



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO - CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL - GESTÃO
EM ORGANIZAÇÕES APRENDENTES**

VANUSA NASCIMENTO SABINO NEVES

**GESTÃO EM SAÚDE: uma proposta de melhorias segundo os quatro pilares da
educação para o século XXI**

João Pessoa - PB

2013

VANUSA NASCIMENTO SABINO NEVES

GESTÃO EM SAÚDE: uma proposta de melhoria segundo os quatro pilares da educação para o século XXI

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão em Organizações Aprendentes.

Orientadora: Prof^a Dr^a Emília Maria da Trindade Prestes.

João Pessoa - PB

2013

N512g Neves, Vanusa Nascimento Sabino.

Gestão em saúde: uma proposta de melhorias segundo os quatro pilares da educação para o século XXI / Vanusa Nascimento Sabino Neves.- João Pessoa, 2013.

122f.

Orientadora: Emília Maria da Trindade Prestes

Dissertação (Mestrado) – UFPB/MPGOA

1. Administração hospitalar. 2. Gerências - serviço de saúde.
3. Aprendizagem. 4. Competências. 5. Educação - século XXI.

UFPB/BC

CDU: 65:615.478.1 (043)

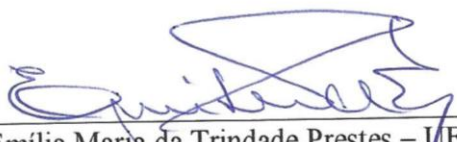
VANUSA NASCIMENTO SABINO NEVES

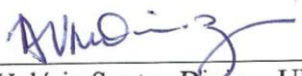
GESTÃO EM SAÚDE: uma proposta de melhorias segundo os quatro pilares da educação para o século XXI

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão em Organizações Aprendentes.

Aprovada em: 17 de setembro de 2013

BANCA EXAMINADORA


Profª Drª Emília Maria da Trindade Prestes – UFPB/CE
Presidente


Profª Drª Adriana Valéria Santos Diniz – UFPB/CE
Titular Pertencente ao MPGOA


Profª Drª Marta Miriam Lopes Costa – UFPB/CCS
Titular Externo ao MPGOA

João Pessoa-PB

2013

À Elda Maísa e a Adriel Vitor, filhos incondicionalmente amados, que nas minhas várias e longas horas de clausura, silenciosamente, aproximavam-se de mim e num abraço carente perguntavam de mansinho: “Mamãe, ainda falta muito?” Isso dilacerava o meu coração. Ainda tão pequeninos e já compreensivos diante da privação de mim.

À Alice do Nascimento Idalino e a João Sabino, meus pais, minha fonte primeira de perseverança e dignidade mesmo diante das adversidades.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, Todo Poderoso, que sempre esteve comigo em toda a caminhada, tornando realidade meus sonhos mais distantes, motivando-me a seguir com coragem e determinação, capacitando-me a transpor os obstáculos necessários ao meu amadurecimento pessoal, profissional e espiritual.

A todos os meus **familiares**, consanguíneos e afins. Em especial meus **filhos** e a meus **pais**, os quais na gradação do meu amor ocupam os lugares mais seletos.

Antes do equívoco imperdoável por algum esquecimento, agradeço **a todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo. Principalmente aos **amigos**, parentes que escolhemos e presentes que damos a nós mesmos.

À **Profª Drª Emília Maria da Trindade Prestes**, pela competência, disponibilidade, ensinamentos e carinho, possibilitando a busca e o encontro dos meus próprios caminhos na construção deste estudo.

Ao **Profº Drº Elydio dos Santos Neto**, pelas valiosas orientações primeiras. Com fé, aguardamos o seu retorno em breve.

Aos **membros da banca**, pela disponibilidade e contribuições imprescindíveis na construção e reconstrução deste trabalho.

À minha colega e amiga Maria do Livramento Neves Silva (**Menta**), pela escuta qualificada, incentivo e orientações diante das demandas acadêmicas, profissionais e pessoais.

Aos **professores do MPGOA/UFPB**, dos quais pude receber as pistas necessárias à concretização de mais uma parcela da aprendizagem ao longo da minha vida.

À **Direção, à Supervisão de Enfermagem, aos Gerentes e aos profissionais de enfermagem das Unidades de Neonatologia do Hospital General Edson Ramalho**, pelo incentivo, compreensão e participação construtiva.

À **Divisão de Enfermagem, à Gerência de Enfermagem da Obstetrícia e aos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem da obstetrícia/ berçário do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba**, pelo incentivo.

Muito obrigada!

“O futuro tem muitos nomes.
Para os fracos é o inalcançável.
Para os temerosos, o desconhecido.
Para os valentes é a oportunidade”.

(VICTOR HUGO)

RESUMO

NEVES, V. N. S. **Gestão em saúde:** uma proposta de melhorias segundo os quatro pilares da educação para o século XXI. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

Estudo de campo, exploratório, descritivo, participante e qualitativo, cujo objetivo principal foi conhecer o posicionamento dos gerentes setoriais de uma organização pública hospitalar sobre as competências necessárias para um melhor desempenho profissional tendo como base de análise os quatro pilares da educação para o século XXI. A fundamentação teórica apoiou-se na teoria das organizações aprendentes, de Peter Segen, e nos aspectos inerentes à aprendizagem ao longo da vida, à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, às competências profissionais, entre outros. A amostra não probabilística e intencional foi composta por dezesseis gerentes dos setores assistenciais, administrativos e de apoio de um hospital público estadual de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados através de questionário, de diário de campo, de gravação e de filmagem de reuniões problematizadoras realizadas com os sujeitos, nos meses de maio e julho do ano de 2013. Para a interpretação dos resultados, usou-se a técnica de análise temática do conteúdo proposta por Bardin. Dentre os resultados, evidenciou-se o seguinte posicionamento: a) no pilar aprender a conhecer, para a categoria gerencial, as competências mais necessárias são conhecimentos técnicos, científicos e administrativos; para os gerenciados, são conhecimentos técnicos e científicos; b) no pilar aprender a fazer, para os gerentes, as principais competências são as habilidades para realizar as atividades administrativas e as ações e intervenções pertinentes aos gerenciados; para os gerenciados, são as habilidades para agir conforme os procedimentos operacionais padrão; c) no pilar aprender a viver juntos, tanto para gerentes como para os gerenciados, foi mais destacada a capacidade de trabalho em equipe; d) no pilar aprender a ser, tanto para os gerentes como para os gerenciados, enfatizaram a humildade. Conclui-se que os desafios à atividade gerencial setorial hospitalar são múltiplos e complexos, dentre os quais as fragilidades inerentes à capacitação profissional se projetam como as mais urgentes de intervenção multiprofissional. Recomenda-se que o planejamento, a implementação e a avaliação das ações educativas profissionais sejam ancorados nos pilares da educação para o século XXI.

Palavras-chave: Aprendizagem ao longo da vida. Pilares da educação para o século XXI. Competências. Gerência de serviços de saúde.

ABSTRACT

NEVES, V. N. S. **Health management**: a proposal for improvements in the four pillars of education for the XXI century. 2013. 122 f. Dissertation (Professional Master in Management in Organizations Learners) - Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2013.

It is a field study of exploratory, descriptive, participant and qualitative nature, whose main objective was to understand the conception of the sector managers of a public hospital about the necessary competences for a better professional performance based on the analysis of the four pillars of education for the XXI century. The theoretical foundation was grounded on Peter Segen's theory of learning organizations and on the inherent aspects of lifelong learning, on the National Policy of Continuous Education in Health, and on professional competences, among others. The non-probabilistic and intentional sampling was comprised of sixteen managers of healthcare, administrative and support sectors of a public hospital in João Pessoa-PB. Data were collected by means of a questionnaire, a field diary, recording and filming of problematic meetings carried out with the individuals, from May to July, 2013. For interpreting the results, Bardin's content analysis technique was used. Among the results, the following aspects were highlighted: a) in the pillar learn to know, for the managerial category, the mostly required competences are related to technical, scientific and administrative knowledge; for those who are managed, these make reference to technical and scientific knowledge; b) in the pillar learn to do, for the managers, the main competences are the skills for fulfilling the administrative activities and the actions and interventions regarding those who are managed; for the managed employees, the competences refer to the skills for performing according to the standard operational procedures; c) in the pillar learn to live together, both for the managers and for those who are managed, the most emphasized competence was the capacity to work as a team; d) in the pillar learn to be, both for the managers and for those who are managed, attitudes of humility were emphasized. It can be concluded that the challenges to hospital sector managerial activity are multiple and complex, among these the fragilities inherent to professional capacity are pointed out as the most urgent ones of multiprofessional intervention. It is recommended that planning, implementation and evaluation of education professionals actions be anchored in the educational pillars for the XXI century.

Keywords: Lifelong learning. Pillars of education for the XXI century. Competences. Management of health services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CEB	Câmara de Educação Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MPGOA	Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	<i>The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	As cinco disciplinas essenciais às organizações aprendentes.....	27
FIGURA 2 -	Relação entre os quatro pilares da educação para o século XXI e aprendizagem ao longo da vida.....	33
FIGURA 3 -	O quadrilátero da formação na PNEPS.....	35
FIGURA 4 -	Trajetória da coleta de dados da pesquisa.....	65
FIGURA 5 -	Etapas operacionais da análise temática dos dados do estudo.....	67
FIGURA 6 -	Categoria e subcategorias relativas à formação e qualificação gerencial hospitalar.....	74
FIGURA 7 -	Categoria e subcategorias atinentes aos desafios do exercício gerencial hospitalar.....	75
FIGURA 8 -	Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar aprender a conhecer.....	85
FIGURA 9 -	Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar aprender a fazer.....	87
FIGURA 10 -	Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar aprender a viver juntos.....	89
FIGURA 11 -	Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar aprender a ser.....	91
FIGURA 12 -	Categorias e subcategorias acerca do plano de capacitação.....	93

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Categorização das competências gerenciais e aplicabilidade na atividade gerencial.....	53
QUADRO 2 -	Caracterização dos sujeitos participantes da primeira fase da pesquisa	71
QUADRO 3 -	Caracterização dos sujeitos participantes da segunda fase da pesquisa.	72
QUADRO 4 -	Competências identificadas pelos sujeitos como fragilizadas dentre a equipe gerencial e seus gerenciados.....	97

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA, OBJETO DE ESTUDO E QUESTÕES NORTEADORAS.....	13
1.2 RAZÃO DE SER DA PESQUISA	17
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 Objetivo geral.....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	19
 2 REFERENCIAL TEÓRICO	 21
2.1 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL NA CONTEMPORANEIDADE.....	21
2.1.1 Aspectos teóricos sobre a aprendizagem organizacional	21
2.1.1.1 O que são organizações aprendentes?.....	25
2.1.2 Aprendizagem ao longo da vida	28
2.1.2.1 O enfoque da UNESCO para a aprendizagem ao longo da vida: os quatro pilares da educação para o século XXI.....	30
2.1.2.2 A estratégia do SUS para a aprendizagem de seus trabalhadores: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	34
2.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	40
2.2.1 Para entender gestão no SUS: gerentes ou gestores dos serviços de saúde?.....	41
2.2.2 Caracterização dos serviços de saúde	42
2.2.3 Modelo biomédico.....	46
2.2.4 Cultura organizacional.....	47
2.2.5 Competências requisitadas do gerente dos serviços hospitalares	49
 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	 56
3.1 TIPOLOGIA DE ESTUDO	57
3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	58
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO	59
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	60
3.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	62
3.5.1 Pré-teste do questionário para a coleta de dados.....	62
3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	62
3.6.1 Caracterização dos encontros.....	63
3.7 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	65
 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	 70
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	70
4.2 DADOS QUE EMERGIRAM NA PRIMEIRA FASE DA COLETA.....	73
4.2.1 Categoria: formação e qualificação para o exercício gerencial.....	75

4.2.1.1 Subcategoria: natureza da relação formação e qualificação profissional.....	77
4.2.1.2 Subcategoria: desempenho profissional pelos gerenciados.....	78
4.2.2 Categoria: principais desafios à atividade gerencial.....	78
4.2.2.1 Subcategoria: prováveis causas dos desafios.....	80
4.2.2.2 Subcategoria: reflexos dos desafios na subjetividade dos gerentes.....	82
4.2.2.3 Subcategoria: sugestões para minimizar os desafios.....	83
4.3 DADOS EMERGIRAM NA SEGUNDA FASE DA COLETA.....	84
4.3.1 Relação entre os quatro pilares e as competências gerenciais e profissionais...	84
4.3.1.1 Competências inerentes ao pilar aprender a conhecer.....	85
4.3.1.2 Competências inerentes ao pilar aprender a fazer.....	87
4.3.1.3 Competências inerentes ao pilar aprender a viver juntos.....	89
4.3.1.4 Competências inerentes ao pilar aprender a ser.....	91
4.3.2 Categorias e subcategorias: sugestões para um futuro plano de capacitação.....	92
4.3.2.1 Categoria: planejamento.....	93
4.3.2.2 Categoria: metodologia.....	93
4.3.2.2.1 Subcategoria: técnicas pedagógicas.....	94
4.3.2.2.2 Subcategoria: motivar para capacitar.....	95
4.3.2.3 Categoria: conteúdo programático.....	96
4.3.2.3.1 Subcategoria: sugestões de conteúdo a partir dos dados da pesquisa.....	96
4.3.2.4 Categoria: horários das atividades educativas.....	97
4.3.2.5 Categoria: público-alvo.....	98
4.3.2.5.1 Subcategoria: divulgação prévia.....	98
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	100
REFERÊNCIA.....	106

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

“O que o aprender significa? Não é só reconstruir conhecimento, é também forjar o sujeito capaz de ser o dono do seu conhecimento, ser autônomo em seu conhecimento”.

(PEDRO DEMO)

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA, OBJETO DE ESTUDO E QUESTÕES NORTEADORAS

Nós últimos anos tem sido comum a população brasileira ter conhecimento, através de estudos, pesquisas, informações e denúncias, que as condições de muitos hospitais públicos do país se confrontam com vários problemas de diferentes naturezas relacionados às competências profissionais, à precariedade das instalações físicas, às deficiências tecnológicas, financeira e de material e à maneira como são encaminhadas as rotinas de gestão.

Sabe-se que nos dias atuais, quando velozes mudanças transformam, de forma complexa e globalizada, os comportamentos de todas as instituições, torna-se evidente que o bom desempenho de qualquer organização possui relação direta com a forma como são conduzidas as iniciativas educativas e de gestão. No caso específico dos hospitais, os seus gerenciamentos assumem dimensões de redobrada complexidade em virtude das inúmeras variáveis que envolvem a relação saúde *versus* doença, cuja vitória da saúde/vida sobre os processos patológicos/morte está subordinada aos conhecimentos, habilidades e atitudes dos gerentes e dos demais integrantes da equipe multiprofissional.

Todavia, as variáveis quantitativas relativas ao número de profissionais da saúde e a sua distribuição espacial geográfica no território brasileiro e as variáveis qualitativas inerentes às competências dos profissionais, além da estrutura da rede de atenção à saúde¹, ainda são insuficientes para as demandas sociais cada vez mais exigentes. Nesse sentido, La Forgia e

¹ Rede de atenção à saúde são sistemas integrados, serviços e arranjos organizativos, de prestação de serviços de saúde norteados pelas necessidades de saúde da população destinatária (MARTINI; VERDI, 2012).

Couttolenc (2009) argumentam que a rede hospitalar brasileira é bastante heterogênea². Nela existem hospitais de referência nacional e internacional e outros com baixo padrão de qualidade, cuja forma de gerenciamento se pauta por modelos de organizações burocráticas, com estruturas hierárquicas e de produção laboral tradicional.

Todas essas questões envolvendo a qualidade das rotinas administrativas e o desempenho das operações realizadas nos serviços de saúde, quase sempre decorrem do desempenho multiprofissional. Nas formas como conduzem com maior, ou menor, eficiência e efetividade os processos de decisão das unidades gerenciadas e na maneira com que se dedicam, ou deixam de se dedicar, ao aprendizado contínuo. Sobre isso, Segen (2010) atribui que a dificuldade de aprendizagem apresentada por muitas organizações deve-se às deficiências oriundas da forma como são projetadas e gerenciadas; como os cargos são definidos e como as pessoas são ensinadas a pensar e interagir.

