, recomendada pelas sociedades científicas de urgência (OPAS, 2011).

Ambos os hospitais fizeram a implantação, porém esta não se sustentou devido a problemas pertinentes à *déficit* de profissionais, estrutura física e insumos, considerados essenciais para implementação conforme destaca a OPAS (2011), além da falta de apoio do nível central.

A não adoção do ACCR desobedece às recomendações do MS (Brasil, 2002; Brasil, 2004a) e de entidades de classe como o Conselho Federal de Medicina (Conselho Federal de Medicina, 2014) e expõe os pacientes a riscos advindos da não priorização de casos de maior gravidade, de tempos de atendimento dilatados e da falta de humanização (OPAS, 2011).

Bittencourt e Hortale (2009) recomendam que, para avaliar ações pertinentes ao enfrentamento da superlotação, sejam verificadas alterações em indicadores como as taxas de mortalidade e de ocupação e tempo de permanência nos serviços.

Destaco que a relação entre aquisição de competências pelos gerentes e alterações no desempenho organizacional nem sempre é evidenciada em pesquisas empíricas, considerando que o desempenho organizacional é influenciado por diversos fatores que vão além das competências dos trabalhadores (Brandão, Borges-Andrade e Guimarães, 2012). Os mesmos autores, no entanto, encontraram, em seu estudo, relações entre horas de treinamento e alterações no desempenho organizacional, indicando impacto.

Embora a verificação de mudanças no desempenho da instituição seja relevante, neste estudo, não foram analisados os indicadores que o mensurasse. O objetivo aqui foi avaliar a percepção de impacto dos participantes, identificando quais as propostas de intervenção foram implementadas nos serviços e o suporte à transferência.

Para que os desempenhos sejam eficazes é necessário que os indivíduos saibam e queiram fazer e que haja suporte à transferência (Freitas et al, 2006).

O suporte está relacionado a três aspectos, o primeiro relacionado ao contexto anterior ao processo de formação e os demais ao após, segundo Abbad e Sallorenzo (2001):

- Apoio gerencial ao treinamento – condições do ambiente, anteriores ao processo de formação, referentes ao apoio recebido pelo participante para frequentar e desempenhar efetivamente as atividades;
- Suporte psicossocial à transferência – apoio que o participante recebe de sua chefia, pares e colegas para aplicar no trabalho as novas habilidades aprendidas.
- Suporte material à transferência - opinião do participante sobre a quantidade, qualidade e disponibilidade de recursos materiais e financeiros e adequação do ambiente físico de trabalho.

Em relação ao apoio gerencial ao treinamento, sua ausência possivelmente implicou a desistência de participantes. No processo formativo avaliado ele se deu principalmente em hospitais de pequeno porte e em grupos com poucos participantes de uma mesma instituição.

Quanto ao suporte psicossocial à transferência, ao observar o quadro com os fatores que facilitaram a implantação das ações, aparece com frequência o apoio dos colegas e, principalmente, do diretor clínico.

No trabalho nas urgências os grupos profissionais disputam poderes e exercem maior ou menor influência nos processos de mudança. Acredito que os integrantes destacaram o apoio do diretor clínico, por seu papel articulador junto aos médicos, categoria profissional que, muitas vezes, impõe resistência à adoção de novos processos de trabalho (Alastásio, Toledo, 2013).

O diretor clínico tem como atribuições coordenar o Corpo Clínico da instituição, supervisionando suas atividades e zelando pelo cumprimento do regimento interno da instituição (Conselho Federal de Medicina, 1991). É sua atribuição, também, garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no SHU, conforme Resolução do CFM nº 2.077 de 2014.

A educação permanente dos médicos é um problema em vários países do mundo (Davis et al 1995, citados por Silvério 2008) e sua participação em ações educativas é limitada, o que ratifica o diretor clínico como fundamental para disseminar e apoiar as ações advindas do processo formativo.

Ao tratar especificamente dos médicos, Silvério (2008) diz que alterar as práticas desses profissionais é um processo bastante complexo que envolve tanto a aquisição de novas competências como quanto de suporte à transferência. O autor aponta ainda que a sustentação de tais mudanças, em longo prazo, depende de fatores atinentes à cultura organizacional.

O apoio das chefias se manifesta em termos de oportunidades para aplicar as habilidades adquiridas, remoção de barreiras e fornecimento de informações necessárias à aplicação dos conhecimentos no trabalho. Outro aspecto está relacionado a consequência associada à aplicação dos novos conhecimentos, se as reações forem favoráveis há mais chances de que a transferência ocorra (Abbad et al, 2006).

Ao analisar as ações não implantadas, em geral, foram as relacionadas ao gerenciamento de recursos humanos, de recursos físicos e materiais, aspectos relacionados ao suporte material à transferência. No que tange os recursos humanos os participantes realizaram remanejamentos internos e permutas com outros hospitais. Tais ações estavam dentro de sua governabilidade, no entanto, não foram suficientes para sanar os *déficits* de trabalhadores.

O processo de formação focalizou suas discussões em alterações dos processos de trabalho, por considerar que além dos recursos estruturais, a instituição da rede exige essas alterações, bem como o envolvimento dos trabalhadores (O'Dweyer, Matta, Pepe, 2008), os aspectos estruturais, todavia, não podem ser banalizados pois interferem diretamente nos processos de produção de cuidado (Merhy, Feuerweker, [s/d]).

A ausência desses recursos é frequente nos hospitais brasileiros, segundo O'Dweyer, Matta e Pepe (2008) essa situação é inadmissível, sendo necessários

investimentos públicos para solucionar o problema. As autoras ressaltam que “o subfinanciamento é um impeditivo concreto de realização de um SUS mais justo, mas o enfrentamento de problemas não estruturais exige mais do que políticas de Estado”.

Para Zinn (2015), ao falar de EPS, a existência de diretrizes políticas, por si só, não implica mudança do modelo de atenção, essa mudança se dá no agir das pessoas ao atuarem em seu cotidiano de trabalho.

Se as ações educativas forem entendidas como algo apartado do cotidiano de trabalho, desarticulado dos interesses da organização e dos processos de trabalho, os aprendizados advindos delas não encontrarão espaço para serem aplicados, pois serão recebidos com resistência pelos colegas e chefias.

Segundo Balarin, Zerbini e Martins (2014), se a organização, os colegas e chefias não derem suporte, a aplicação dos novos conhecimentos no trabalho fica comprometida.

É de fundamental importância identificar as oportunidades e ameaças relacionadas ao suporte, pois estes podem interferir diretamente nos resultados em longo prazo. Essa identificação permite que medidas sejam tomadas para que os participantes encontrem condições adequadas para realizar a transferência positiva e qualificar seus processos de trabalho (Abbad et al, 2006).

Outro aspecto referente ao apoio está relacionado à execução das ações educativas, que diz respeito ao local em que estas ações ocorreram (instalações, mobiliário, *layout* das salas) facilidade de acesso aos materiais, coordenação do evento (Abbad, 2006). Esses aspectos foram avaliados positivamente.

Cabe dizer que os aspectos relativos ao suporte à transferência pertencem ao componente Ambiente, subcomponente Apoio do MAIS.

Ao verificar as ações implementadas foi possível observar que desempenhos esperados foram alcançados tais como a motivação das lideranças para executar as ações e a produção de novas práticas. Os aspectos relativos ao monitoramento e avaliação de resultado foram pouco explorados.

Segundo Borges-Andrade, Abbad e Mourão (2012), o objetivo de avaliar as ações educativas é conhecer o sistema e seus resultados, para poder realizar intervenções que aumentem os efeitos positivos que possam ser advindos dele.

Desse modo, os achados deste estudo geram subsídios para a proposição de intervenções que apoiem a aproximação entre educação e trabalho no contexto estudado.

8 Conclusões

8 CONCLUSÕES

- ✓ A utilização do estudo de caso como método, possibilitou conhecer as várias facetas do objeto de estudo.
- ✓ As escalas de avaliação da satisfação e autoavaliação apresentaram evidências de validades psicométricas, indicando que foram capazes de medir as variáveis a que se propunham.
- ✓ Os participantes mostraram-se satisfeitos com o desenvolvimento dos módulos do processo formativo.
- ✓ Na avaliação do módulo Introdutório, os participantes da RM1 mostraram-se mais satisfeitos que os da RM 2, em relação aos encontros presenciais e desempenho do docente. Nos demais módulos, não houve diferenças significativas entre os locais.
- ✓ Houve diferenças significativas em todos os fatores, com exceção do que avaliava o desempenho dos facilitadores de aprendizagem. Estes últimos não se alteraram durante os módulos, enquanto os temas, atividades e docentes foram diversos.
- ✓ Os participantes expressaram seu envolvimento nas atividades e desenvolvendo as competências gerenciais esperadas.
- ✓ Os participantes da RM2 apresentaram autoavaliações mais elevadas quando comparadas a RM1, embora a região tenha tido problemas relacionados à frequência e evasão de participantes.
- ✓ A aquisição de habilidades não se expressou de modo consistente na redação da análise diagnóstica e etapas do planejamento, apresentado fragilidades na coleta e análise crítica de dados e proposição de intervenções de modo estruturado.

- ✓ Os projetos gerenciais mostraram-se distintos quanto à estrutura e conteúdo, no entanto, o tema gerador superlotação e as formas de enfrentamento foram apropriados.
- ✓ A avaliação da percepção de impacto, realizada nos dois hospitais participantes dos grupos focais, mostrou que grande parte das ações propostas foram implementadas e caminharam no sentido de organizar o processo de trabalho e enfrentar a superlotação, tema gerador do processo formativo avaliado.
- ✓ Os fatores que favoreceram a implementação das propostas de intervenção, expressas nos projetos gerenciais, estiveram relacionados ao suporte psicossocial à transferência, em outras palavras, os superiores e colegas apoiaram as mudanças no processo de trabalho advindos dos conhecimentos e habilidades adquiridos no processo formativo. Os entraves estiveram relacionados à falta de suporte material à transferência como *déficit* de pessoal, recursos materiais e financeiros, cuja responsabilidade é do nível central.

Considerando os resultados deste estudo foi possível identificar que a maior fragilidade diz respeito ao suporte à transferência material, sendo elaboradas propostas para envolver os gestores do nível central buscando minorar os problemas que estão sob sua governabilidade.

O suporte à transferência é um bom preditor de impacto (Abbad, Sallorenzo, 2001), assim, farei proposições no sentido de contribuir para fomentar apoio do nível central, chefias e colegas. Tais propostas serão feitas com base nos achados deste estudo, na minha experiência em projetos similares e em discussões com colegas de trabalho.

Propostas:

Antes da formação

1. Análise situacional da região

Objetivo: fornecer informações para os docentes sobre a região em que a formação será realizada, aproximando-os da realidade local.

Esse documento reuniria informações sobre a região tais como as condições de saúde da população, organização da RUE, infraestrutura, organização e produção. Cabe lembrar que essas informações devem constar nos planos de saúde dos Estados.

2. Avaliar suporte à transferência

Objetivo: conhecer o apoio gerencial ao treinamento, suporte psicossocial à transferência e suporte material à transferência, antes da formação.

Para tanto, sugiro a adaptação do instrumento desenvolvido por Abbad e Sallorenzo (2001), em que são avaliados o apoio gerencial ao treinamento, suporte psicossocial à transferência e suporte material à transferência, aproximando os termos para a realidade dos serviços públicos de saúde. Os resultados deverão ser apresentados e discutidos com gestores do nível central.

3. Pactuação com nível central

Objetivo: fomentar o suporte à transferência.

A partir dos resultados da avaliação de suporte à transferência elaborar plano de ação, junto aos gestores, para o enfrentamento dos problemas encontrados.

Durante a formação

4. Reuniões trimestrais com diretores dos hospitais e nível central.

Objetivo: Avaliar os resultados parciais do processo formativo.

Nessas reuniões, seriam discutidos os resultados parciais da formação, os fatores potencializadores e dificultadores do processo. Além disso, compartilhar com os gestores os principais problemas encontrados nos diagnósticos situacionais dos hospitais e comprometê-los no enfrentamento dos mesmos.