Especificamente sobre gestão em saúde, a condição da pesquisadora como profissional da área da saúde envolvida com a gestão de serviços de alta complexidade, tem-lhe facilitado a constatação de que há um significativo número de hospitais, onde ela tem acesso e conhecimentos, que somente um pequeno número de gerentes dos serviços de saúde tem formação específica em gestão. O primeiro ponto de observação inicia-se nos processos de seleção, cujas normas não atentam para a relação necessária entre formação gerencial e formação técnica. O ingresso na função gerencial comumente é arbitrado, sem obedecer a critérios definidos; aliás, por vezes, os grupos que selecionam o gerente para o provimento da função não observam os perfis técnicos e científicos recomendados para o exercício dos cargos, priorizando muito mais os requisitos políticos. De qualquer forma, ser gerente hospitalar é um desafio e um aprendizado constante, visto que nenhum profissional nasce gerente. Mesmo para aqueles que têm formação para a atividade gerencial, a vivência lhes proporciona muito mais capacitação. Como informado por Silva (2009, p. 139), “o processo de aprendizagem de gerentes é multidimensional, porque abrange uma dimensão objetiva e outra subjetiva da prática gerencial”.

O trabalho em saúde é originário de diversos campos e disciplinas e os problemas inerentes à gestão e à educação do pessoal da saúde são complexos (OMS, 2006). Em termos de formação do profissional na saúde menciona-se que, desde 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pelo Ministério

² A heterogenia dos componentes da rede se refere à incorporação de tecnologia e complexidade de serviços, com elevada concentração de recursos e de pessoal em cidades de médio e grande porte, com notório desequilíbrio regional e favorecimento de regiões do Sul e do Sudeste do Brasil (WANDERLEY, 2011).

da Saúde (MS), através da Portaria nº198/GM³/MS, com a intenção de ser a grande estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), para a formação dos seus trabalhadores, mas ainda experimentam-se graus variados de fragilidades na formação e qualificação dos profissionais.

Não parece haver falha na normatização da PNEPS, à vista disso, a mesma é robustamente lastreada nas concepções atinentes à educação permanente, ou como queiram denominar de aprendizagem ao longo da vida. Ademais, essa política defende a condução do processo educacional para os profissionais à luz da problematização, da descentralização, da transversalidade e da interdisciplinaridade; mas, por algum motivo, apesar dos avanços até então obtidos, observa-se, no âmbito de vários componentes da rede, a predominância de práticas educacionais próprias dos métodos de ensino e aprendizagem tradicionais, com transmissão passiva de saberes pré-elaborados por meio de cursos e de palestras muito mais expositivos, nos quais há mínima participação construtiva do conhecimento pelos ouvintes⁴.

A conjuntura problemática atual atinge os profissionais que, mesmo trabalhando em condições desfavoráveis, como a ocasionada pela alta demanda dos usuários e de atribuições, carecem desenvolver com aptidão e humanização suas funções, mantendo-se satisfatoriamente atualizados técnica e cientificamente a fim de prestarem uma assistência isenta de erros, pois em se tratando de vida e saúde, quando os erros ocorrem, tanto profissionais técnicos assistenciais, como os gerentes dos serviços de saúde, tornam-se vulneráveis às consequências cíveis, administrativas, penais, morais e éticas, além dos malefícios, alguns irreversíveis, aos usuários, famílias e sociedade em geral. A esse propósito, La Forgia e Couttolenc (2009) alertam que a concepção das autoridades em relação aos hospitais muda de acordo com os méritos ou com os deméritos que se procedem no âmbito de tais organizações. Da mesma sorte, para a imprensa, os hospitais são fonte de cura e de inovação medicinal, mas quando neles ocorrem algum evento adverso ou morte evitável, mesmo que casos isolados, logo se instala a ideia de que não são seguros. Tais críticas são, por vezes, injustas, porquanto muitos usuários adentram aos estabelecimentos assistenciais em estado avançado de doença e com elevado risco de morte por falha na assistência primária, não por culpa do desempenho dos profissionais atuantes no local onde ocorreu o evento mais gravoso.

Diante dos riscos multidirecionais acarretados por déficit de conhecimentos, habilidades e/ou atitudes dos profissionais, pode-se afirmar que as intempéries residentes ou

³ Gabinete do Ministro.

⁴ Essa alegação é baseada em dados de pesquisas adiante mencionadas no referencial teórico e em 15 anos de vivência da pesquisadora em hospitais públicos dos estados da Paraíba e Pernambuco.

transitórias, no ambiente hospitalar, influenciam o modo de aprender, de ensinar e de ser dos profissionais do campo da saúde e exigem o esforço para entender gestão em saúde e aprendizagem ao longo da vida, o que se constitui o objeto deste estudo.

Nessa empreitada, partiu-se da noção de que a realidade social, em mudança acelerada, exige informações e novos conhecimentos para estabelecer as necessárias inovações; que os paradigmas tradicionais e verticalizados já não respondem com eficiência e efetividade às novas demandas sociais; que as mudanças requisitam uma proposta de planejamento organizada e capaz de (re)orientar os processos educacionais e gerenciais; que as atuais orientações teóricas e metodológicas para a implantação de métodos educativos e de gestão efetivos exige a participação das pessoas envolvidas; que a aprendizagem ao longo da vida alicerçada nos quatro pilares da educação para o século XXI, segundo a UNESCO: saber conhecer, saber fazer, saber viver juntos e saber ser é capaz de operar mudanças significativas na formação global dos profissionais e, conseqüentemente, na melhoria da assistência à saúde, pois como informado por Diniz (2009, p. 77) “o adulto vive hoje uma encruzilhada; como sujeito social, vive entrincheirado”. Numa das vias dessa encruzilhada, repousam as cobranças crescentes de formação e de aprendizagem ao longo da vida e, na outra, constata-se a exigência de (re) configuração no cenário trabalhista, a qual compreende mudanças na formação e na gestão das aprendizagens profissionais.

Ante a problemática supradelineada, as principais questões condutoras que emergem no estudo são: Qual é o posicionamento dos gerentes setoriais de uma organização pública hospitalar acerca das competências para enfrentarem as demandas laborais? Qual é a relação que suas concepções possuem com as propostas de aprendizagem ao longo da vida referenciadas nos quatro pilares da educação para o século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser? Para subsidiar as respostas a esses questionamentos, como já foi proposto, adotou-se como modelo de referência, os atuais paradigmas de aprendizagem denominados de aprendizagem ao longo da vida e a teoria das organizações aprendentes com foco nas dimensões das aprendizagens contidas nos quatro pilares da educação para o século XXI e na PNEPS.

1.2 RAZÃO DE SER DA PESQUISA⁵

A eleição deste tema, gestão em saúde e aprendizagem profissional, deu-se primeiramente por eu ser servidora pública, gerente de serviço hospitalar há mais de uma década. Essa condição possibilitou-me sentir as necessidades que permeiam a função gerencial e a refletir sobre a importância da efetiva aprendizagem ao longo da vida do profissional da saúde, como possibilidade real para corrigir as fragilidades e propiciar a atenção à saúde de forma mais próxima da excelência que todos os usuários da rede de saúde merecem.

Desde o meu curso de graduação, Enfermagem Geral, percebi a lacuna existente em relação ao foco gestão hospitalar. Naquela época, de 1993 a 1997, na grade curricular do curso havia somente uma disciplina obrigatória no campo da Administração, denominada de Administração Aplicada à Enfermagem, que tratou sobre as principais teorias aplicadas à administração dos serviços de enfermagem, sobre as normas e rotinas dos serviços de enfermagem, sobre a confecção de escalas de serviço e sobre o dimensionamento de pessoal.

Em busca de mais conhecimentos pertinentes à Administração, cursei como disciplina optativa, Introdução à Administração. Essa decorreu, em caráter introdutório, sobre a Administração Clássica e a Científica.

No percurso por uma pós-graduação *latu sensu*, abracei o que me pareceu mais acessível e necessário: uma especialização ligada à área assistencial na qual eu conseguira inserir-me; pois meu desejo, por hora, estava direcionado para a obtenção de maior capacitação em Enfermagem Neonatológica. Por isso, especializei-me em Enfermagem Pediátrica com ênfase em terapia intensiva neonatal; visto que, de 1998 até o presente, sempre estive ligada à atenção ao neonato⁶.

Em 2002, pertencendo ao quadro funcional de um hospital público de administração militar, fui investida, por convocação dos oficiais diretores da organização, na função de gerente de enfermagem de um serviço de alta complexidade: unidade de terapia intensiva. Isso me fez sentir a necessidade de aprender a ser gerente.

Na função gerencial, deparei-me com intempéries múltiplas. Para gerenciar bem aquele serviço, percebi que era necessário deter competências, habilidades e atitudes sobre as ações e intervenções assistenciais, sobre as tecnologias, sobre os meios terapêuticos e sobre

⁵ Com a devida vênia, nesta sessão, utilizam-se os verbos na primeira pessoa do singular por se tratar dos motivos pessoais da profissional pesquisadora.

⁶ Recém-nascido com até 28 dias de vida.

gestão. Particularmente, em relação à gestão de pessoas, minhas dificuldades eram e ainda são as maiores, uma vez que gerir o ser humano é uma das tarefas mais desafiadoras colocada para nós gerentes. Apesar de que, como citado por Gramigna (2007, p. 43), “todo líder é um gestor de pessoas”.

Meu aprendizado sempre esteve em construção, configurando-se como uma aprendizagem em permanente processo e, hoje, sei que este se denomina de aprendizagem ao longo da vida.

Inicialmente, as habilidades práticas, que mesmo tendo por base a formação acadêmica, ocorreram muito mais empiricamente, baseadas na ação em serviço e no compartilhamento de informações e conhecimentos com os demais integrantes da equipe, principalmente, com os profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Com o ingresso no Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes (MPGOA), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), foi-me oportuno refletir e perceber a minha prática profissional e as minhas necessidades de aprendizagem sob perspectivas mais amplas e profundas. Entendi que tanto os fatores internos e externos, como os objetivos e subjetivos, estão sistematicamente interconectados, influenciando-se reciprocamente e que, para se produzir as mudanças necessárias e pretendidas, deve-se lançar mão ao arado em cooperação mútua.

A gestão de recursos humanos e a educação são prioritárias para o alcance de uma força de trabalho sustentável em todo o mundo (OMS, 2006). Destarte, senti-me instigada a trazer o presente tema, uma vez que o mesmo é de interesse dos profissionais, estudantes e pesquisadores das áreas da educação, da saúde e da gestão, bem como de usuários e sociedade em geral; porque a atividade gerencial e a aprendizagem de todos os profissionais são vitais para o funcionamento exitoso dos hospitais como organizações aprendentes, responsáveis pela atenção à saúde, pela formação e pela pesquisa.

Especificamente, no que se refere à aprendizagem, não resta dúvida de que esta é um dos veículos que nos conduzem à satisfação da necessidade de autorrealização, pois como mencionado por Soto (2008, p. 142) “a motivação surge com o desejo de satisfazer uma necessidade”. Para Chiavenato (2009), a necessidade de autorrealização é a mais elevada na hierarquia das necessidades humanas de Maslow⁷ e que leva as pessoas a procurarem a realização do seu próprio potencial e a desenvolverem-se continuamente ao longo da vida.

⁷ Abraham Maslow foi um psicólogo americano que idealizou uma hierarquia para as necessidades humanas básicas. Em sua pirâmide, em primeiro lugar, existem as necessidades fisiológicas (alimento, água,

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Conhecer o posicionamento dos gerentes setoriais de uma organização pública hospitalar sobre as competências necessárias para um melhor desempenho profissional, tendo como base de análise os quatro pilares da educação para o século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

1.3.2 Objetivos específicos

- (a) Verificar a opinião dos gerentes de um hospital público sobre a importância, ou não, da formação e da qualificação para o desempenho das funções gerenciais.
- (b) Levantar, através da participação dos gerentes de um hospital público, os principais desafios relativos ao desempenho das atividades profissionais, assim como as possíveis causas dessas dificuldades.
- (c) Subsidiar, com fundamento nas informações propiciadas pelos gerentes, a elaboração de um plano de capacitação profissional baseado nas competências gerenciais e profissionais alusivas aos pilares da educação para o século XXI.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este estudo está estruturado em cinco capítulos.

Neste capítulo introdutório, tratou-se acerca do problema da pesquisa, do objeto de investigação, das questões norteadoras, dos motivos justificadores do estudo e dos seus objetivos.

sexo, sono, respiração); em segundo, a de segurança; em terceiro, a de relacionamento; em quarto, a de estima e no ápice, a necessidade de realização pessoal. Primeiramente, as pessoas procuram satisfazer às necessidades fisiológicas, antes de se preocupar com as que ocupam o nível mais elevado (MAXIMIANO, 2009; SOTO, 2008). Se uma necessidade não for atendida, a pessoa ficará estagnada nesse nível de motivação, mas como as pessoas estão em processo contínuo de desenvolvimento, tendem a buscar os maiores níveis até a autorrealização. Dependendo da faixa etária, do meio social ou da personalidade, uma necessidade pode predominar sobre a outra (MAXIMIANO, 2009).

O segundo capítulo contém o referencial teórico e está dividido em duas seções. Na primeira, discorreu-se sobre os principais aspectos atinentes à aprendizagem organizacional na contemporaneidade, sobre o significado de organizações aprendentes, sobre a aprendizagem ao longo da vida segundo as perspectivas da UNESCO, contidas nos quatro pilares da educação para o século XXI, e conforme a PNEPS. Na segunda seção, refletiu-se quanto à gestão nas organizações públicas hospitalares com ênfase para a complexidade estrutural e funcional dos hospitais públicos, no tocante à influência do modelo biomédico e da cultura organizacional nas práticas de gestão hospitalar e quanto às competências requeridas dos gerentes e dos demais trabalhadores dos serviços de saúde.

No capítulo terceiro, está contida a metodologia da pesquisa a qual se caracteriza por ser uma investigação de campo, qualitativa, exploratória, descritiva e participante em cuja coleta de dados preponderaram as técnicas problematizadoras.

No quarto capítulo, apresentam-se e discutem-se os dados conforme a análise temática do conteúdo de Bardin (1979). Os resultados do estudo estão consolidados em categorias e subcategorias, em quadros e em figuras ilustrativas.

As considerações finais e recomendações estão contidas no quinto capítulo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

“A educação ao longo de toda a vida torna-se assim, para nós, o meio de chegar a um equilíbrio mais perfeito entre trabalho e aprendizagem, bem como ao exercício de uma cidadania ativa”.

(JACKES DELORS)

2.1 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL NA CONTEMPORANEIDADE

Como entender as aprendizagens diante das novas necessidades da sociedade contemporânea? Como as pessoas e as organizações têm aprendido? O que significa aprendizagem ao longo da vida? Quais os principais aspectos diferenciadores das aprendizagens formal, não formal e informal? Apresentar respostas a esses questionamentos vem sendo um dos grandes desafios da sociedade atual, sobretudo dos setores envolvidos com a administração e, particularmente, com a gestão e a aprendizagem nos diferentes espaços de trabalho, a exemplo do caso das organizações hospitalares.

Nesse contexto, educação, formação e trabalho estão imbricados e a compreensão deles é essencial para a eficiência e a efetividade dos processos de gestão e de aprendizagem individual e organizacional. Esse entendimento escuda-se no que Diniz (2009, p. 77) defende, para quem, “a educação, formação e trabalho são campos sociais sobre os quais impactam de forma bastante significativa” as amplas, rápidas e constantes modificações da sociedade hodierna.