Depois

5. Avaliar suporte à transferência

Objetivo: conhecer o apoio gerencial ao treinamento, suporte psicossocial à transferência e suporte material à transferência, após a formação.

Sugiro que o instrumento seja aplicado nos hospitais que participarão da formação, três meses após o término, a fim de verificar se as estratégias elaboradas junto aos gestores foram efetivas e propor ajustes.

6. Avaliar implementação dos projetos gerenciais

Objetivo: Verificar resultados em longo prazo para organização.

Encaminhar uma matriz com as ações propostas para que os participantes informem a implementação.

Além disso, é indicado que seja feita uma série histórica dos indicadores dos hospitais relativos às taxas de mortalidade e ocupação e tempo de permanência.

7. Acompanhamento dos hospitais

Objetivo: Oferecer apoio técnico-científico à implementação dos projetos gerenciais.

Estabelecendo um canal de comunicação entre os hospitais e a IPPF para que os profissionais possam discutir as dificuldades de implementação das ações e obter sugestões para o enfrentamento.

Sugiro ainda, que a carga horária da formação de facilitadores de aprendizagem seja ampliada em 24 horas, divididos em três encontros, sendo o primeiro para aprofundar a MP, o segundo para debater o PES modificado e o último para discutir os projetos gerenciais.

Creio que estas propostas podem contribuir para minorar os problemas relacionados ao suporte à transferência, contribuindo para resultados favoráveis em longo prazo.

Limitações do estudo

Não foi possível explicar algumas das associações encontradas neste estudo, relacionadas às diferenças entre as regiões. As informações sobre as edições do curso não geraram subsídios suficientes para a interpretação dos resultados.

Embora as escalas de avaliação tenham apresentado evidências de validade psicométrica, elas não foram concebidas com a finalidade de pesquisa, o que implicou algumas limitações a este estudo, que serão detalhadas a seguir.

Não foi possível incluir os itens relativos à infraestrutura e coordenação da formação na análise fatorial, pois os dados não foram coletados em todos os módulos, já que sua coleta ocorria a cada três módulos.

A verificação da presença de associações entre as avaliações não foi realizada, pois o preenchimento das escalas foi anônimo impossibilitando o acompanhamento da satisfação de um mesmo participante ao longo dos módulos, bem como, sua autoavaliação.

Não foi possível incluir neste estudo, a avaliação dos participantes pelo facilitador, pois a coleta não foi sistematizada. Essa avaliação é importante para balizar a autoavaliação, que tende a endossar notas mais altas.

Para tanto, sugiro que os relatórios sejam mais detalhados quanto às especificidades locais e que nas avaliações sejam incluídos dados sócio demográficos, de modo a permitir a verificação de associação entre as variáveis das avaliações.

O desafio deste estudo foi buscar compreender que aspectos do processo formativo potencializavam a aproximação entre educação e trabalho.

A metodologia adotada no processo formativo foi bem avaliada, principalmente, por permitir um espaço protegido para o diálogo e trocas de experiências, por meio de atividades pertinentes ao cotidiano de trabalho, que permitiram o compartilhamento de vivências e conhecimentos prévios dos participantes. Ademais, os projetos gerenciais trouxeram à superfície, o debate sobre a superlotação e estratégias para seu enfrentamento. Desse modo, a educação se aproxima do trabalho ao observar o pressuposto da EPS que deve ser “no trabalho e pelo trabalho”.

Por outro lado, o trabalho, vivo no agir das pessoas, pode permitir que os aprendizados se tornem ação ou não. Neste estudo, isso foi analisado por meio do suporte à transferência e mostrou que a chefia e os colegas são fundamentais para a implementação, permitindo que o conhecimento seja incorporado, institucionalizado. Mostrou também que a ausência de suporte material à transferência é um entrave à implementação, evidenciando a necessidade de uma

maior articulação com o nível central. Essa articulação deve ser cuidada pela IPPF, estando ela preocupada em garantir resultados favoráveis em longo prazo.

A finalidade última desse estudo foi conhecer para agir. Desse modo, os resultados serão apresentados e discutidos com a IPFF para que os sucessos sejam potencializados e as fragilidades corrigidas. Será realizada, também, uma devolutiva aos hospitais participantes do grupo focal, que se mostram interessados em conhecer os resultados para rever seus projetos de intervenção.

Referências

REFERÊNCIAS

Abbad GS, Coelho Junior FA, Freitas IA, Pilati R. Medidas de suporte em avaliação de treinamento, desenvolvimento e educação. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 395-422.

Abbad GS, Borges-Andrade JE. Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In: Zanelli JL, Borges-Andrade JE, Bastos AVB, organizadora. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 237-275.

Abbad GS. Medidas de avaliação de procedimentos, processos e apoio instrucionais em TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 443-68.

Abbad GS, Sallorenzo LH. Desenvolvimento e validação de escalas de suporte à transferência de treinamento. Revista de Administração. 2001, 36(2): 33-45.

Alástico GP, Toledo JC. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. Gest. Prod. [Internet]. 2013[cited 2016 Mar 03];20(4):815-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/gp/v20n4/aop_gp128412.pdf

Almeida Filho, NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18 (6): 1677-1682.

Antonello CS. A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma visão crítica. In: Ruas RL, Antonello CS, Boff LH, organizador. Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências. Porto Alegre: Bookman, 2005. p.12-32.

Ardagh M, Tonkin G, Possenniskie C. Improving acute patient flow and resolving emergency department overcrowding in New Zealand hospitals: the major challenges and the promising initiatives. NZMJ. 2011; 124 (1344): 64. Available from: <http://journal.nzma.org.nz/journal/124-1344/4904/>.

Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da decisão multissetorial. Oficina Social nº 3: Desenvolvimento social. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ;2000.

Balarin CS, Zerbini T, Martins LB. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. Revista Eletrônica de Administração. 2014; 20 (2): 341-370. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/41925>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141323112014000200341&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. DOI: 10.1590/1413-2311017201341925.

Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Bastos AVB, Gondim S, Loiola E. Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. RAUSP - Revista de Administração. 2004; 39 (3): 220-230.

Bastos AVB. O suporte oferecido pela pesquisa na área de treinamento. Revista de administração. 1991; 26 (4):87-102.

Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(2):231-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200014&lng=en&nrm=iso.

Berbel NAN, Gamboa AS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez uma perspectiva teórica e epistemológica. Filosofia e Educação (Online). 2012; 3 (2). Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/rfe/article/view/2363/2635>

Berbel NAN. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Revista Diálogo Educacional. 2012; 12(35):103-120.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en&nrm=iso

Bluestone J, Johnson P, Fullerton J, Carr C, Alderman J, Bontempo, J. Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review. Hum Resour Health. 2013; 1(11)

Borges MC. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. Medicina. 2014; 47 (3): 324-331. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86685/89706>.

Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Modelos de avaliação e aplicação em TD&E. In: Abbad GS et al. Organizadores. Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 20-35. Disponível em: http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01xf.pdf.

Borges-Andrade JE. Avaliação integrada e somativa em TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 343-58.

Brandao H P, Borges-Andrade JE, Guimaraes TA. Desempenho organizacional e suas relações com competências gerenciais, suporte organizacional e treinamento. Rev. Adm. (São Paulo). 2012; 47(4): 523-539. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072012000400002&lng=en&nrm=iso.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2003. p 19-24.

Brasil. Casa Civil. Portaria n 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social [citado 2016 nov. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado 2016 dez. 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1365, de 08 de julho de 2013. Aprova e institui Linha de cuidado ao trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.1864, de 29 de setembro de 2003a. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília. 2003a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2048 de 5 de novembro de 2002. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências: normas e manuais técnicos do MS. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2013a. p.12-14.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; 2004a

Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurkgant P. Coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; p.157-70.

Castilho V, Lima AFC, Fugulin FMT. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurkgant P. Coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.170-183

Castilho V, Baptista PCP. Gerenciamento de recursos físicos. In: Kurkgant P. Coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.158-169

Cattell RB. The Scree Test For The Number Of Factors. Multivariate Behavioral Research; 1966, 1(2), 245–276. http://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10

Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. 2009. [acessado 2014 setembro 23] Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>.

Ceccim RB. Réplica. Interface. 2005; 9(16). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832005000100016&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100016>.

Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface. 2009;13, Supl1:S545-555. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso.

Cecílio LCO. É preciso politizar o SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2276-78.

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p 151-67.

Cellard A. A Análise documental. In: Poupartj, Deslauriers JP, Groulx LH, Poperriere A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

Chorny AH. Planificacion em salud: viejas ideas em nuevos roupajes. In: Brasil, Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília; 2009.

Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface (Botucatu) [Internet]. 2008; 12(26): 659-666. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300016>.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.342 08 de março de 1991 In: Diário Oficial da União. Brasília; 1991 p 7014.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.077 de 2014 que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em : <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>.

Costello, AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*;2005; 10(7), 1–9.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 780-8

Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval. psicol.* [Internet]. 2012;11(2):213-28. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt.

Davini, MC. Enfoque, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009.

De Negri Filho A, Barbosa Z. O papel do hospital na rede de atenção à saúde – elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. *Consensus*. 2014 (11). [citado 2015 fevereiro 02] Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/>.

Dedecca CS, Trovão CJBM. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013; 18(6): 1555-1567. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400008>.

Distefano C, Zhu M, Mîndrilă D. Understanding and using factor scores: Considerations for the applied researcher. *Practical Assessment, Research & Evaluation*; 2009; 14(20), 1–11. Available from: <http://doi.org/10.1.1.460.8553>.

Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 26(8):1508-1518, 2010.

Estabrook R, Neale M. A comparison of factor score estimation methods in the presence of missing data: Reliability and an application to nicotine dependence. *Multivariate Behavioral Research*. 2013; 48(1), 1–26. Available from: <http://doi.org/10.1080/00273171.2012.730072>.

Faria RMB. Institucionalização da política de Educação Permanente para o SUS: Brasil, 1997-2006. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Felix CMR. A prática de competências gerenciais no setor público. *Revista de Administração Pública*. 2005; 39 (2):255-278

Fernandes SRP, Bastos AVB, Tironi MOS, Viana ACV. “Cuidar-se para cuidar”: avaliação de um programa de desenvolvimento de pessoas de um hospital. In: In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.558-70

Feuerwerker LM (org). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

Feuerwerker LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface -Comunic., Saúde, Educ*. 2005; 9 (18): 489-506.

Figueiredo Filho D, Silva Junior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin. Publica* 2010;16(1);160-85 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762010000100007&lng=en&nrm=iso. .access on 29 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>.

Fraga GP, Pereira Junior GA, Fontes CER. O ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina: situação atual e recomendações para a matriz curricular. In: Lampert JB, Bicudo AM. Organizadores. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2014) [citado 2016 dez 23] Disponível em: http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Projetos_ABEM_Diretrizes_Curriculares_Cap3.pdf.

Freitas IA, Borges-Andrade JE, Abbad GS, Pilati R. et al. Medidas de impacto de TD&E no trabalho e nas organizações. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 489-504.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(6):1171-81.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 2010 Pearson Prentice Hall.

Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. Psychometrika. 1965;30(2), 179–185. <http://doi.org/10.1007/BF02289447>

Laros JA. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: Laros JA, Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: LAbPam 2005; 163-184.

Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016; 21(3): 913-922. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>.

Loiola E, Nêris JS, Bastos AVB. Aprendizagem em organizações: mecanismos que articulam processos individuais e coletivos. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Mendonça FF, Nunes EFPA, Garanhani ML, GonzálezAD. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15 (5), 2593-2602 [Internet]. 2010 Aug [cited 2017 Jan 26] ; 15(5): 2593-2602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500033&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500033>.

Meneses P, Zerbine T, Abbad G. Manual de treinamento organizacional. Porto Alegre: Artmed, 2010. p 93

Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist Cienc Saúde Manguinhos*. 2014; 21(1): 77-92.

Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7):1620-25.

Merhy EE, Feuerweker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. [citado 2016 dez. 19] Disponível em: https://static.atencaobasica.org.br/II_Mostra_EP/EPs-educacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

Mira VL et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Rev Esc de Enferm USP*. 2011; 45:1574-1581.

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

Moreira MA. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. *Aprendizagem significativa em revista*. 2011. 1 (3): 25-46.