2.1.1 Aspectos teóricos sobre aprendizagem organizacional

A aprendizagem, de uma forma geral, é um complexo processo de mudança continuada no comportamento em função da experiência pregressa de cada pessoa, influenciada por vários fatores, tais como pelas recompensas positivas, pela frequência das práticas e dos exercícios de reforço, pelo espaço de tempo entre a aprendizagem e o desempenho do conteúdo a ela imanente e pela complexidade crescente dos conteúdos assimilados. Esse processo ocorre do menos complexo para o mais complexo. Primeiro, aprendem-se os fundamentos; a seguir, os aspectos mais elaborados, de forma que a

aprendizagem está atrelada às experiências vividas e à prática profissional, sendo o oferecimento de recompensas, uma forma de estimulá-la (CHIAVENATO, 2009). Percebe-se que essa noção aproxima-se do condicionamento operante de Skinner que, em linhas gerais, diz que, para se aumentar a chance de recorrência de um comportamento, deve-se aplicar um reforço logo em seguida ao comportamento desejado.

No que se refere à aprendizagem organizacional, Antonello e Godoy (2010), ao abordarem as perspectivas teóricas⁸ que influenciam o conceito de aprendizagem nas organizações, mencionam que esse conceito tem recebido influência da administração científica tradicional e tem se apropriado de saberes de várias outras áreas, a exemplo da psicologia, da sociologia, da história, dentre outros. De acordo com esses autores, sucintamente, as principais perspectivas reveladas pelos campos teóricos para a aprendizagem organizacional são:

- a) Perspectiva psicológica: Neste grupo, identificam-se duas subdivisões. Para a primeira, a aprendizagem organizacional é uma analogia da aprendizagem individual, ou seja, o conhecimento dos processos de aprendizagem individual favorece o entendimento do processo de aprendizagem organizacional; para a segunda, a aprendizagem individual é base da aprendizagem organizacional, pois o aumento do conhecimento organizacional é fruto da aquisição de conhecimentos individuais.
- b) Perspectiva sociológica: Para esta corrente, a aprendizagem organizacional não ocorre somente na mente humana, mas também está integrada ao cotidiano das pessoas e procede de fontes informais, das relações sociais e da reflexão sobre as ações.
- c) Perspectiva antropológica: Esta corrente defende que, inicialmente, a aprendizagem organizacional ocorre individualmente e recebe influência de várias áreas de saberes, mas, dependendo do contexto das estruturas sociais às quais os indivíduos fazem parte, variando de cultura para cultura e em situações diferentes dentro do mesmo contexto cultural.

⁸ “Escolha das perspectivas aqui apresentadas está sustentada nas coletâneas de textos organizadas por Dierkes, Berthoin Anthal, Child e Nonaka (2001) e Easterby-Smith e Lyles (2003), que reúnem contribuições de reconhecidos pesquisadores” (ANTONELLO; GODOY, p. 313).

- d) Perspectiva da ciência política: Consoante essa abordagem, a aprendizagem organizacional é como um processo político, fonte de disputa de poder e de ideologias que são absolvidas pela organização.
- e) Perspectiva histórica: De acordo com essa perspectiva, a aprendizagem organizacional é fruto da influência histórica pregressa, haja vista a história ou a identificação de uma organização ser construída parcialmente sobre a aprendizagem de seus integrantes. De maneira que a história pode influenciar positiva ou negativamente na aprendizagem organizacional, caso seja usada para ampliar o potencial de conhecimento coletivo, haverá resultados satisfatórios, porém, se permanecer arraigada aos métodos ultrapassados, sem abertura para as inovações, a aprendizagem será inibida.
- f) Perspectiva econômica: O ponto de vista chave dessa perspectiva é que o conhecimento é adquirido ou utilizado para melhorar o desempenho econômico da organização, em resposta às exigências mercadológicas. Explanando um pouco mais, a mobilização dos integrantes da organização, com vista a buscar a aprendizagem organizacional, procede do anseio por melhores resultados econômicos.
- g) A perspectiva da ciência da Administração: Essa, em especial, contempla seis subespécies, a saber: (a) perspectiva cognitiva e do conhecimento: a aprendizagem organizacional ocorre através do conhecimento acumulado de seus integrantes de modo consciente, no qual a informação quando adquirida, processada e disseminada dentro da organização tem papel preponderante; (b) perspectiva da tomada de decisão organizacional e da adaptação: segundo a qual as organizações apresentam comportamentos adaptáveis com o passar do tempo. Dessa forma, a aprendizagem organizacional é fruto da adaptação instrumentalizada pelas pessoas, o que inclui incorporação de rotinas, domínio de tecnologia e procedimentos, entre outros construídos ou operados pela organização; (c) perspectiva da teoria de sistemas: a organização é como um sistema⁹ de atividades

⁹ Sistema “é um conjunto de partes inter-relacionadas que funcionam com um todo para alcançar um propósito comum” (DAFT, 2007, p. 39).

conscientes e coordenadas e a aprendizagem organizacional ocorre como um *plus* na solução de problemas e significa entender as relações complexas dos sistemas sociais e a sua dinâmica; (d) perspectiva cultural: a aprendizagem organizacional faz parte da mudança nas rotinas defensivas no interior das organizações, ou seja, é um mecanismo de defesa organizacional. Para essa corrente, a cultura é a aprendizagem comum compartilhada em nível coletivo; (e) perspectiva da aprendizagem na ação: a aprendizagem organizacional tem como ponto inicial a intervenção. Sua ocorrência se dá enquanto se realiza uma ação, com a aquisição da experiência, podendo ser sintetizada pela expressão “fazendo é que se aprende”.

- h) Perspectivas estratégicas gerenciais: Essa corrente reconhece o valor dos gerentes para com a aprendizagem organizacional, já que esses podem contribuir efetivamente para que a aprendizagem ocorra dentro da organização através da criação de um ambiente favorável à aprendizagem, da identificação e do combate aos problemas e da tomada de decisões estratégicas.

Numa ligeira análise sobre as perspectivas acima arroladas, nota-se que num mundo no qual todos estão sistematicamente de alguma forma ligados uns aos outros, há uma notória mixagem entre as diferentes perspectivas supradelineadas. Para se entender a aprendizagem organizacional, não se pode recusar a contribuição das teorias da aprendizagem individual apresentada pela Psicologia e demais ciências afins; mas, com efeito, também não parece ser prudente afastar-se à influência do contexto social, histórico, político, econômico e cultural.

A aprendizagem possibilita a mudança de rumo na história da organização e melhorias no seu quadro econômico porque favorece o crescimento dos seus integrantes e seu próprio crescimento no cenário mercadológico e social. Dessa maneira, acredita-se que as referidas perspectivas devam ser visualizadas conjuntamente, uma vez que, dentro desse conjunto de mútuas influências, todas têm o seu contributo para com a compreensão da aprendizagem organizacional, seja na seara pública ou privada. Confirmando esse entendimento, Diniz (2010) leciona que não se pode limitar o alcance da aprendizagem organizacional apenas ao interior das organizações, pois são numerosos e multifacetados os problemas sociais que anseiam pela parcela de contribuição resolutiva. Da mesma maneira, as organizações não devem nortear a aprendizagem de seus integrantes e delas mesmas somente para o alcance das

metas econômicas; mas sim, devem considerar as múltiplas questões: sociais, culturais, políticas, entre outras.

2.1.1.1 O que são organizações aprendentes?

O significado de organizações aprendentes apresenta-se como um conceito inovador para a sociedade atual, capaz de trazer à existência, incorporar e transferir conhecimentos, possibilitando a modelagem de comportamentos propiciadora de benefícios para indivíduos, coletivos e organizações.

De maneira que, em Assmann (1998, p. 86), há o esclarecimento de que a terminologia “organizações aprendentes” surgiu por volta de “1980/90 no contexto das teorias gerenciais”, referindo-se às inter-relações humanas e às máquinas inteligentes. Porém, logo a seguir, o termo também foi apropriado pelos ambientes em rede formados por máquinas parcialmente aprendentes. Em geral, as organizações aprendentes são aquelas nas quais os agentes envolvidos são capazes de buscar, em todos os níveis, individual e coletivamente, ampliar a sua capacidade de produzir resultados aos quais estão orientados ou, em se tratando de sistemas humanos, pelos quais estão efetivamente interessados.

Já Senge (2010, p. 27-28) propõe que as organizações que aprendem são:

Organizações nas quais as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar resultados que realmente desejam, em que se estimulam padrões de pensamento novos e abrangentes, a aspiração coletiva ganha liberdade e as pessoas aprendem continuamente a aprender juntas.

Senge (2010), ainda acrescenta que o mundo não é composto por forças separadas, uma vez que, num mundo sem fronteiras permeado por múltiplas influências, as empresas do futuro serão aquelas que conseguirem fazer com que seus integrantes queiram aprender cada vez mais. Todavia, orienta que se tenha cautela, pois muitas barreiras serão encontradas na caminhada em busca desse desiderato. No entanto, através do exercício das cinco disciplinas: domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizagem em equipe e pensamento sistêmico, é possível transpor essas barreiras porque tais disciplinas facilitam as inovações introduzidas e propiciam a construção da organização aprendente, a organização sobrevivente no futuro.

Consoante Senge (2010), as disciplinas das organizações aprendentes são princípios que, uma vez integrados à vida das pessoas, produzem um estado de aprendizagem contínuo. Além disso:

- a) O domínio pessoal ultrapassa os limites da competência e das habilidades e significa encarar a vida de forma criativa, não reativa, revelando a capacidade humana de perseverar, ter paciência e de autocompreensão.
- b) Os modelos mentais são pressupostos arraigados na mente das pessoas que vão desde generalizações simples a formulações complexas intervenientes, mesmo que inconscientemente, nas atitudes. Dependendo da natureza desses modelos, se corretos ou não, poderá haver estímulos ou óbices às mudanças desejadas. Por conseguinte, muitas vezes é necessário melhorá-los e alterar a forma de pensamento próprio para, ao final, disseminar o pensamento que se quer como predominante na organização.
- c) A visão compartilhada é o foco e a força motriz da aprendizagem capaz de mudar o relacionamento das pessoas, estimulando naturalmente a coragem em criar resultados significativos para o coletivo. Sua origem ocorre a partir de uma visão de qualquer integrante da organização e não necessariamente dos que ocupam os mais elevados escalões. Essa visão, em cadeia, vai contagiando os demais membros até se tornar uníssona. Cabe frisar que onde há essa disciplina, a singularidade dá lugar à pluralidade. Isso faz supor, que expressões individualistas como “eu fiz”, “eu sou” ou “é minha” são substituídas por “nós fizemos”, “nós somos” ou “é nossa” numa demonstração de que a visão predominante é una e de todos os componentes da organização comprometida com a aprendizagem.
- d) A aprendizagem em equipe é o processo complexo de alinhamento e desenvolvimento da capacidade da equipe em criar os resultados que seus membros pretendem. É uma disciplina coletiva apesar de abranger talentos individuais. Por isso, há de ser dominada por todos os integrantes da equipe, sobretudo quanto à capacidade de lidar com as oposições e contrastes peculiares às complexidades humanas e culturais.

- e) O pensamento sistêmico é a quinta disciplina e a integrante de todas as demais, transformando-as em um *corpus* teórico-prático único, possibilitando o entendimento do todo e a ligação e o desenvolvimento de todas as outras disciplinas.

Com base na teoria de Senge (2010), e nos esclarecimentos de Maximinano (2011) e de Beauclair (2007), apreendeu-se que, por intermédio da prática do domínio pessoal, as capacidades e potencialidades são expandidas, criando-se um ambiente organizacional que estimule as metas eleitas por todos. Os modelos mentais deverão ser direcionados para a reflexão e para o contínuo esclarecimento da percepção que se tem do mundo. Pela visão compartilhada há o incentivo ao envolvimento de todos os integrantes do grupo em relação ao futuro. A aprendizagem em equipe produz a transposição das habilidades individuais de uma simples soma do individual para todo o grupo. O pensamento sistêmico concebe novas maneiras de análise e de criação de novos campos significativos para melhor compreensão e descrição das inter-relações e dos impulsos atuantes nos diversos comportamentos dos próprios sistemas, orientando as pessoas a pensarem e a agirem de modo sistêmico para aprenderem e sobreviver.

Na figura nº 1, representam-se as relações compartilhadas pelas disciplinas essenciais às organizações aprendentes.

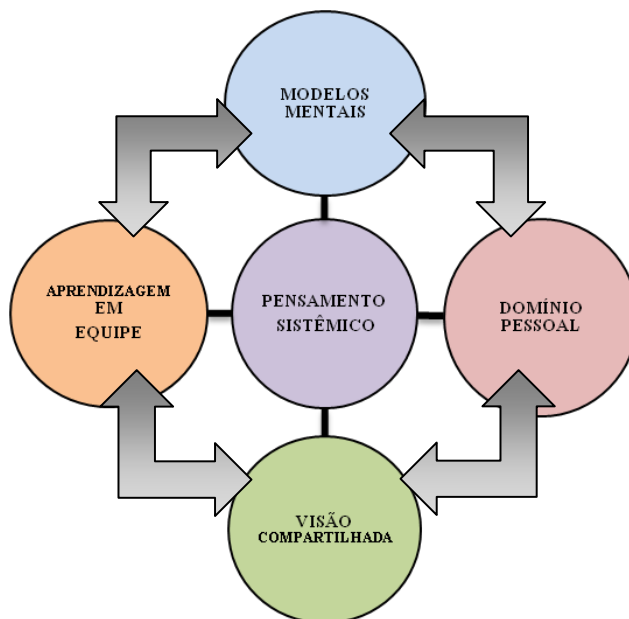


FIGURA 1 - As cinco disciplinas essenciais às organizações aprendentes.

Fonte: Elaboração própria com base em Senge (2010).

Nessa ilustração, como se observa, o pensamento sistêmico está no centro por ser a disciplina vinculante de todas as demais, contudo todas as disciplinas interagem entre si, possibilitando os resultados desejados pelos sujeitos aprendentes no contexto organizacional e social.

Dito isso, presume-se que o hospital, público ou privado, é uma organização aprendente, ou pelo menos deve procurar sê-la. Como tal, seus profissionais devem saber que as cinco disciplinas existem para concretizar a aprendizagem em seus níveis individual, organizacional e coletivo¹⁰. Apesar de ser uma organização secular, certamente continuará a projetar a sua importância e seus serviços por toda a existência humana, já que enquanto houver clientes (pacientes), com algum comprometimento real ou potencial, a existência da organização hospitalar certamente estará assegurada. Precisa-se, para isso, divulgar entre os profissionais, usuários e comunidade, o significado de uma organização aprendente com o propósito de contagiá-los a querer aprender cada vez mais, com o objetivo de tornar a assistência à saúde e à vida mais bem sucedida.

2.1.2 Aprendizagem ao longo da vida

O conceito de aprendizagem ao longo da vida¹¹ surgiu nos anos setenta, nos relatórios da UNESCO e nas publicações da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, paulatinamente, foi substituindo a expressão educação permanente. Na década de noventa, este conceito foi mais bem delineado e incorporou o papel de estimular iniciativas prioritárias a fim de satisfazer às necessidades básicas de aprendizagem de crianças, jovens e adultos. Até que, em 1996, Jacques Delors, na condição de coordenador do Relatório¹² da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, apresentou a aprendizagem ao longo da vida como uma prioridade requisitada pela sociedade do conhecimento e sustentada por quatro colunas do conhecimento e da formação continuada, quais sejam: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (DINIZ, 2010).

¹⁰ Usuários, familiares e comunidade na condição de atores essenciais nos processos de aprendizagem inerentes à educação em saúde.

¹¹ Em Delors (1996), utiliza-se o termo “educação ao longo da vida”. O qual é sinônimo de aprendizagem ao longo da vida.

¹² Relatório disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2012. Título original: *Learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century (highlights)*. Paris: UNESCO, 1996. Publicado pelo Setor de Educação da Representação da UNESCO no Brasil em 2010. Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira.