Moreira MA. O que é afinal aprendizagem significativa? [Aula inaugural do Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciências Naturais. Apresentada em 23 de abril de 2012].

Muthén LK, Muthén BO. (1998-2010). *Mplus User's Guide*. Sixth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):847-849.

O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2008 Out [citado 2017 Jan 24] ; 13(5):1637-1648. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500027>.

O' Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2009 [citado 2015 Jan 31]; 14(5):1881-1890. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en.

O' Dwyer GO. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15 (5): 2395-2404.

Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington, DC: OPS, 2011, p. 05-14.

Otrenti E, Mira VL, Bucchi SM, Borges-Andrade, J.E. Evaluation of formal educational processes for healthcare professionals. Invest Educ Enferm. 2014; 32(1):103-111.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011:11-31. Available from: DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.

Paim J. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8(2): 557-67.

Paim J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782.

Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

Poll MA, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta paul. Enferm.* 2008; 21(3):509-514 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300021&lng=en&nrm=iso. Acessado 2016 Dez. 29. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300021>.

Primi R, Santos D, John OP, De Fruyt P. Development of an Inventory Assessing Social and Emotional Skills in Brazilian Youth. *European Journal of Psychological Assessment.* 2016; 32(1): <http://doi.org/10.1027/1015-5759>.

R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2015. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.

Revelle W. Psych: Procedures for Personality and Psychological Research. Evanston, Illinois. 2015. Retrieved from <http://cran.r-project.org/package=psych>. Version = 1.5.8.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. São Paulo: Fiocruz, 2012.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade e agir comunicativo. *Ciência & Saúde coletiva.* 1999; 4 (2): 355-65.

Rodrigues PH, Santos IS. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. 2 ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p 67.

Rovere MR. Gestion estratégica de la educación permanente em salud. In: Haddad QJ, Roscke MAC, Davini MC. Editores. Educación permanente de personal de salud. Washington, DC: OPAS, 1994. 247p.

Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2005; 39(4): 460-8.

Santos PT, Mira VL, Otrenti E, Messias M, Zinn G. Evaluations of satisfaction, learning and impact on a health care training program. *Business Management Review (BMR).* 2015; 4: 342-348

Santos PT, Mira VL, Sarraf, PA. Significado atribuído pelos participantes de um treinamento às técnicas de avaliação. *REME.* 2010; 13: 485-491

Santos, PT. Avaliação da satisfação, aprendizagem e impacto do curso introdutório à estratégia saúde da família: um aporte metodológico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.

Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. Rev Med Minas Gerais 2008; 18(Supl. 4): S60-S66

Soares SMS, Serapioni M, Caprara A. aprendizagem baseada em problemas na pós-graduação: a experiência do curso de gestores de sistemas locais de saúde no Ceará. Rev Bras Educ Méd 2001;25(1):54-60.

Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Med J Aust. 2006; 184:208-12.

Terciotti SH. O poder, a comunicação e o diálogo no ambiente organizacional. ORGANICOM. Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas. 2008. 9:23-32.

Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Rev SOCERJ.2007; 20(5): 383-86.

Vieira, MNCM, Panúncio-Pinto MP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. Medicina (Ribeirão Preto. Online) 48.3 (2015):241-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p241-248>.

Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Zinn GR. Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma pratica possível [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2015.

Apêndices

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO GERENCIAL

Identificação do hospital: _____

Para avaliar o projeto atribua um número ao item conforme a seguinte escala:

1 Não se aplica	2 Não atende ao critério	3 Atende parcialmente ao critério	4 Atende plenamente ao critério
--------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

Apresentação do projeto	Ponto	Observação
Capa		
Lista de abreviaturas		
Lista de ilustrações		
Lista de tabelas		
Sumário		
Formatação		
Clareza da redação		
Apresentação do hospital	Ponto	Observação
História		
Missão		
Organograma		
Estrutura assistencial		
Produção anual		
Área de abrangência		
População de cobertura		
Tipologia		
Tipo de leito		
Caracterização da clientela		

Análise situacional	Ponto	Observação
Apresentação de relatórios		
Definição de problemas		
Justificativa das escolhas		
Fundamentação teórica		
Lista de potencialidades e fragilidades		
PES	Ponto	Observação
Descrição dos problemas		
Descritores		
Resultados esperados		
Nós críticos		
Operações		
Atores		
Posição dos atores		
Responsável pela operação		
Prazos		

APÊNDICE 2 – ROTEIRO GRUPO FOCAL – 1º ENCONTRO

- Apresentação do projeto
- Assinatura do TCLE
- Apresentação dos participantes
- Avaliação da elaboração do projeto gerencial
 - o Como foi elaborar o projeto?
 - o Consideram que as orientações do apoiador, docentes e facilitadores foram suficientes?
 - o Quais as principais dificuldades e facilidades na elaboração?
 - o Quais os sentimentos?
 - o Sugestões

Relatório

Elaboração do projeto
Orientações
Dificuldades
Facilidades
Sentimentos
Sugestões

APÊNDICE 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS

**Avaliação de processo formativo voltado para gerentes de serviços hospitalares:
distâncias entre educação e trabalho.**

Eu, Patricia Tavares dos Santos, RG 32.188543-0, baseada nos itens III. 3.i e III. 3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12) solicito autorização para utilizar o banco de dados referentes ao Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar e declaro que:

- O acesso aos dados registrados em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-EEUSP e de sua instituição;
- Os dados serão às avaliações do curso de aperfeiçoamento gerencial, listas de inscrição, projetos gerenciais e ementas do curso
- O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato.
- Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou instituição, inclusive em termos de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- A pesquisadora responsável estabelecerá salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa.
- Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no projeto;
- Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do representante da instituição _____

Responsável: Patricia Tavares dos Santos - Contatos: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP; Telefone (11) 99133-2425; e-mail: patriciatavaress@yahoo.com.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, por gentileza entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da EEUSP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP - E-mail: edipesq@usp.br, telefone (11) 3061-7548

APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Avaliação de processo formativo voltado para gerentes de serviços hospitalares: distâncias entre educação e trabalho.

Eu....., abaixo assinado, responsável pela(o)....., autorizo a realização do estudo....., a ser conduzido pela pesquisadora Patricia Tavares dos Santos. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

São Paulo ,..... dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Responsável pela pesquisa: Patricia Tavares dos Santos -Contatos: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP; Telefone (11) 99133-2425; e-mail: patriciatavaress@yahoo.com.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, por gentileza entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da EEUSP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP - E-mail: edipesq@usp.br , telefone (11) 3061-7548 OU Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Patricia Tavares dos Santos, doutoranda da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e gostaria de convidar o senhor (a) para participar de entrevistas em grupo, que são parte do estudo **Avaliação de processo formativo voltado para gerentes de serviços hospitalares: distâncias entre educação e trabalho**.

O objetivo geral do estudo é avaliar o curso de aperfeiçoamento voltado a gerentes atuantes na linha de atenção às urgências no ambiente intra-hospitalar, considerando a reação, aprendizagem e impacto.

Essa pesquisa visa contribuir para o aperfeiçoamento das ações educativas voltadas para profissionais de saúde.

Sua participação é inteiramente voluntária e consistirá em comparecer a três reuniões com duração de duas horas cada uma, com intervalo mínimo de um mês. As reuniões acontecerão na sua instituição de trabalho e os horários serão combinados com o grupo de participantes, conforme conveniência. Essas reuniões serão gravadas, para que possam ser analisadas e aproveitadas todas as opiniões do grupo. Essas informações serão utilizadas apenas para o uso em trabalhos científicos, sem identificação dos participantes.

Informo que existe a possibilidade de haver risco de exposição, considerando que os participantes serão estimulados a debater aspectos relacionados ao seu processo de trabalho.

Caso concorde em participar, leia atentamente as informações abaixo, pergunte sobre qualquer detalhe que não entender e assine o documento, autorizando desta forma que os dados colhidos sejam utilizados nessa pesquisa.

Ressalto que sua participação é voluntária e sem custos. Caso deseje desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento sem prejuízo ou consequência.

Garanto que as informações obtidas durante as discussões não serão divulgadas para outro fim, a não ser para a sua pesquisa, e que a identidade dos participantes será preservada.

O senhor (a) ficará com uma via do TCLE, assinada pela pesquisadora.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre esse trabalho, sendo acessada no endereço e telefone que estão escritos logo abaixo. Caso tenha qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, por gentileza entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da EEUSP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP - E-mail: edipesq@usp.br, telefone (11) 3061-7548 OU Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Nome completo e assinatura do participante

Responsável pela obtenção do TCLE: Patricia Tavares dos Santos

Contatos: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP; Telefone (11) 99133-2425; e-mail: patriciatavaress@yahoo.com.br

Assinatura: _____

APÊNDICE 6 –
FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS AOS ITENS DAS ESCALAS

Avaliação da satisfação do módulo Introdutório

Avaliação da satisfação dos 10 módulos

Autoavaliação

APÊNDICE 7 – TABELAS – ESCORES DE AVALIAÇÃO DOS PROJETOS POR REGIÃO

Tabela – Escores dos projetos gerenciais dos hospitais da Região Metropolitana 1, por critério. São Paulo, 2016

Hospital/Categoria	Apresentação do projeto	Apresentação do hospital	Análise situacional	PES	Escore total
RM1.1	28	72	42	100	242
RM1.2	20	64	42	104	230
RM1.3	22	70	51	136	279
RM1.4	25	60	42	96	223
RM1.5	21	74	51	92	238
RM1.6	19	72	48	100	239
RM1.7	25	74	42	112	253
RM1.8	26	74	45	144	289
RM1.9	20	68	36	92	216
RM1.10	20	78	48	100	246
RM1.11	21	70	42	92	225
RM1.12	22	76	42	120	260
RM1.13	26	76	51	108	261

Tabela – Escores dos projetos gerenciais dos hospitais da Região Metropolitana 2, por critério. São Paulo, 2016

Hospital/Categoria	Apresentação do projeto	Apresentação do hospital	Análise situacional	PES	Escore total
RM2.1	24	66	39	116	245
RM2.2	20	60	33	96	209
RM2.3	25	80	45	96	246
RM2.4	25	58	36	96	215
RM2.5	21	60	42	100	223
RM2.6	24	76	48	112	260
RM2.7	21	70	51	96	238
RM2.8	28	76	39	100	243
RM2.9	21	40	36	88	185

Tabela – Escores dos projetos gerenciais dos hospitais da Capital, por critério.
São Paulo, 2016

Hospital/Categoria	Apresentação do projeto	Apresentação do hospital	Análise situacional	PES	Escore total
C1	27	46	51	76	200
C2	27	62	54	140	283
C3	28	58	51	80	217
C4	18	62	42	80	202

Anexos

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DO MÓDULO INTRODUTÓRIO

Este instrumento foi elaborado pela equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto pedagógico do processo formativo.

No âmbito deste Curso de Aperfeiçoamento os processos avaliativos têm o propósito de mobilizar a reorientação e aprimoramento das atividades e do desempenho das pessoas nelas envolvidas.

Sua avaliação acerca deste Módulo é indispensável e valiosa para a obtenção dos resultados desejados.

São apresentadas assertivas referentes a aspectos importantes do Módulo e ao desempenho dos participantes deste processo de formação. Leia cuidadosamente cada assertiva e indique seu grau de concordância com cada uma delas, observando uma escala de 1 (Discordância total) até 6 (Concordância total). Caso você julgue não ter elementos para avaliar a assertiva, assinale a opção Não sei responder.

Agradecemos sua colaboração.

Encontro Presencial	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Os objetivos educacionais deste módulo foram atendidos de maneira coerente com os objetivos do Curso.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
O conteúdo abordado (referenciais pedagógicos da formação) contribui para o entendimento da dinâmica de trabalho que será desenvolvida durante o curso.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
O tempo para a realização das atividades foi adequadamente dimensionado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
A carga horária total do Módulo foi adequada.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desenvolvimento do módulo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões							

Facilitador da Aprendizagem	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Demonstrou competências pedagógicas para fazer a mediação do pequeno grupo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Orientou adequadamente as tarefas a serem realizadas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Mostrou-se disponível para esclarecer dúvidas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Estimulou a participação dos alunos nas atividades desenvolvidas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desempenho global do facilitador de aprendizagem	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							
Docente/Palestrante	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Desenvolveu a aula dialogada com competência (conhecimento específico e abordagem didática), favorecendo o aprofundamento do conteúdo abordado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Orientou adequadamente as atividades a serem desenvolvidas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Mostrou-se disponível para atender demandas dos alunos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desempenho global do docente/palestrante.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DO MÓDULO

Este instrumento foi elaborado pela equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto pedagógico do processo formativo.