A UNESCO, através do Relatório, a partir do entendimento de que é necessário o sujeito manter-se p[er]vivo a todas as possibilidades carreadas pelo conhecimento e pela evolu[ç]ão social, projeta a educa[ç]ão como sendo integrante essencial do desenvolvimento humano e, com respaldo neste entendimento, recomenda que o ensino seja pensado para toda a vida e n[ã]o apenas restrito ao per[í]odo escolar/acad[ê]mico (MARIANI, 2007). A esse prop[ó]sito, é necess[á]rio trazer à cola[ç]ão o expressado por Delors (1996, p. 13), para o qual o conceito de educa[ç]ão ao longo da vida já existia, n[ã]o foi inova[ç]ão da Comiss[ã]o. Porém, no Relatório, retomaram e atualizaram este conceito educacional por entenderem que a ideia de educa[ç]ão permanente, por estar mais ligada às exig[ê]ncias impostas pelas altera[ç]ões da vida profissional, n[ã]o mais seria suficiente perante a rápida transforma[ç]ão global do mundo. Além disso, a educa[ç]ão ao longo da vida oferece muito mais vantagens de “flexibilidade, diversidade e acessibilidade no tempo e no espa[ço]”. No mundo estigmatizado pela ruptura de paradigma social, sua proje[ç]ão é um ideal poss[í]vel e indispensável ao desenvolvimento harmonioso e contínuo das pessoas, porque n[ã]o se restringe às faixas etárias específicas, mas perpassa o tradicionalismo educacional e segue, por todo o ciclo vital, abrindo portas.

Diniz (2010, p. 253-254) enriquece a discuss[ã]o, ao diferenciar que,

a educa[ç]ão por ser interpretada sob o ângulo do ensino como forma institucionalizada do educativo, a forma[ç]ão por ser interpretada sob o ângulo da aprendizagem, como aprendizagem permanente e n[ã]o apenas como educa[ç]ão das pessoas adultas, como uma a[ç]ão que come[ç]a na etapa escolar e perdura até depois da aposentadoria, ou seja, a aprendizagem permanente considera a a[ç]ão de aprender como um processo contínuo e ininterrupto durante todo o ciclo vital.

Nesse mesmo passo, Diniz (2010, p. 254) explica que a aprendizagem ao longo da vida engloba as aprendizagens formal, n[ã]o formal e informal, posto que incorpora tanto medidas quantitativas relativas à sua dura[ç]ão em todo o ciclo vital, como aspectos qualitativos inerentes a todos os domínios da vida. Além disso, as trajetórias das pessoas est[ã]o repletas de conhecimentos, saberes e aprendizagens em permanente associa[ç]ão com o trabalho.

As aprendizagens formal, n[ã]o formal e informal possuem os seguintes aspectos conceituais diferenciadores:

- a) Aprendizagem formal engloba todos os processos reconhecidos oficialmente e capitaneados pelas institui[ç]ões de ensino oficiais, públicas ou privadas, as quais geralmente s[ã]o validadas através de certificados e de diplomas socialmente

aceitos (DINIZ, 2010)¹³. Para Gohn (2006), nesta categoria, o professor é geralmente quem educa de forma metódica, tentando cumprir um cronograma e ministrar conteúdos curriculares específicos.

- b) A aprendizagem não formal diz respeito aos processos que ocorrem fora da rede oficial de ensino, complementares ou não à formação clássica, como por exemplo, aqueles que acontecem nos espaços laborais ou a partir de atividades nos diversos grupos sociais ou ainda os adquiridos de organizações preparatórias diversas como as de exames, de artes, de línguas e de esportes (DINIZ, 2010). As instituições ministrantes podem organizar seus conteúdos, conferir certificação e adotar um cronograma, mas não são legitimadas oficialmente para conferir grau (GOHN, 2006).
- c) Aprendizagem informal ocorre de forma intencional ou não intencional, a partir das diversas situações cotidianas e podendo ser concebida como negativa ou positiva dependendo dos resultados que produz (DINIZ, 2010). Os educadores informais são os pais, a família, os amigos, os colegas, os meios de comunicação, a igreja, e as demais pessoas com as quais têm-se laços espontâneos de preferência ou vínculo herdado. Outrossim, ela acontece permanentemente e os seus resultados são inesperados, posto que molda a forma de pensar, os hábitos e os comportamentos, os quais podem ou não ser aceitáveis para os padrões vigentes (GOHN, 2006).

2.1.2.1 O enfoque da UNESCO para a aprendizagem ao longo da vida: os quatro pilares da educação para o século XXI.

Para a Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, a sobrevivência da humanidade depende da educação. Um dos ápices do Relatório dessa comissão diz respeito à explicitação da base da educação ao longo da vida, denominada de “os quatro pilares do conhecimento”, a saber: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos; e aprender a ser. Todos igualmente importantes e, por esse motivo, merecedores de receberem a mesma parcela de atenção por parte do poder público e da sociedade civil.

¹³ O entendimento de Diniz (2010) está ancorado no *Memorandum sobre el aprendizaje permanente Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas: mecanografiado, 2000.*

Convém ressaltar que para Delors (1996), a educação deve se encarregar de transmitir os saberes evolutivos e de fornecer mapas do mundo a fim de possibilitar que as pessoas, em qualquer fase da vida, naveguem com segurança, explorando todas as possibilidades e revelando o tesouro escondido dentro de cada uma delas. Nessa mesma perspectiva, Zalbalza (2004) chama a atenção para que os centros formadores exerçam o seu principal papel de assentar as bases necessárias para que o aluno, ao sair da universidade, possa e queira continuar se aprofundando no mundo do conhecimento científico e seja acolhido pelo mercado de trabalho. Delors (1996) explica os significados que os pilares contemplam:

- a) Aprender a conhecer é concomitantemente meio e fim. É meio porque é imprescindível aprender a entender o mundo para que as capacidades profissionais e de comunicação sejam desenvolvidas e, igualmente, viva-se dignamente. Porém também é fim porque é o fundamento e a alegria de compreender, de conhecer e de discernir (DELORS, 1996). Com referência a esse enunciado, tem-se que, em qualquer fase da vida, sempre haverá algo a conhecer, sendo necessário aprender a tornarem-se permeáveis às infinitas possibilidades carreadas pelo conhecimento.
- b) Aprender a fazer está atrelado à formação profissional e se revela através da prática dos conhecimentos adquiridos e da adequação ao trabalho, além de englobar a noção de qualificação e de competência (DELORS, 1996). Para aprender a fazer bem as atividades, é salutar que o profissional motive-se a ser competente, já que o saber fazer com proficiência vai muito mais além do que a mera qualificação, envolvendo as competências necessárias aos enfrentamentos das várias situações que se levantam oriundas tanto dos laços sociais como dos laborais. Nesse sentido, Chiavenato (2009) ensina que as experiências organizativas favorecem a assimilação das novas motivações e, por isso, as pessoas poderão responder de forma satisfatória às estratégias diretivas. Todavia, deve-se atentar para o fato de que a resposta não será a mesma para todas as pessoas, em todos os momentos, justamente devido à complexidade humana. Mais adiante, sobre esse assunto, ainda acrescenta que a organização deve ajudar o desenvolvimento das competências para uso das informações e para a conquista

da independência sobre as ações e recursos, consubstanciada na autoridade inerente ao *empowerment*¹⁴.

- c) Aprender a viver juntos é um dos maiores desafios para a educação a qual precisa incentivar cada vez mais a convivência social harmoniosa, possibilitando a descoberta do outro, de si mesmo e do mundo (DELORS, 1996). Viver junto aos outros, dado às interdependências das relações mútuas, é uma capacidade essencial a qualquer ser humano aprendente que almeje o bem estar da convivência social.
- d) Aprender a ser contempla o desenvolvimento completo da pessoa, nos planos físico e espiritual, com todas as suas complexidades e diversidade. Procura resgatar a essência de ser humano e, em relação ao profissional, engloba os aspectos individual e social interativo (DELORS, 1996). Dessa forma, o aprender a ser apresenta-se como um processo contínuo e influenciado pela subjetividade das pessoas.

As assertivas contidas no Relatório da UNESCO se revestem de destacada relevância para os profissionais da saúde, pois todos os quatro pilares da educação amoldam-se à aprendizagem do profissional já que são sustentáculos da aprendizagem ao longo da vida. É interessante que o profissional entusiasme-se pelo prazer em conhecer, pois a ciência da saúde evolui muito rapidamente e pela busca do conhecimento se dá o encontro com a respeitabilidade profissional e, por que não, com a vida, já que o sucesso da luta laboral depende da bem-aventurança nas ações e nas intervenções que por serem práticas e científicas são inseparáveis do saber fazer e do saber conhecer.

O aprender a viver juntos é muito desafiador, visto que as relações pessoais no ambiente de trabalho são intensas e complexas. Diuturnamente, convivem-se com pessoas de caráter e procedência diversos, profissionais, clientes e familiares, muitos dos quais apresentam exacerbada tensão emocional relacionada aos processos mórbidos que lhes acometem ou, no caso dos colegas de profissão, ao desgaste emocional pela profissão em si,

¹⁴ *Empowerment* é o processo que envolve o poder, “reconhecidamente eficaz para conferir qualidade ao trabalho” e que consiste em proporcionar aos empregados habilidades e autoridade para tomar as decisões típicas dos chefes (GIL, 2011, p. 45-46). Compreende delegação e automotivação (SOTO, 2008). Em outras palavras, é a delegação de autoridade ou de uma parcela de poder para os subordinados a fim de que realizem tarefas dentro da organização.

ou pelas condições adversas de trabalho, como a grande demanda de atribuições, a escassez de recursos diversos, o cansaço físico e mental, entre outros.

Quanto ao aprender a ser, todos devem trazer à lembrança que, a despeito da tendência à automação das ações e intervenções pela predominância das especialidades em detrimento do todo, carecem ser humanizados em todos os sentidos, bem como ser o melhor profissional possível para clientes, família e sociedade, pois os bens confiados às suas mãos são holísticos e nobres e, portanto, pedem uma prática voltada para a excelência.

Na figura nº 2, a partir das informações explicitadas pelos autores consultados, ilustra-se a relação compartilhada pelos quatro pilares do conhecimento com vistas ao fornecimento das bases para o processo de aprendizagem ao longo da vida.

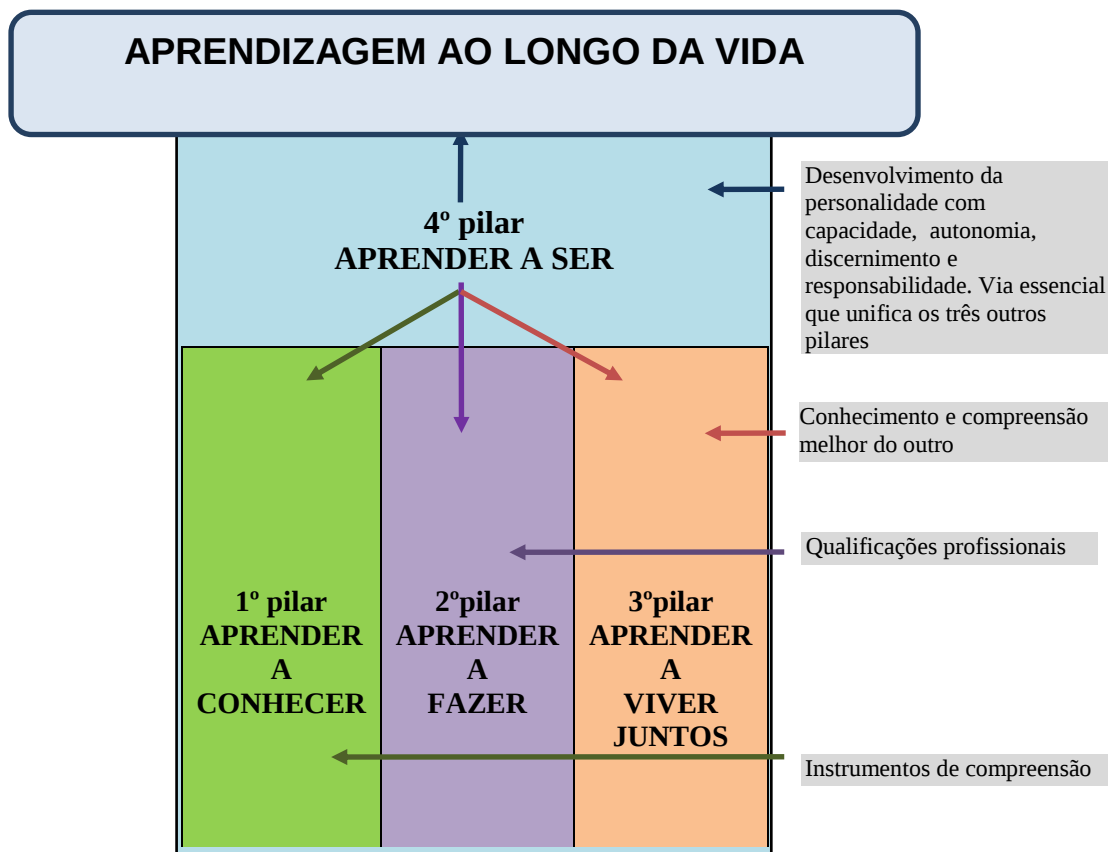


FIGURA 2 - Relação entre os quatro pilares da educação para o século XXI e a aprendizagem ao longo da vida.
Fonte: Elaboração própria com base em Delors (1996) e em Diniz (2010).

Como já ventilado, a aprendizagem ao longo da vida vai muito mais além do que o ensino formal, porquanto é construída sobre quatro colunas: aprender a conhecer, aprender a fazer, a aprender a viver juntos e aprender a ser. O ensino formal, pelo contrário, só consegue

dar conta do primeiro e do segundo pilares, pois está restrito aos níveis da compreensão (teoria e assimilação dos conteúdos didáticos) e das qualificações profissionais (parte prática, o saber fazer). Porém o saber viver juntos condiciona o aprendente a entender melhor o outro e o saber ser traz o desenvolvimento da personalidade e da capacidade de agir com autonomia e discernimento frente às situações profissionais e do cotidiano em geral.

Apesar de serem quatro pilares, formam um só, porque são integrados pelo saber ser, convergindo para a concretude da aprendizagem ao longo da vida. Nesse sentido, na caminhada pela formação, não se pode separar nenhum dos pilares. Conforme Josso (2007) destaca, o processo de formação que caracteriza o percurso de vida de cada pessoa possibilita o surgimento progressivo do ser-sujeito da formação em todos os aspectos econômico, cultural, político e espiritual de maneira singular e, ao mesmo tempo, entrelaçada.

2.1.2.2 A estratégia do SUS para a aprendizagem dos seus trabalhadores: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A educação em saúde é, dentre os múltiplos desafios que se levantam para o SUS, um dos maiores. Os profissionais da saúde, nos serviços da rede pública, convivem com várias fragilidades que o sistema até agora apresenta. Uma das fragilidades que se identifica é a atinente à questão da formação e da aprendizagem. Nessa acepção, Ceccim e Feuerwerker (2004) confirmam que o setor de ensino profissionalizante e acadêmico necessita, com urgência, de um profundo processo de reforma que atenda aos interesses públicos em respeito a uma formação acadêmica e científica, ética e humanística para o desempenho técnico profissional.

A acelerada mudança por que passa a sociedade atual indica que o saber apropriado em épocas passadas é relativizado diante das novas verdades que por ora aparecem e progridem (FEIGEL, 1996). Essa evolução é multidimensional, apresentando facetas científicas, tecnológicas, informacionais, entre outras, as quais exigem das pessoas, uma postura ativa de atualização e capacitação permanente com vistas a favorecer a autonomia individual e coletiva dos usuários no cuidado e manutenção da saúde.

Sem menosprezar o celeiro de conhecimento que se leva pela estrada da vida afora, nem a experiência acumulada, urge o imperativo de buscarem-se outros conhecimentos consecutivos à formação curricular de base. Com essa vontade, o MS sensível às novas exigências de formação e capacitação profissional e melhoria da assistência à saúde, em fevereiro de 2004, através da Portaria nº198/GM, instituiu a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde, a fim de formar e desenvolver trabalhadores para o setor da saúde. Por conseguinte, a educação permanente em saúde é entendida como sendo uma estratégia lançada no desejo de suprir as carências educacionais dos trabalhadores da saúde, após a formação escolar ou acadêmica, quando já inseridos no mercado de trabalho.