MÓDULO:

Período:

AVALIAÇÃO DO MÓDULO

No âmbito deste Curso de Aperfeiçoamento os processos avaliativos têm o propósito de mobilizar a reorientação e aprimoramento das atividades e do desempenho das pessoas nelas envolvidas.

Sua avaliação acerca deste Módulo é indispensável e valiosa para a obtenção dos resultados desejados.

São apresentadas assertivas referentes a aspectos importantes do Módulo e ao desempenho dos participantes deste processo de formação. Leia cuidadosamente cada assertiva e indique seu grau de concordância com cada uma delas, observando uma escala de **1 (Discordância total)** até **6 (Concordância total)**. Caso você julgue não ter elementos para avaliar a assertiva, assinale a opção **Não sei responder**.

Agradecemos sua colaboração.

Encontro Presencial	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Os objetivos educacionais deste módulo foram atendidos de maneira coerente com os objetivos do Curso.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
O conteúdo abordado estava adequado ao desenvolvimento gerencial da atenção às condições de saúde agudas no ambiente intra-hospitalar no contexto da Rede de Atenção às Urgências de caráter regional.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
A metodologia de ensino aprendizagem (Método da problematização) contribuiu para a articulação teoria e prática.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder

Encontro Presencial	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
A bibliografia despertou interesse pelo conteúdo e temas relevantes correlatos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
O tempo para a realização das atividades em Plenária foi adequadamente dimensionado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
O tempo para a realização das atividades em Pequeno Grupo foi adequadamente dimensionado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
A carga horária total do Módulo foi adequada.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desenvolvimento dos encontros presenciais módulo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder

Comentários e sugestões:

Período de Dispersão	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Os objetivos educacionais das atividades foram atendidos de maneira coerente com os objetivos do Curso.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
As atividades propostas favoreceram a aplicabilidade dos referenciais teóricos à sua prática profissional.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
As atividades foram adequadamente apresentadas e organizadas favorecendo a produção dos resultados desejados.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
O tempo dimensionado para as atividades foi compatível com suas atividades de trabalho.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder

Encontro Presencial	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
A comunicação entre os colegas de grupo e o (s) facilitador (es) da aprendizagem ocorreu de maneira efetiva favorecendo a realização das atividades previstas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desenvolvimento das atividades de dispersão.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							
Facilitador da Aprendizagem	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Interagiu com o pequeno grupo de maneira cordial.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Demonstrou competências pedagógicas para fazer a mediação do pequeno grupo e acompanhar a realização das atividades.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Estimulou a participação dos alunos nas atividades presenciais e de dispersão.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Orientou adequadamente tarefas a serem realizadas no encontro presencial e no período de dispersão.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Mostrou-se disponível para esclarecer dúvidas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Foi assíduo e pontual no cumprimento da agenda de trabalho proposta e a pactuada no pequeno grupo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desempenho global do facilitador de aprendizagem.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							

Docente/Palestrante	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Desenvolveu a aula dialogada com competência (conhecimento específico e abordagem didática), favorecendo o aprofundamento do conteúdo abordado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Orientou adequadamente as atividades de dispersão.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Acompanhou as atividades dos encontros presenciais, mostrando-se disponível para atender as necessidades do aluno.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Fiquei satisfeito com o desempenho global do docente/palestrante.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							
Infraestrutura (Esta dimensão será incluída a cada 3 módulos)	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
As atividades presenciais foram realizadas em local adequado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Os materiais e equipamentos necessários estavam adequados para o desenvolvimento das atividades programadas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Existe disponibilidade de espaço físico e recursos de informática no local de trabalho para as atividades de dispersão.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							

Coordenação /Apoiador Transversal (Esta dimensão será incluída a cada 3 módulos)	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Foram atuantes, colocando-se disponíveis para apresentar respostas adequadas para as demandas dos alunos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Buscaram favorecer a integração entre alunos, facilitador (es) de aprendizagem e demais participantes deste Módulo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Comentários e sugestões:							

ANEXO 3 – AUTOAVALIAÇÃO

Este instrumento foi elaborado pela equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto pedagógico do processo formativo.

MÓDULO:

Período:

AUTO AVALIAÇÃO

Neste Curso de Aperfeiçoamento a avaliação do desempenho do aluno, ao assumir a perspectiva formativa, inclui a autoavaliação por permitir a reflexão e explicação sobre o processo de ensino aprendizagem do ponto de vista do educando. A intenção é mapear avanços, limites e possibilidades das atividades vivenciadas tendo em vista às competências relacionadas ao desenvolvimento gerencial no ambiente intra-hospitalar.

Para tanto, são apresentadas assertivas referentes à sua participação e às competências relacionadas às áreas estruturantes da formação em Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar.

Julgue o seu nível de aprendizagem indicando o seu grau de concordância com cada uma das assertivas. Para tanto, deve observar a escala de **1 (Discordância total)** até **6 (Concordância total)**. Caso você julgue não ter elementos para avaliar a assertiva, assinale a opção **Não sei responder** e quando considerar não pertinente ao Módulo, assinale **Não se aplica**.

Agradecemos sua colaboração.