Na educação permanente em saúde, formação e gestão estão associadas. Desse modo, Ceccim (2005) esclarece que o conceito de educação permanente em saúde foi pensado para dimensionar a tarefa de transformar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho, sem a pretensão de ampliar o tempo de ensino escolar/acadêmico ou a carreira dos trabalhadores, mas a de possibilitar a relação de intimidade entre formação e gestão. Todavia, entende-se que para planejar e concretizar a educação permanente em saúde é necessário viabilizar a integração de quatro componentes identificados e conceituados por Ceccim (2005) e por Ceccim e Feurwerker (2004), como o “Quadrilátero da Formação”, quais sejam: ensino, atenção, gestão setorial e controle social, pois a ausência de qualquer um deles fulminará qualquer pretensão de sucesso integral na implementação das ações para a educação permanente em saúde.

Nesta figura de nº 3, apoiada nas lições de Ceccim (2005) e Ceccim e Feurwerker (2004), procura-se demonstrar a ligação entre os quatro elementos do quadrilátero da formação permanente em saúde.

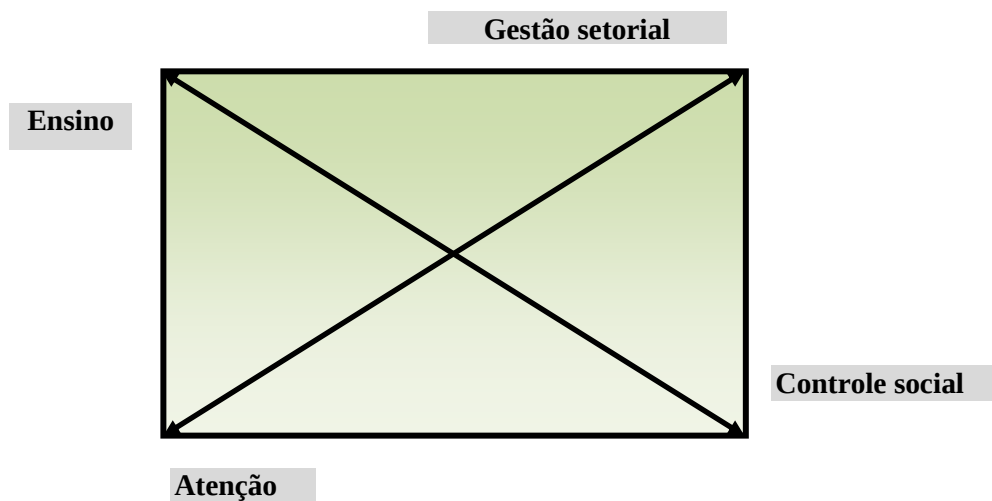


FIGURA 3 - O quadrilátero da formação na PNEPS.

Fonte: Formulação própria com base em Ceccim (2005) e em Ceccim e Feurwerker (2004).

Ambos os autores, Ceccim (2005) e Ceccim e Feurwerker (2004), destacam que o quadrilátero contém aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais que se

correspondem, reavaliam-se e contextualizam-se. Como atestam os elementos ensino (formação), é necessário romper com o tradicionalismo biomecanicista centrado no professor como transmissor e no aprendiz como mero receptor. Em relação à atenção, é imprescindível abolir as velhas práticas e cultivar, diuturnamente, práticas integrais, inclusivas e humanizadas de assistência com a participação da tríade: gerente, trabalhador e usuário. No que se refere à gestão setorial há de se desenvolver um estilo de gestão, criativo e original, regido para as reais necessidades em saúde dos usuários. Já o quarto elemento, controle social, conclama a observância dos anseios sociais emanados dos movimentos sociais, porque o controle social é simultaneamente direito e dever da sociedade em participar do debate e da decisão a respeito da formulação, realização e avaliação da PNEPS.

Ademais, há a previsão legal de que a PNEPS seja articulada com os mecanismos de controle social, cujo estandarte, no âmbito do SUS, é desfraldado pelos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde. Nesse sentido, OMS (2006) elenca cinco eixos estruturantes da educação em saúde, são eles: a) participação social concretizada através dos Conselhos e Conferências de Saúde, sendo os Conselhos de Saúde formados por representantes dos usuários, trabalhadores, governo e prestadores de serviços de saúde; b) controle social como eixo do próprio SUS em atenção ao qual disponibiliza, via DATASUS¹⁵, as informações relativas ao financiamento da saúde mediante o recolhimento e repasse de tributos, taxas e contribuições sociais da União, Estados e Municípios; c) intersetorialidade que preconiza a articulação intersetorial com todas as searas abrangidas pelas políticas públicas e sociais, através da formatação do plano de saúde como uma ação de educação permanente, decorrente da articulação dos Conselhos de Saúde com a sociedade, com as instituições de ensino e pesquisa e com os gerentes dos estados e municípios; d) informação e comunicação em saúde com ampla divulgação, compatibilidade de linguagem e acessibilidade para o público em geral; d) conhecimento e aplicabilidade da legislação do SUS, haja vista as conquistas do SUS estarem asseguradas em leis.

A PNEPS, para dar conta dos objetivos aos quais se propõe, traz como principais características, a descentralização, a horizontalidade, transdisciplinaridade e o incentivo à adoção de técnicas de ensino e aprendizagem problematizadoras. A esse propósito Martini e Verdi (2012) mencionam que as demandas de capacitação devem ser identificadas de acordo

¹⁵ Departamento de informática do SUS integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde ao qual compete coletar, processar e disseminar informações sobre saúde, assegurando aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>> . Acesso em: 02 maio 2013.

com as carências de cada serviço, para assegurar a aplicabilidade e conveniência dos conhecimentos apreendidos nos locais de interesse de cada equipe. Essa lógica requisita que o processo educacional permanente em saúde seja ascendente, descentralizado e transdisciplinar.

Pela descentralização, a PNEPS incentiva a valorização dos “talentos locais” e a ocorrência dos processos educacionais dentro do próprio ambiente de atividades laborais. Em conformidade com essa assertiva, Ceccim (2005) caracteriza como complexa a atitude da política em descentralizar e expandir a capacidade pedagógica, pois na perseguição desta meta, necessariamente, defende-se que deverá haver a interrupção da compra de serviços educacionais pontuais e fragmentados de instituições de ensino, haja vista, muitas vezes, a aquisição de serviços dos centros de excelência não terem se prestado à produção das mudanças necessárias no setor saúde. Sobre isso, consta no Relatório da OMS (2006) que cursos isolados, realizados fora do local de trabalho, pouco contribuem para modificação da prática trabalhista. Sarreta (2009) ainda argumenta que as ações de educação permanente não vieram para anular as ações educativas preexistentes na organização hospitalar, mas desejam aprimorar o que já se faz ou introduzir novas intervenções.

A horizontalidade sinaliza para a construção de uma rede horizontalmente organizada e funcional do SUS e para a formação de seus trabalhadores, a partir das exigências e primazias identificadas na realidade loco-regional (SARRETA, 2009)

A pedagogia da problematização, cujo grande representante no Brasil é Paulo Freire, é outra importante marca desta política. Ceccim (2005) corrobora esse entendimento ao mencionar que, para muitos educadores, a educação permanente em saúde é um desdobramento da educação popular e da educação de jovens e adultos, amplamente, divulgadas, esclarecidas e incentivadas pelo educador Paulo Freire.

Sobre a adoção de técnicas pedagógicas problematizadoras, consta em Martini e Verdi, (2012), que a educação permanente em saúde, na qualidade de *locus* formativo das equipes multiprofissionais, não pode ser uma educação “bancária”¹⁶, entretanto precisa ser indicadora da aprendizagem com significados, promotora e produtora de sentidos para os aprendentes, capaz de transformar as práticas profissionais através da reflexão crítica sobre a atuação profissional real, incorporando o saber e o ensinar no contexto das relações trabalhistas. Nesse ótica, Prado; Heidemann e Reibnitz (2012, p. 12) asseveram que a educação libertadora, quando aplicada na saúde, tem a função estratégica de promover

¹⁶ Educação bancária é, segundo Paulo Freire, a que se processa através da transmissão passiva de saber do professor para alunos docilmente receptores (FREIRE, 1996).

mudanças das práticas de cuidado. Uma vez que, dentre outros benefícios, “ela reforça a necessidade de um processo pedagógico que valoriza a subjetividade e o resgate do compromisso com a coletividade”.

Isso tudo traz a ideia de que educação permanente focaliza-se na aprendizagem de adulto como ferramenta com potencialidade transformadora das práticas profissionais fragilizadas, ambíguas e ultrapassadas. De fato, para Brasil (2004), os processos de capacitação de recursos humanos da saúde devem ser orientados pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações, pelas carências da gestão setorial e do controle social em saúde, voltando-se para a metamorfose das práticas profissionais e organizacionais, quando equivocadas, reestruturando-as a partir da problematização dos processos de trabalhos.

Ceccim (2005) estimula a busca da capacidade de diálogo com as práticas e concepção vigentes, problematizando-as e construindo, coletivamente, laços de convivência e práticas condizentes com a integralidade e humanização da assistência, com a qualidade, com a equidade e demais referências da reforma do sistema de saúde brasileiro. Prado, Heidemann e Reibnitz (2012, p. 15) reiteram a discussão, acrescentando que a “verdadeira educação em saúde estimula o indivíduo, a família e a comunidade a buscar conhecimentos” em atitude de reflexão, conscientização, autonomia e autocuidado.

Através da educação permanente na saúde, as potencialidades e habilidades se desenvolvem bem como a capacidade criadora crítica reflexiva desperta e prospera (SARRETA, 2009). Isso é o que distingue os sujeitos problematizadores da grande massa dominada ou manipulada pelos grupos que se locupletam da ignorância e passividade alheias. Na problematização, os profissionais aprendentes exercem um papel ativo, crítico, com tomada de consciência sobre a realidade que quer atuar e modificar. Há um perceptível sentimento de valorização, pois a partir da leitura de mundo que fazem e das suas escolhas, atuam no contexto, produzindo resultados significativos para si mesmos, para a equipe, para a organização e para a sociedade.

Ao se estabelecer um nexos entre teoria das organizações aprendentes e a realidade dos trabalhadores da saúde, Assmann (1998, p. 22) faz constar que “hoje, educar significa defender vidas”. Com referência a isso, pode-se dizer seguramente que, no ambiente organizacional hospitalar, educar promove a defesa da vida do profissional que se dispõe permeável ao processo educacional, após a formação profissional, seja a formação relativa aos cursos técnicos profissionalizantes, à graduação, à pós-graduação, aos aperfeiçoamentos, entre outras modalidades, também contribui para a defesa das vidas dos clientes submetidos à assistência multiprofissional. Seguindo esse mesmo raciocínio, Prado, Heidemann e Reibnitz

(2012, p. 15) acrescentam que “ensinar e aprender no trabalho é uma ação cotidiana” do profissional da saúde. Pois, nessa perspectiva qualquer ação, formal ou informal, em saúde poderá ser uma oportunidade para educar; porém esses estudiosos alertam que se deve considerar que educar é muito mais que informar, porquanto é uma ação dinâmica, construtiva, criativa, reflexiva e crítica. Por isso, os profissionais devem se comportar como orientadores que procuram construir, em grupo com usuários e demais colegas, alternativas para transformar a realidade, levando em conta as crenças, os valores e as experiências prévias de todos.

Quanto aos fundamentos legais da PNEPS, a operacionalização das ações educativas inerentes à educação permanente em saúde, deve-se observar o que preceitua o artigo 1º, parágrafo único, da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, do MS, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, isto é:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009, p.8).

Depreende-se do artigo retromencionado que, em todo o tempo, a PNEPS está voltada para a transposição das dificuldades regionais, para as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e para as ações já disponibilizadas em termos de formação educacional em saúde. Sendo o Brasil um país heterogêneo, essa posição da PNEPS, se realmente exercitada, possibilitará o (re)equilíbrio que tanto se quer e precisa entre as regiões, estados, municípios e, na circunscrição destes, entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção à saúde.

Atualmente, a experiência na labuta hospitalar, mostra que a inclusão acelerada de novas tecnologias convoca os trabalhadores da saúde a apropriarem-se de competências tecnológicas diversas, porque as organizações hospitalares estão cada vez mais equipadas por aparato tecnológico avançado e é cobrado do profissional, esmero no manuseio de tais equipamentos. Contudo, a apropriação do conhecimento tecnológico é apenas mais uma das exigências colocadas para os profissionais da saúde, posto que o desafio é bem mais amplo, haja vista terem que buscar formação profissional contínua, a mais completa possível, dentre a qual se destaca a competência informacional, como elemento essencial às relações com usuários, demais membros da equipe e sociedade em geral. Em razão disso, Ceccim e

Feuerwerker (2004, p. 48) mencionam que “formar é diferente de informar, o trabalho em saúde promove processos de subjetivação, está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados”. A formação na saúde ultrapassa os limites das simples questões técnicas, interessa-lhe muito mais as proposições tecnopolíticas e as articulações de ações interiores e exteriores aos limites institucionais.

Outro aspecto da PNEPS que não poderá ser excluído deste estudo é a forma de gestão preconizada: a democrática, representada por uma roda em contraposição à estrutura hierárquica piramidal, por vezes, observada nas relações hierárquicas. Ceccim e Feuerwerker (2004) informam que o mecanismo de gestão em roda sinaliza para a distribuição equânime de poder entre a União Federal, Estados e Municípios, numa gestão colegiada efetivada por todos os parceiros da PNEPS. Essa postura gera e consolida a articulação interinstitucional, permitindo trocas, mediante a aprendizagem recíproca em atendimento às necessidades sanitárias da população, cerne da educação permanente em saúde.

A importância da educação permanente para os profissionais da saúde, gerentes ou não, é indiscutível. Repentinamente, a ordem de prioridades pode mudar e o que antes era importante poderá não mais sê-lo, porém é necessário que o foco seja mantido sobre o que se espera como ideal de desenvolvimento humano, a fim de que não se perca o rumo na escalada dos valores existenciais. Como dito por Verdi e Martini (2012), a educação permanente em saúde favorece as mudanças nas relações interpessoais relativas aos profissionais da saúde e demais profissionais de alguma forma ligados aos serviços de saúde, aos usuários e aos gerentes. Nesse mesmo sentido, Chiavenato (2009) acrescenta que o homem é complexo e variável e possui muitas motivações dispostas em cadeia de prioridades não estanques.

Por conseguinte, se querem proporcionar melhor assistência aos clientes do sistema de saúde, gestão e educação precisam permanecer juntas e todos os que fazem a rede de atenção devem estar dispostos às mudanças pretendidas, sobretudo aquelas que se processam dentro de cada um.

2.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nas linhas a seguir discorre-se sobre os significados dos termos “gerente” e “gestor”, caracterizam-se os serviços hospitalares em relação à gestão sob a ótica dos propósitos colimados pelo SUS, aborda-se a influência do modelo biomédico e da cultura organizacional

sobre a atividade gerencial com ênfase para as competências requeridas dos gerentes da área de saúde.

2.2.1 Para entender gestão no SUS: gerentes ou gestores dos serviços de saúde?

Segundo o dicionário Aurélio, gerente é a pessoa colocada à frente de um estabelecimento comercial ou industrial, com o encargo de geri-lo, administrá-lo. Gestor é sinônimo de gerente, aquele que gere ou administra bens alheios (FERREIRA, 2010). Entretanto, em vários documentos da área administrativa consta que, hoje, é mais apropriado denominar de “gestor” aquele que ao gerir um ambiente organizacional esforça-se para criar um ambiente favorável aos acontecimentos desejados e de “gerente” o mero administrador.

Mas, no âmbito do SUS, esses vocábulos encerram significância diferenciada. Os gestores são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde. No âmbito nacional, é o Ministro da Saúde; em nível estadual, são os Secretários de Estado da Saúde; e nos Municípios, são os Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2003). Os gestores são responsáveis pela formulação e produção de políticas e estratégias institucionais, pela direção, comando, condução e difusão dos sistemas institucionalizados de ação (BRASIL, 2006).

No SUS ainda se define a gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, ambulatório, hospital, instituto, fundação, entre outros prestadores de serviços do SUS. Porém, gestão é entendida como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde, municipal, estadual ou nacional, “exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 2003, p. 39).