	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Participei ativamente do desenvolvimento deste módulo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Mantive relação cordial com os colegas e facilitador (es) de aprendizagem.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Realizei as tarefas propostas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Realizei a leitura da bibliografia básica.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder

	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
Desenvolvi competência (s) e habilidade (s) relacionadas ao desenvolvimento gerencial que não possuía antes da participação neste Módulo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder
Das competências e habilidades abaixo julgue quais você adquiriu ou aprimorou ao participar deste Módulo:							
• Conhecimentos teóricos para área de desenvolvimento gerencial intrahospitalar.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Conhecimentos práticos para área de desenvolvimento gerencial intrahospitalar.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Estabelecimento de relações entre os referenciais teóricos e as práticas gerenciais.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Compreensão e reflexão crítica de problemas relacionados ao fluxo do paciente agudo no contexto da rede de atenção às urgências e emergências.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Coleta, análise e interpretação de dados e informações.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Elaboração, aplicação e avaliação de técnicas e estratégias de intervenção no ambiente intrahospitalar.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica

	Discordo Totalmente 1	2	3	4	5	Concordo Totalmente 6	
• Promoção da integração dos diferentes serviços intrahospitalar de forma a qualificar as práticas clínicas garantindo ótimos padrões clínicos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Implementação de processos de educação permanente como ação transformadora das práticas do cuidado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Trabalho em equipe multi e interdisciplinar da perspectiva das necessidades de saúde de modo à transformação das práticas	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
• Compromisso ético com a prática em saúde.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	☐ Não sei responder ☐ Não se aplica
Comentários e sugestões:							

ANEXO 4 – ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO GERENCIAL

Este documento foi elaborado pela equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto pedagógico do processo formativo.

I. OBJETIVOS DA ELABORAÇÃO DO PROJETO GERENCIAL NO CURSO

- Desenvolver o pensamento crítico e reflexivo para explicar a realidade;
- Realizar diagnóstico situacional dos serviços intra hospitalar integrantes do fluxo do paciente agudo;
- Identificar as transformações a serem desenvolvidas para transformar a realidade da atenção hospitalar aos pacientes agudos ou agudizados.
- Elaborar planos de intervenção necessários para garantir a qualidade da atenção às urgências no contexto dos serviços hospitalares. Elaborar painéis de controle que permitam monitorar indicadores que permitam avaliar a implantação e desempenho das intervenções adotadas.

II. DINÂMICA METODOLÓGICA PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO GERENCIAL

O Projeto Gerencial, elaborado em grupo de profissionais de cada unidade hospitalar, constitui um processo contínuo que têm como material essencial os produtos das atividades de dispersão e discussão nos encontros presenciais com os facilitadores de aprendizagem e com os docentes especialistas.

Cada etapa do Arco da Problemática é revisitada, enriquecida com novos olhares, a cada novo módulo, de forma a construir um projeto gerencial que considere integralmente a linha de cuidado do paciente agudo.

III. ESTRUTURA DA VERSÃO FINAL PROJETO GERENCIAL

- Capa: deverá conter informações de identificação tais como nome da instituição; nome dos autores; local e ano de elaboração, além das logomarcas do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e da IPPF;
- Lista de abreviaturas e siglas (opcional): as abreviaturas e siglas deverão ser apresentadas em ordem alfabética seguidas das expressões correspondentes grafadas por extenso.
- Lista de ilustrações (opcional): deverá ser elaborada segundo a ordem apresentada no texto, apontando título e número da página.

- Lista de tabelas (opcional): deverá ser elaborada segundo a ordem apresentada no texto, apontando título e número da página.
- Sumário: deverá conter as divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia em que o texto nele se sucede, sendo apontada a página correspondente.

Apresentação do hospital

Os itens abaixo indicados devem ser descritos:

- História e Missão;
- Organograma;
- Estrutura assistencial e produção anual;
- Área de abrangência e População de cobertura de cada serviço que atende urgências no corpo do hospital;
- Tipologia do hospital e dos seus leitos;
- Características da clientela que demanda os serviços – demografia, epidemiologia, perfil sócio econômico e territórios de origem.

Análise Situacional Final

Os diagnósticos realizados devem compor uma análise situacional do hospital. Esta consiste no compilado de todos os diagnósticos realizados ao longo dos módulos do curso, incluindo um balanço das forças a favor e contra as transformações almejadas.

A análise situacional deve articular os seguintes itens, que devem ser anexados:

- Relatórios elaborados ao longo do curso, por módulo, apresentando as informações coletadas nas atividades de dispersão e tendo como ponto de partida as respostas dos roteiros.
- Definição dos problemas a enfrentar, de acordo com o levantamento realizado nos módulos, e justificativa da(s) escolha(s).
- Argumentação defendendo os referenciais de padrões desejáveis e as formas de alcançá-los, segundo a literatura ou experiências estudadas.
- Lista das potencialidades e os pontos de melhoria, definidas por módulo.

Assim, o relatório de cada módulo deverá conter: diagnóstico situacional, lista de potencialidades, pontos de melhoria e prioridades que serão trabalhadas.

Planejamento Estratégico Situacional

Apresentação do planejamento estratégico situacional para o enfrentamento dos problemas identificados e a serem enfrentados a curto, médio e longo prazo (6, 30 e 60 meses).

O planejamento deverá conter:

- Descrição do problema, seus descritores e resultados esperados;
- Nós críticos, as operações necessárias para a resolução do problema e os atores detentores do recurso crítico, apontando sua posição quanto ao problema.

Podem ser recursos críticos: conhecimento do problema/informação, capacidade organizativa, capacidade política, capacidade de controle de recursos financeiros, entre outros;

- Responsáveis pela operação e os prazos estabelecidos.

Ao final do trabalho deverão ser apresentadas as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do projeto.

Podem ser apresentados também documentos em anexo, caso seja necessário.

Formatação

- Margens: deverão obedecer a distância de 3 cm na borda superior, 2,5 cm na borda inferior e 4 cm bordas laterais. Fonte: recomenda-se a utilização de fonte número 12 no corpo do texto.
- Espaçamento: recomenda-se que o texto seja digitado com espaço 1,5 cm entre as linhas (ABNT, 2011).

Outras recomendações

A elaboração do projeto deve ser realizada ao longo dos módulos e deve ser uma construção coletiva. Assim, recomenda-se que o grupo participante do curso convide lideranças e possíveis parceiros de seu hospital.

Solicite o apoio de seu facilitador de aprendizagem para o desenvolvimento do projeto.

O aluno deverá consultar as referências bibliográficas disponibilizadas nos módulos, principalmente as que abordam o tema Planejamento Estratégico Situacional.

A formatação deve seguir as normas da ABNT.

Referências

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. 3. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22^a ed. São Paulo: Cortez, 2002.