Dessa maneira, neste trabalho, opta-se por denominar de gerentes os responsáveis pela administração dos setores intra-hospitalares e não de gestores, a fim de evitar equívoco com a terminologia empregada nos documentos do MS e no âmbito da SUS em designação do ministro e dos secretários de saúde. Contudo os termos gestão e gerência serão utilizados, indistintamente, devido ao largo uso desses vocábulos pelos autores consultados em referência a administração de organizações ou de serviços específicos.

2.2.2 Caracterização dos serviços hospitalares

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo nº196, adiante transcrito, apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS, mesmo sendo universal e integral, ainda não tem dado conta de atender nos níveis de prevenção, cura e reabilitação, a todos os usuários. Nos componentes da rede, tem-se presenciado graus variados de dificuldades do Estado em dar cumprimento ao prescrito no nesse artigo, pois ainda se constata descontinuidade da atenção. Corroborando essa reflexão, Filho (2004, p. 376) diz que o trabalho em saúde se caracteriza pelas dúvidas oriundas da “indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade de atender a todos os casos”.

Apesar do artigo 196 conter uma regra programática, acredita-se que o Estado não deve postergar a assistência à saúde sob a “justificativa” de que o total cumprimento da prescrição constitucional está atrelado à implementação de políticas públicas futuras. (Observe-se uma das jurisprudências do Supremo Tribunal Federal)¹⁷.

Em exegese da regra “saúde como direito de todos e dever do Estado” com a teoria das organizações aprendentes, no sentido do incentivo ao compromisso para com a redução das desigualdades e reinserção social, percebe-se Assmann (2005) trazendo que a sociedade da informação deve ser lastreada nos princípios da igualdade de oportunidades, de participação e integração de todos.

Como o SUS foi estruturado em uma rede regionalizada e hierarquizada para atender com integralidade a todos, o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo os aspectos de territorialidade e as especificidades regionais, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente adstrito aos limites municipais, mas com o devido

¹⁷ O entendimento dominante hoje no Supremo Tribunal Federal é que o efeito da norma programática está condicionado a acontecimento futuro, uma vez que o texto não é autoaplicável, mas sim programático. Porém os chefes do Poder Executivo não podem se furtar de suprir os meios necessários para garantir o acesso do cidadão ao seu direito à saúde. Conforme consta no Agravo de Instrumento 550530, relator: ministro Joaquim Barbosa, data de julgamento: 26/06/2012, segunda turma, data de publicação: acórdão eletrônico dje-161, divulgação em 15/08/2012, publicação em 16/08/2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

respeito à autonomia dos entes federados expande-se por todo o país. O território brasileiro, por ser uma unidade indivisível, se propõe a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde através da otimização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

Com sua criação do SUS, começou a ser delineado um novo modelo de gestão para a saúde, o qual passou a cobrar esforços para a operacionalização dos princípios de universalidade e de equidade, bem como das diretrizes de descentralização, de participação social e de integralidade, mediante modelos de gestão que aumentem a produtividade, menos onerosidade e melhor qualidade (VAGHETTI et al., 2011).

As aspirações do SUS são ilustres e se contrapõem à realidade atual revelada através do rol de problemas que fragilizam o sistema. Decerto, a formatação de toda a rede de atenção, inclusive dos serviços ou setores hospitalares, remete às noções de eficiência e eficácia necessárias ao êxito das organizações em geral.

A respeito da eficiência e da eficácia, Maximiano (2011) leciona que eficiência indica que as organizações obtêm alta produtividade com a menor quantidade de recursos possível e, por conseguinte, corresponde à ausência de desperdício e ao uso econômico de recursos. Ao passo que a eficácia se refere à capacidade de realizar resultados e de resolver problemas, sinalizando que as organizações alcançam seus objetivos.

Nisso tudo, tem-se que, nos hospitais públicos, devem-se cultivar os fins predeterminados pelo Estado brasileiro, uma vez que apesar dessas organizações, por serem públicas, não visam o aumento do capital, mas desejam a redução das despesas, do tempo de permanência hospitalar e dos índices de morbimortalidade, além do alcance de bons indicadores de satisfação dos profissionais e dos usuários. Todos esses desígnios podem ser alcançados, em graus variáveis, conforme o exercício da aprendizagem e o empenho no sentido de os profissionais serem instrumentalizados por mais competências. Nessa ótica, Martins et al. (2011, p. 102) alertam que, “pensar a gestão de um hospital é, antes de mais nada, rever as relações de saberes, poderes e afetos nas relações cotidianas que são atravessadas, por tecnologias biomédicas, mas também tecnologias relacionais”.

Os gerentes deverão estar conscientes da complexidade que é exigida pela prestação dos serviços, colocando-se numa atitude de busca e de produção de conhecimentos éticos e legais derivados do direito à saúde para todos, mantendo a clareza sobre a essencialidade das funções gerenciais em visão coletiva, complexa, compartilhada e interconectada sistematicamente (SEIXAS; MELO, 2004). Como líder condutor das equipes, o gerente é componente fundamental nessa empreitada.

É evidente que o hospital é uma das organizações mais importantes para a sociedade, pois nele são combatidos, diuturnamente, os agravos à saúde e à vida, bens de valor elevado, merecedores de tutela pelo Estado e pelos demais atores sociais. De fato, apesar de ser rotulado como lugar de sombras, onde existem dor e sofrimento, também é ambiente de (re) nascimento.

Confirmando o *status* de organização para os hospitais, Maximiano (2011, p. 3) menciona que as organizações são como um sistema de recursos que visa realizar algum objetivo ou conjunto de objetivos e que a “sociedade humana é feita de organizações que fornecem os meios para o atendimento de necessidade das pessoas”, como os serviços de saúde. Para Chiavenato (2009), a organização é um sistema, aberto, de atividades conscientes e coordenadas por duas ou mais pessoas e, somente existe, quando contém pessoas capazes de se comunicar, dispostas a participar e a contribuir coletivamente a fim de atingir um objetivo comum. Na qualidade de sistema aberto, está em contínua interação com o ambiente através de um fluxo de entrada, transformação e saída.

O termo hospital procede do latim *hospitiu* e significa local onde as pessoas se hospedam. Essa nomenclatura foi dada, a partir do século IV d.C., em alusão aos primeiros hospitais fundados pelo clero, cujo propósito era o de assistir os doentes e de abrigar viajantes (MOZACHI, et al., 2006).

De acordo com a OMS, o conceito de hospital é aplicado a todos os estabelecimentos com no mínimo cinco leitos para a internação de clientes e garantia de atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com documentos comprobatórios de admissão e de assistência permanente prestada por médicos (WANDERLEY, 2011).

Sobre a importância científica, social e humanitária dada hoje aos hospitais, na Idade Média, eram consideradas organizações muito mais religiosas e sociais que qualquer outra. Foucault¹⁸ (1979, *apud* Vendemiatti et al., 2010), menciona que na Idade Média, a medicina não era uma prática hospitalar, portanto os hospitais não eram considerados uma instituição médica. Para Lima (1996), até o século XVIII, essas instituições eram geridas por religiosos e destinavam-se predominantemente à assistência dos pobres. Hoje, o hospital ocupa a posição central na prestação de serviços à saúde para o qual convergem trabalhadores, infraestrutura e equipamentos necessários à assistência à saúde da população em geral.

No hospital, as relações profissionais laborais são dinâmicas e intensas e o corpo multiprofissional é formado por várias categorias, conferindo-lhe uma complexidade inter-

¹⁸

FOUCAULT, M. **Power and Knowledge**. Brighton: Harvester Press, 1979.

relacional desafiadora. Nele, encontram-se profissionais responsáveis diretos pela assistência, tais como médicos das mais diversas especialidades, enfermeiros generalistas ou especialistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, pessoal da saúde de nível técnico, além do pessoal dos setores administrativos.

O número de leitos também serve para classificar o hospital quanto ao porte. Mozachi et al. (2006) dizem que quanto ao porte, os hospitais podem ser de pequeno porte, quando possuem até 50 leitos; de médio porte se composto por 51 a 150 leitos ou, de grande porte, caso disponham de 151 a 500 leitos.

Essas organizações podem ainda se classificar em especializados ou geral. Se especializados, atenderão doentes portadores de agravos específicos como os hospitais exclusivos de oncologia (câncer), de cardiologia, de neurologia e de psiquiatria. Caso sejam gerais, atenderão aos portadores de vários tipos de patologias clínicas e cirúrgicas. A depender das especialidades multiprofissionais disponibilizadas, num único hospital pode haver clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, pediatria, urgência, emergência, centros de terapia intensiva, centros de terapia semi-intensiva, unidades de terapia intensiva neonatal, ambulatorios, centro de diagnósticos, além das unidades de apoio como a de produção e processamento de roupas, de nutrição e dietética, de farmácia hospitalar, de almoxarifado, de direção e assessoramento e, assim sucessivamente. Cada uma dessas unidades possui várias outras subdivisões e, para que funcionem a contento, precisam ter e permanecer em harmonia umas com as outras. Para ilustrar o alegado, se uma central de material esterilizado sofre uma interferência em seu funcionamento, muito provavelmente os reflexos deletérios se propagarão por todo o hospital dado a interdependência funcional entre os diversos setores.

2.2.3 Modelo biomédico

O vilipêndio aos princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade de acesso aos serviços de saúde, entre outros, com sede na Constituição Federal, na Lei nº 8080/1990¹⁹ e nas demais normas aplicáveis, é em parte atribuído à influência da estrutura hospitalocêntrica e fragmentada peculiar ao modelo biomédico. Isso porque predomina, no

¹⁹ A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> . Acesso em: 05 out. 2012

exercício profissional assistencial, a especialização e a fragmentação do corpo humano em partes anatômicas ou sistemas individualizados em detrimento do todo.

No modelo biomédico, o corpo humano doente é visto como uma máquina que apresenta avarias individualizadas em suas peças (órgãos). Em outras palavras, o corpo não é um todo, mas sim um fragmentado de partes que, quando está com algum defeito, recebe a intervenção específica somente no sítio afetado; quando, paradoxalmente, sabe-se que a pessoa humana é um ser sistêmico, cujos órgãos e sistemas formam um ser único e completo (CAPRA, 1982; VASCONCELOS, 2010).

Capra (1982) esclarece que esse modelo é um reflexo equivocado do paradigma de Descartes na medicina científica moderna, porquanto Descartes apesar de relacionar os males de seus pacientes aos fatores emocionais e demais estressores, a medicina ocidental especializou-se e alicerçou-se em fragmentar o ser humano. Não obstante, antes do modelo cartesiano, as terapias valorizavam o equilíbrio do corpo, da alma com o meio ambiente social e espiritual.

De acordo com Schön (2000), as habilidades holísticas, assim como o *design*, através de uma prática reflexiva, devem entender o todo a fim de compreender a parte. Mas, Capra (1982) alerta que os interesses da saúde pública geralmente estão separados da educação e da prática médica.

No que diz respeito à gestão em saúde, a principal lição que se extrai da prática fragmentada, diante da complexidade e totalidade do ser humano, é a de que é igualmente necessário superar essa prática fragmentada, tanto enxergando as pessoas como ser completo e carente de equilíbrio, como percebendo que as rotinas de trabalho estão em sinapse constante entre si e entre os integrantes da equipe multidisciplinar, entre os demais sujeitos sociais, entre os diversos segmentos hospitalares, entre outras instituições sociais e assim sucessiva e infinitamente, para além dos muros organizacionais.

A propósito, em se tratando de fragmentação, no âmbito da administração científica, conforme lembra Zarifian (2008), o taylorismo também isolava o trabalhador em cada posto ou função e dividia para cada pessoa uma parcela específica de responsabilidade. Sobre isso, Vergara (2011, p. 186) salienta que “a cultura ocidental valoriza, sobretudo, o trabalho individual” e, nas empresas²⁰, os cargos e planos de carreiras são baseados em desempenho individual, mas há de se atentar para o fato de que a dicotomia holismo *versus* fragmentação

²⁰ O hospital não deixa de ser uma empresa, pública ou privada, prestadora de serviços de atenção à saúde.

tem início no âmago das pessoas. Assim, cada qual deve, em primeira mão, concentrar em si mesmo, os esforços para superá-la.

2.2.4 Cultura organizacional

A cultura organizacional é fator fortemente influente nos processos de gestão e de aprendizagem nas organizações. Algumas vezes, é necessária a ruptura de barreiras existentes a fim de que os desejos de mudança e de melhorias contagiem a todos. Conforme Soto (2008, p. 272), “a globalização do ambiente exige uma globalização mental” e esse é o maior desafio.

Sobre a origem da expressão cultura organizacional, esse termo não nasceu na Administração, mas em 1871 foi definido por Edward B. Tylor, antropólogo inglês, como “complexo total de conhecimento, crenças, artes, moral, costumes e quaisquer outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade” (FLEURY; SAMPAIO, 2002, p. 283).

Desde a civilização romana, já existia um termo, do latim *colere*, que se referia à cultura de produtos relacionados a Roma como “a educação, o desenvolvimento da infância e os cuidados com os deuses”. Entretanto, com a passar dos tempos, a palavra sofreu mutações no significado, porém algumas concepções a seu respeito permaneceram até os dias atuais (FLEURY; SAMPAIO, 2002, p. 284).

Em 1950, a Administração trouxe para sua seara a expressão cultura e, nesse âmbito, o termo passou a ser entendido como um conjunto de valores e pressupostos básicos manifestos através de recursos simbólicos capazes de ordenar, conferir significados e construir a identidade organizacional; muitas vezes funcionado como fator de comunicação e concordância de opiniões, outras escondendo e instrumentalizando relações de dominância (FLEURY; SAMPAIO, 2002).

Ainda em busca de esclarecimentos do que seja cultura organizacional, Maximiano (2012, p. 270) a apresenta como um conjunto de valores, hábitos e crenças que um grupo desenvolve e transfere para seus novos componentes e que representa uma espécie de “moldura dentro da qual os fatos, os objetos e pessoas são interpretados”. Para Daft (2007, p. 65), “é um conjunto de valores, crenças, entendimento e normas compartilhadas pelos membros de uma organização”.

A cultura organizacional corresponde ao pensamento básico que direciona as ações do gerente, auxiliando-o a escolher o caminho que lhe parece mais adequado diante de múltiplas alternativas de ação (PADOVEZE; BENEDICTO, 2005).

Em geral, dentro de uma dada organização existem várias culturas, mas dentre elas, uma é predominante (SILVA; COSTA; ALBUQUERQUE, 2009; PADOVEZE; BENEDICTO, 2005). Enquanto isso, Maximiano (2012) alega existirem nas organizações, várias subculturas cujas análises são complexas uma vez que a cultura organizacional, na maioria das vezes, é híbrida, muito embora haja predominância de uma sobre as outras, podendo haver aspectos positivos e negativos atinentes a quais tipos de culturas predominam. Consequentemente, as organizações podem desenvolver disfunções lesivas à capacidade de resolver problemas de convivência interna e adaptação externa, instalando-se os desvios de comportamentos coletivos, os quais são revelados pela dificuldade em entender o processo de mudança, pela oposição às mudanças externas, pela resistência em aceitar o ponto de vista de outrem, até mesmo pela maneira de falar destoante caracterizada pelo uso excessivo de jargões profissionais.

Em particular, o conceito do qual goza o setor público brasileiro não é um dos melhores e as organizações públicas hospitalares não estão imunes às opiniões de que não têm sido eficientes, nem eficazes na proporção desejada pela sociedade. Em vista disso, Vaghetti et al. (2011, p.87) investigaram teses e dissertações produzidas no Brasil, no período de 1996 a 2008, a fim de “compreender como as estruturas hierárquicas presentes na cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros significam no trabalho hospitalar”. Como resultado, identificaram que, em relação aos hospitais públicos brasileiros, predomina a cultura de que são ineficientes, dificultam as demandas hospitalares, prolongam a distância entre os sujeitos, acirram conflitos e são instrumentos de discriminação e de disputas profissionais.

Por isso, o desafio é imenso. Corroborando essa noção, Soto (2008) revela que a cultura latino-americana não é das mais favoráveis na consecução de mudanças, mas que precisa ser modificada. Todavia, Senge (2010, p. 40) estimula o desejo de mudança, por dizer que se tem que querer a mudança de mentalidade, “a metanoia”, cujo sentido corresponde ao “significado mais profundo de aprendizagem”.

Os gerentes devem procurar identificar qual é a cultura predominante e, dependendo da natureza desta, canalizar suas iniciativas à continuidade da cultura positiva ou para a mudança da cultura negativa. Conforme Padovese e Benedicto (2005), isto significa que devem buscar o equilíbrio entre as várias culturas e direcionar a organização para as metas e

objetivos que se deseja alcançar, o que somente parece ser possível, se houver o exercício de uma visão generalista e multidisciplinar. Em relação a esse contexto, o Soto (2008, p. 233) destaca que o líder é um construtor da cultura organizacional e que deve observar os processos mais relevantes para o desenvolvimento da cultura positiva, quais sejam, “comunicação e informação, integração e trabalho em equipe, delegação e *empowerment*, motivação e reconhecimento, criatividade e inovação, capacitação e desenvolvimento humano, tomada de decisão e liderança”.

A noção de cultura organizacional relaciona-se aos significados das disciplinas das organizações aprendentes, notadamente, aos modelos mentais, haja vista estes se referirem aos pressupostos profundamente enraizados na mente das pessoas e que refletem a subjetividade de cada um, através dos seus valores, crenças, hábitos e quando exteriorizados, podem permear o grupo e influenciar a gestão organizacional. Entretanto, presume-se que o exercício de todas as disciplinas das organizações aprendentes favorece a predominância da cultura organizacional mais positiva e condizente com a missão das organizações hospitalares, enquanto responsáveis pela atenção à saúde com segurança e qualidade.

2.2.5 Competências requeridas dos gerentes dos serviços hospitalares

O elemento central na mudança organizacional são as pessoas, uma vez que o líder sozinho não faz mudança (SOTO, 2008). Por esse motivo, a gestão de pessoas é tão essencial para as organizações. Gil (2011) ensina que essa espécie de gestão é mais uma das funções gerenciais e seu propósito é o de estabelecer a cooperação dos sujeitos atuantes nas organizações, para a obtenção dos objetivos organizacionais e individuais.

A gestão de pessoas engloba uma série de atividades: “recrutamento, descrição de cargos²¹, treinamento²², desenvolvimento, avaliação de desempenho, etc.” (GIL, 2011, p. 24). Dessa maneira, é pertinente dizer que em se tratando de serviço público, o acesso ao cargo ou emprego se dá nos termos constitucionais, via concurso público ou por nomeação.²³ Por isso, de regra, aos gerentes dos serviços públicos de saúde, não compete a função de recrutamento de pessoal, salvo a mobilização do profissional para os setores intra-hospitalares. Mas, a eles cabem as tarefas de dimensionamento das necessidades de pessoal, confecção de escala de

²¹ Cargo é uma unidade da organização que consiste em um grupo de deveres e responsabilidades, pertencentes ao empregado, que o torna separado e diferente dos outros cargos (CHIAVENATO, 2009, p. 231).

²² “Treinamento é o processo educacional focado no curto prazo e aplicado de maneira sistemática e organizada através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, habilidades e competências em função de objetivos definidos” (CHIAVENATO, 2009, p. 389).

²³ Nesse sentido, vide Constituição Federal, artigo 37, II (BRASIL, 1988).

serviço, avaliação de desempenho, várias atividades de educação permanente como capacitações, treinamentos, entre outras.

Lidar com as pessoas é desafiador. Para Gil (2011), os desafios para a gestão de pessoas são múltiplos. Cita-se, de início, a instabilidade que é fruto das mudanças sociais, econômicas e políticas atuais que produzem grande nível de inquietação para o próprio gerente e para os demais colaboradores. Em seguida, há os desafios ambientais como a revolução da informação, a globalização, a diversificação da força de trabalho e a maior exigência do mercado²⁴ à responsabilidade social; os desafios organizacionais representados por inúmeras situações como avanços tecnológicos, competitividade, terceirização²⁵, virtualização; bem como os desafios individuais como produtividade, identificação com o serviço, qualidade de vida, *empowerment*, entre outros.

Para que haja a esperada mudança deve-se permitir desabrochar, dentro de cada um, as competências. Soto (2008) traz à lembrança, o assinalado por Peter Senge para quem as mudanças têm dois níveis, e são eles: o nível pessoal das novas habilidades e capacidades individuais e coletivas; e o grau em que as pessoas se organizam para incentivar a aprendizagem a fim de propiciar organizações inteligentes.

“O conceito de competência profissional surgiu nos anos 60”, nos Estados Unidos, ocasião em que também se iniciaram os debates sobre formação e qualificação com base em competências (OIT, 2002, p. 89).

Na América Latina, inclusive no Brasil, a origem das reflexões sobre competências e a normatização sobre o modelo das competências deu-se nos anos 90. Dessa forma, a reforma educacional brasileira implementada a partir da Lei 9394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), e os demais dispositivos de regulamentação da educação profissional, como o Decreto-Lei 2208/97 e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, consubstanciadas no Parecer da Câmara de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação (CNE) nº 16/99 e na Resolução nº 04/99, também do CNE/CEB, e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, assumiram como norte o modelo das competências (DELUÍZ, 2001).

Hoje, o Brasil destaca-se através de um debate de grande notoriedade sobre competência e sobre qualificação, de maneira que o termo competência tem se generalizado

²⁴ Mesmo sem fins lucrativos, a atenção volta-se para atender às expectativas dos usuários e sociedade.

²⁵ Na Administração Pública, é permitida a terceirização lícita, ou seja, quando se tratar de serviço de vigilância ou de higienização, ou ainda serviços especializados ligados à atividade meio do tomador do serviço. Vide Súmula nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/sumulas>>. Acesso em: 12 fev.2013.

tanto na esfera governamental, principalmente na educação e no trabalho, quanto na esfera empresarial (ZARIFIAN, 2008).

Não apenas no Brasil, como em outros países, o conceito de competências é polissêmico (OIT, 2002; DELUIZ, 2001). Algumas vezes esse vocábulo é empregado no singular, em outras, ele é utilizado no plural.

Soto (2008, p. 237) diferencia que competência no singular se refere ao “grau de preparação teórica, técnica e moral que constitui o perfil profissional particular de uma pessoa”. Já Fleury e Fleury (2001) usam o termo no singular como um saber agir responsável e reconhecido, que mobiliza, integra, transfere conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social à pessoa.

De acordo com Carvalho et al. (2009, p. 38), na sociologia do trabalho e da educação, a competência é concebida como a capacidade de mobilizar recursos cognitivos, tais como os saberes e as informações, o que “envolve a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes em situações rotineiras e possíveis no trabalho”, sendo, portanto, um dos grandes desafios do modelo de gestão por competência, a adequação das características do trabalhador às características do posto de trabalho por ele ocupado.

No artigo 6º da Resolução CNE/CEB nº 04/99, competência profissional é conceituada como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999).

Maximiano (2011, p. 19) entende que “competências são conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma pessoa desempenhar atividades” e que se desenvolvem por meio de experiência profissional, da educação formal e informal e da convivência familiar e social.

No singular ou no plural, ambos os conceitos conciliam-se em seus significados. No novo cenário mundial e desafiador, como citado por Fleury e Fleury (2001, p. 177), “as competências são sempre contextualizadas”.

Na atenção à saúde, em atividades assistenciais ou gerenciais, o desafio por aquisição de mais e melhores competências também é gigantesco. Carvalho et al. (2009) alertam que as novas tecnologias, medicamentos e equipamentos surgem a cada dia, clamando por constante atualização profissional. De igual modo, na gestão pública, as tecnologias da informação e do conhecimento trouxeram uma recente forma de organização administrativa e de relacionamento com as pessoas traduzidas no fato de que as tarefas que antes eram executadas

eminentemente por pessoas, hoje foram completamente automatizadas ou são realizadas por pessoas e máquinas concomitantemente.

Indubitavelmente, esse novo cenário tem solicitado para os serviços públicos, servidores²⁶ instrumentalizados por conhecimentos, habilidades e atitudes. Sobre isso, Zarifian (2008, p. 56) acrescenta que “a competência não nega a qualificação, mas reconhece o valor desta”. Carvalho et al. (2009, p. 40) endossam dizendo que “as competências de uma organização são muito mais do que a soma das competências individuais de cada funcionário”.

Em qualquer caso, a mudanças nas atitudes através da busca pela qualificação sempre deve ser incentivada. Conforme reflete Soto (2008), não se deve aguardar uma evolução a partir do ambiente: a mudança tem que aflorar de cada pessoa.

No dia a dia laboral, os gerentes da saúde lidam com usuários, familiares e demais profissionais, sendo-lhes cabível o que Gil (2011, p. 61-62) orienta: atender bem aos usuários internos e externos, manter pérvios às tecnologias atuais, preocupar-se com a qualidade de vida laboral, agregar valores aos colaboradores, à organização e aos usuários; comportar-se como agente de mudança; “manter um comportamento ético e socialmente respeitável”. Corroborando essa noção, para Daft (2007), os gerentes desenvolvem papéis informacionais, interpessoais e decisórios dentro das organizações e, por isso, são essenciais no cumprimento das demandas organizacionais.

Silva (2009) argumenta que a busca do autoconhecimento é um processo que exige o reconhecimento das potencialidades e fragilidades, pois requer reciprocidade na maneira de enxergar o outro. Vergara (2011) acrescenta que liderar é uma tarefa mui dificultosa, que requer do gerente autoconhecimento, autodesenvolvimento e habilidade para lidar com o outro e conquistar adesão para a causa que se defende, além da sensibilidade para perceber os pormenores da subjetividade humana. Liderança não é o mesmo que chefia, nem capacidade inata. O papel fundamental do líder é causar motivação nas pessoas para o alcance dos resultados desejados. Soto (2008, p. 277), por sua vez, menciona que:

Liderar significa saber o que fazer para o qual necessitamos apreciar a situação na dimensão adequada, entender o problema primeiro para escolher a ferramenta certa a ser utilizada e, depois, uma vez compreendida, administrar eficientemente, visando convertê-la em uma realidade tangível.

²⁶ Denominação genérica dada às pessoas que mantêm vínculo laboral com os órgãos integrantes da Administração Pública.

Segundo Maximiano (2011, p. 19), as competências exigidas para o desempenho da atividade gerencial pertencem, principalmente, a quatro categorias, não estanques e relacionadas entre si, a saber: “intelectuais, interpessoais, técnicas e intrapessoais”.

No quadro a seguir, construído com fundamento nas lições de Maximiano (2011, p. 41-45), listam-se as competências intelectuais, interpessoais, técnicas e intrapessoais relacionando-as com as possibilidades de utilização no cotidiano dos gerentes.

QUADRO 1- Categorização das competências gerenciais e a aplicabilidade na atividade gerencial.

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS	ESPECIFICAÇÕES	UTILIZAÇÃO
INTELECTUAIS	Habilidade de pensar racionalmente com base na obtenção e análise de informações concretas da realidade. Habilidade conceitual, abstração manifesta através da intuição, imaginação e criatividade.	Elaborar conceitos; Fazer análise; Planejar; Definir estratégias; Tomar decisões.
INTERPESSOAIS	Capacidade de entender e atitude de aceitar a diversidade e a singularidade das pessoas. Capacidade de entender e de mobilizar os processos de motivação. Capacidade de entender os princípios da liderança e de liderar. Capacidade de comunicação.	Liderar equipes; Trabalhar em grupo; Estabelecer e manter relações interpessoais.
TÉCNICAS	Específicas em cada profissão.	Diversas, a depender da profissão.
INTRAPESSOAL	Habilidades de autoanálise, autocontrole, automotivação, autoconhecimento, organização pessoal e de administração do próprio tempo.	Conhecer a si mesmo. Controlar os próprios impulsos; Analisar, compreender e desenvolver as próprias potencialidades; Superar as próprias vulnerabilidades.

Fonte: Adaptado de Maximiano (2011).

Em relação às competências técnicas, metaforicamente, o gerente poderá ser “um maestro” ou “um cirurgião”. O gerente maestro é como o técnico de futebol que não precisa ser um bom jogador para conduzir uma equipe à vitória, pois na atividade de jogar, os jogadores devem ser muito mais competentes que o líder; mas, do técnico, é esperado conduzir bem sua equipe ao resultado desejado: a vitória. Logo o gerente cirurgião deve saber fazer bem a tarefa, pois é o especialista que se cerca de assistentes, os seus gerenciados

(MAXIMIANO, 2011, p. 43). Nas áreas assistenciais dos serviços de saúde é possível que haja um menor número de gerentes maestros, porém acredita-se ser mais esperado e seguro que se tenham mais gerentes com perfil de “cirurgiões”, capazes de, mesmo não sendo cirurgião de formação, conduzir a equipe, ensinar, educar, realizar, supervisionar, avaliar e requerer a melhor assistência possível da sua equipe. Carvalho et al. (2009) confirmam o exposto, por dizer que o conhecimento acerca das necessidades de qualificação, formação e capacitação cobra o conhecimento sobre as atividades efetivamente realizadas pelos profissionais.

O gerente, ao exercer a capacidade para trabalhar em equipe, deve considerar que “um conjunto de pessoas trabalhando juntas é apenas um conjunto de pessoas”. Para que haja uma equipe é necessário que tenha um elemento de ligação entre as pessoas, estando elas fisicamente próximas ou não (VERGARA, 2011), o que leva aos quatro pilares da educação e às cinco disciplinas teorizadas por Senge para as organizações aprendentes. Esse entendimento corrobora que todos convergem para a concretização da aprendizagem contínua em todos os níveis e para a eficiência e eficácia salutar a qualquer organização que queira subsistir nos dias atuais.

Sobre a capacidade de comunicação, essa faz parte da vida em sociedade, pois o homem desde que deixou a segregação para viver em grupos tem percebido que a comunicação o proporciona viver melhor. Na sociedade atual, da informação e do conhecimento, não se prescinde das diversas formas de comunicação, presencial ou virtual, como meio de relacionamento humano necessário. Nesse propósito, Chiavenato (2009, p. 61) esclarece que a “comunicação é a transferência de informação e significado de uma pessoa para outra”. É uma forma de se relacionar e de compartilhar ideias, pensamentos, sentimentos, valores e fatos e, somente, ocorre quando a informação é transmitida, recebida e compreendida pelo outro. A comunicação humana é influenciada pelas barreiras pessoais físicas e semânticas, bem como pela cognição, percepção, valores pessoais e motivações das pessoas. Cada pessoa pode exercer a percepção seletiva, filtrando as informações que lhe interessa e bloqueando as não desejadas (CHIAVENATO, 2009, p. 63).

Os gerentes devem estar atentos para não ignorar a existência e não reduzir a importância da comunicação autêntica que se forma entre os diversos profissionais, mesmo a oriunda dos profissionais que exercem funções elementares, porquanto minimizar a subjetividade das pessoas expressada através da comunicação poderá abalar a gestão, sobretudo quando o poder do gerente é limitado. Por isso, deve-se, sempre que possível, propiciar meios para que a comunicação seja ordenadora e instrumentalizadora do

comportamento dos seus gerenciados, abrindo espaço para a autonomia favorecedora dos *inputs*²⁷ (objetivos) e dos *outputs* (resultados) (ZARIFIAN, 2009).

Apesar dos muitos óbices ao processo de capacitação dos trabalhadores da saúde, como os citados por Davini (2009): simplificação do problema educacional; baixa discriminação dos problemas a serem superados; visão instrumental da educação; programas de capacitação acordados com terceiros alheios à realidade local institucional, ausência de avaliação efetiva; falha na formação da memória institucional; centralização das técnicas de ensino baseadas na transmissão do conhecimento segundo o modelo escolar tradicional; noção errônea de que os processos educativos são meros instrumentos finalísticos temporários, com consequente perda do foco educativo profissional; tendência à mecanização do aprendente; volatilidade das poucas mudanças obtidas, entre outros, ainda assim, os gerentes podem implementar algumas estratégias com a finalidade de atingir as competências necessárias, tais como: adoção de uma postura proativa e resolutiva; realização de reflexões sobre o conhecimento prático de forma compartilhada e sistêmica; geração de processos que mantêm a sustentabilidade das ações de educação permanente e a valorização das redes de relações internas e externas.

De modo que, não basta ao gerente ser detentor de saber para si mesmo, pois o sucesso da sua gestão e da organização, no todo, depende do desempenho da equipe. Além de que o bom desempenho da função gerencial exige a competência de todos os profissionais.

²⁷ Os *inputs* e os *outputs* são pertinentes à noção de organização como sistema aberto. Nesse sentido, os *inputs* são as entradas dos recursos necessários para o funcionamento do sistema e que, após receberem o processamento em nível de subsistema, são transformados em *outputs* (resultados) e devolvidos ao ambiente (CHIAVENATO, 2009, p. 13).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“O que vale na vida não é o ponto de partida e
sim a caminhada. Caminhando e semeando, no
fim terás o que colher”.

(CORA CORALINA)

Sabe-se que a estrada palmilhada pelo pesquisador não poderá ir de um lado ou outro sem rumo, pois a ele é imposta a disciplina da construção do conhecimento científico comprometido com as exigências da Ciência. O êxito da sua empreitada é imanente ao planejamento e ao seguimento de uma trajetória, a metodológica. Segundo Minayo (2004, p. 16), a metodologia “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, também entendida como um conjunto de técnicas. Nessa acepção, deve ser formatada de forma clara e coerente a fim de que oriente os impasses teóricos para o desafio da prática da pesquisa²⁸.

A pesquisa teve como eixo norteador a busca de respostas para as indagações: Como os gerentes setoriais que atuam numa organização pública hospitalar se posicionam acerca das competências necessárias para um melhor desempenho profissional? Como esses posicionamentos se relacionam com as propostas de aprendizagem ao longo da vida referenciadas pelos quatro pilares da educação para o século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser?

Para responder a essa pergunta, empregou-se o termo competências a partir do artigo 6º, da Resolução CNE/CEB nº 04/1999, no qual consta que “competências é a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999). Adotaram-se, como referência, os atuais paradigmas de aprendizagens denominados de aprendizagem ao longo da vida e a teoria das organizações aprendentes, de Peter Senge, com

²⁸ Pesquisa é a “atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade” (MINAYO, 2006, p. 17).

foco nas dimensões das aprendizagens contidas nos quatro pilares da educação para o século XXI, bem como na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório, participante e com abordagem qualitativa desenvolvido no Hospital General Edson Ramalho.

Em busca da coerência como a aproximação do fenômeno estudado, optou-se pela vertente metodológica qualitativa. A esse respeito, Minayo (2004) explica que a pesquisa qualitativa apresenta respostas para perguntas específicas, penetrando nos significados das ações e relações humanas, além de se preocupar com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Em outras palavras, possibilita a análise aprofundada do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais íntimo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa qualitativa exige uma estruturação prévia mínima, sendo desnecessárias regras precisas, mas o planejamento deve ser primoroso, com um embasamento teórico geral antecedente, a fim de que o pesquisador domine bem o tema e não se perca no contexto que lhe serve de base. Na sua coleta dos dados, permite formatar o conjunto de conceitos, princípios e significados, correlacionando-os com o universo teórico, uma vez que, à medida que os dados são coletados, também são interpretados, podendo ocasionar a necessidade de novos levantamentos. Através do método qualitativo, o pesquisador tem contato, próximo e prolongado, com os sujeitos informantes (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A fase exploratória da pesquisa diz respeito a um período de investigação informal e, de certa forma, livre no qual o pesquisador busca obter, na medida do possível, compreensão dos fatores atuantes sobre a situação constituinte do objeto de pesquisa. Nessa etapa, o pesquisador tem liberdade, não de forma absoluta, mas a necessária, para exercer seu talento e adotar a conduta mais propícia à sua pesquisa (GIL, 2008). Nela não se trabalha com a relação entre variáveis, mas com a identificação das variáveis existentes e sua caracterização quantitativa e/ou qualitativa, propondo-se a encontrar as respostas para perguntas fundamentais formuladas pelo pesquisador. Seu propósito principal “é o de descrever ou caracterizar a natureza das variáveis que se quer conhecer” (KÖCHE, 2009, p. 126).

Consequentemente, essa etapa se fez presente desde os primórdios do levantamento bibliográfico e continuou até às considerações finais, haja vista que, à medida que os dados eram coletados e analisados, houve a exigência de novos levantamentos junto aos informantes e às bases teóricas da pesquisa. Inclusive, como esmiuçado adiante, a partir da análise dos dados coletados na primeira fase, houve a necessidade de se ampliar a amostragem numa segunda fase de coleta de dados.

Quanto às pesquisas descritivas, essas trazem como objetivo principal, a descrição das características de uma dada população ou de um fenômeno, ou ainda, o estabelecimento de relações entre as variáveis, apresentando como característica importante, a utilização de técnicas padronizadas para a coleta de dados (GIL, 2008). Nesse sentido, a pesquisa tomou por base a premissa de que a solução dos problemas pode advir da observação, da análise e da descrição dos fenômenos estudados. Portanto, atentou-se para as particularidades do grupo de gerentes participantes, as suas opiniões, conhecimentos, habilidades e atitudes em relação à educação em saúde, como instrumento favorecedor da gestão hospitalar sob a ótica dos quatro pilares da educação para o século XXI.

Sobre a natureza participante do estudo, Gil (2008) menciona que, nos estudos participantes, há a determinação das suas bases teóricas, delimitação das técnicas de coleta de dados e da região a ser estudada, organização dos processos de pesquisa e seguimento de um cronograma de atividades. Os problemas são analisados criticamente, passando pela descrição e pela identificação das causas, formulação das hipóteses de ação e elaboração de um plano de ação.

Todas as etapas recomendadas por Gil (2008) para as pesquisas participantes foram seguidas, entretanto a elaboração do plano de ação ficará a cargo do setor de educação permanente do hospital. Em respeito ao campo de competência desse setor, o estudo se reservará a oferecer seus resultados e recomendações a fim de subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das ações educativas profissionais no hospital pelo referido setor.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa recebeu formalmente a anuência da diretoria hospitalar (anexo nº 2). O seu projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da

Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o nº 014/2013, CAAE: 11029712.4.0000.5188 (anexo nº 01).

Antes de se iniciar a coleta dos dados, prestaram-se aos sujeitos os esclarecimentos pertinentes à natureza e aos objetivos da pesquisa, asseguraram-se a voluntariedade da participação e a preservação da identidade dos informantes. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o apêndice nº 1, foi fornecido a todos os informantes.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o Hospital General Edson Ramalho, o qual está situado na Rua Eugênio de Lucena Neiva, s/n, Bairro Jardim 13 de Maio, João Pessoa, Paraíba/PB. *Locus* do exercício gerencial da pesquisadora há mais de quinze anos, numa unidade de terapia intensiva.

Este cenário da pesquisa já era parcialmente conhecido, mas foi mais bem revelado, no tocante aos objetivos do estudo, com a participação dos sujeitos presentes aos encontros e através de diálogos informais durante o exercício laboral, pois como já foi mencionado, nele também a pesquisadora exerce função gerencial.

O hospital foi inaugurado no ano de 1969 e, atualmente, classifica-se como geral e de médio porte, com 152 leitos. Está vinculado à Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, porém é administrado pela Polícia Militar da Paraíba²⁹ (CNES, 2013; MENDONÇA, 2004). Apesar da gestão militar estadual, não se destina exclusivamente ao atendimento dos servidores estaduais militares ou aos seus dependentes, uma vez que sendo totalmente custeado por recursos procedentes do SUS e, em atenção aos princípios norteadores do Sistema Único, com destaque para o do acesso universal, presta atendimento a qualquer um dos usuários da rede pública.

Nesta organização são atendidos pacientes de doenças cirúrgicas e clínicas, obstetrícia, terapia intensiva adulto, terapia intensiva neonatal, cuidados intermediários neonatais, urgências e emergências clínicas e cirúrgicas³⁰. Nas especialidades ambulatoriais, atende casos de otorrinolaringologia, oftalmologia, proctologia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e cirurgia bucomaxilo. Nos serviços de apoio diagnóstico, dispõe de radiologia, endoscopia, ultrassonografia, eletrocardiograma, ecocardiograma, eletroencefalograma,

²⁹ A Polícia Militar da Paraíba é vinculada à Secretaria de Estado de Segurança e Defesa Social.

³⁰ Dados do CNES, disponíveis em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

laboratório clínico hematológico, teste da orelhinha e teste do pezinho. Os serviços oferecidos abrangem toda a população da Região Metropolitana de João Pessoa, cerca de 1.155.641 habitantes,³¹ e a média mensal de atendimentos em todo o hospital é de 8.000 pessoas³².

No tocante aos recursos humanos, no hospital, existe um quadro funcional misto formado por aproximadamente 1.136 servidores, distribuídos nas diversas áreas assistenciais, administrativa e de apoio, dentre os quais 855 são civis e 281 são militares³³.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

A seleção dos sujeitos participantes da pesquisa deu-se através de amostragem não probabilística e intencional.

Na primeira fase da pesquisa, os critérios de inclusão foram cumulativos. A saber: a) possuir experiência como gerente setorial no hospital ou em outro serviço por, no mínimo, um ano; e b) gerenciar algum dos setores do hospital cujos serviços fossem vinculados diretamente à atenção à saúde do usuário, ou à educação permanente dos profissionais, ou às demandas dos usuários em relação ao desempenho dos profissionais. Já no segundo momento da coleta, os critérios inclusivos permaneceram cumulativos e foram: a) possuir experiência como gerente no hospital ou em outro serviço por, no mínimo, um ano; e b) gerenciar qualquer um dos setores do hospital vinculados à assistência, à administração e aos serviços de apoio.

Os critérios de exclusão foram alternativos, quais sejam: a) ser ocupante de cargo/função na diretoria e/ou em supervisão no âmbito do hospital; ou b) possuir menos que um ano de experiência como gerente no hospital ou em outro serviço da saúde.

Para a primeira fase da coleta de dados, realizada em maio de 2013, foram convidados quatorze gerentes das áreas assistenciais intra-hospitalares, assim distribuídos: enfermagem (setores de centro de terapia intensiva, de unidade de internação, de urgência, de centro obstétrico e de maternidade), medicina (setores de urgência e de internação médica e cirúrgica), além dos gerentes de fisioterapia, de fonoaudiologia, de nutrição e dietética, de psicologia, de análises clínicas, do serviço social e do setor de educação permanente. Todavia,

³¹ A capital da Paraíba, João Pessoa, tem uma população estimada pelo IBGE de 742.478 habitantes. Estimativa de 1º de julho de 2012. Publicado no Diário Oficial da União em 31 de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 17 fev. 2013.

³² Dados fornecidos pelo setor de estatística do hospital Edson Ramalho.

³³ Fonte: Registros dos departamentos de pessoal civil e militar do hospital.

participaram somente dez gerentes, haja vista não terem comparecido quatro dos convidados: o gerente de fisioterapia; o de psicologia; o de medicina da unidade de internação; e o de enfermagem do setor de urgência.

A inserção das gerentes do setor de educação permanente e do serviço social deu-se pelos fundamentos do próprio estudo, gestão em saúde e aprendizagem. A primeira gerente por ser responsável pelas ações educacionais profissionais no âmbito do hospital e, a segunda, porque atua frente às várias demandas dos usuários em relação à atenção à saúde e ao desempenho dos profissionais. Mas, a gerente do setor educacional hospitalar, no momento da coleta, estava em gozo de licença e foi representada por uma gerente interina.

Os gerentes de fisioterapia e de psicologia, mesmo tendo sido previamente convidados, não se fizeram presentes ao primeiro encontro e por isso não compuseram a amostragem.

O maior número de convidados da enfermagem motivou-se porque a enfermagem é a categoria mais numerosa e abrangente do hospital e suas gerências contemplam vários setores.

Inicialmente, pensou-se em eleger como informantes, somente os gerentes dos setores assistenciais, porque se entendia que esses profissionais, ao formarem o elo entre a diretoria hospitalar com os demais integrantes do corpo profissional assistencial e com usuários, contemplariam os propósitos da pesquisa.

Os gerentes dos setores não ligados diretamente ao paciente, denominados de setores não assistenciais, não foram convidados para a primeira coleta de dados, em razão da natureza de suas atribuições, por estarem mais distantes das rotinas assistenciais e do contato com os usuários.

Mas com o desenvolvimento dos primeiros encontros, com a obtenção dos dados iniciais, vislumbrou-se que a temática era profunda e abrangente e exigia o envolvimento dos gerentes representantes de todos os setores do hospital. Essa noção tornou-se mais clara à medida que os encontros evoluíam e as reflexões eram construídas sobre os dados, pois no rol de problemas organizacionais visualizados, constatou-se que as questões da aprendizagem e das competências eram as que mais clamavam por uma urgente intervenção multiprofissional.

A partir dessa constatação, para a segunda etapa da pesquisa, realizada em julho de 2013, convidaram-se formalmente trinta e três gerentes, todos os participantes da primeira fase e os novos representantes dos demais setores administrativos e de apoio. Contudo, compareceram ao encontro e responderam ao questionário, apêndice nº 3, quinze sujeitos.

3.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através da gravação e filmagem de todos os encontros, de um questionário semiestruturado (apêndice nº3), com perguntas abertas e fechadas, e de anotações em diário de campo.

3.5.1 Pré-teste do questionário para a coleta de dados

Na procura pela validação do questionário, atendeu-se ao recomendado por Gil (2008): selecionaram-se pessoas qualificadas e experientes pertencentes ao mesmo grupo a ser estudado para responderem ao instrumento e, a seguir, tecerem as considerações sobre as perguntas.

O questionário foi submetido ao pré-teste com três gerentes do mesmo hospital (uma mestra em educação, outra mestra em enfermagem e uma terceira especialista em enfermagem do trabalho).

Em atenção às inferências realizadas por esses gerentes, reformularam-se os enunciados das questões “a”, “b” e “c” da segunda parte do instrumento, cujo resultado consta no apêndice nº 3.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas fases subdivididas em quatro encontros no total, sendo três encontros realizados no mês de maio de 2013 e um em julho, também de 2013. Cada reunião teve duração de aproximadamente 2 horas.

Para todos os encontros, convidaram-se formalmente os sujeitos com um prazo no mínimo de oito dias antes do evento.

Para os três primeiros encontros, apesar do convite formulado a quatorze gerentes, compareceram dez participantes. Para o quarto, convidaram-se trinta e três, mas compareceram quinze sujeitos.

Em todos os encontros, sem exceção, houve exposição problematizadora, com teorização inicial sobre as bases do estudo e oportunidades para os participantes verbalizarem seus pontos de vista, num diálogo horizontal entre todos os presentes.

A construção do referencial teórico deu-se com respaldo nos autores e teóricos da gestão, da educação e da saúde, conforme constam nas referências. Esta fase sustentou-se por todas as demais etapas da pesquisa, até as últimas considerações que, a propósito, exigiu a necessidade de novos levantamentos à medida que os dados eram captados e analisados.

3.6.1 Caracterização dos encontros

a) Primeiro encontro: realizado em maio de 2013. Dele participaram os dez informantes da primeira etapa do estudo.

Forneceu-lhes o TCLE para assinatura expressando concordância. Uma via foi mantida nos arquivos da pesquisadora e a outra via foi entregue ao participante.

Foi realizada a teorização, através da exposição dialogada, com uso de projetor de vídeo (*datashow*), sobre os principais aspectos do referencial teórico da pesquisa e da metodologia para a coleta de dados. Ao final, foram lançadas as questões norteadoras conforme roteiro no apêndice nº 2 para reflexão e discussão no segundo encontro.

b) Segundo encontro: realizado em maio de 2013. Devido ao desafio de reunir toda a equipe multiprofissional participante, para este encontro, foi facultado excepcionalmente aos que não poderiam se fazer presentes, a oportunidade de entregarem pessoalmente ou por *e-mail*, até a manhã do dia do encontro, as respectivas considerações sobre as questões norteadoras para serem lidas e lançadas ao debate. Fizeram-se presentes ao evento, no total, nove pessoas.

O debate foi enriquecedor a respeito dos pontos elencados no roteiro, constante no apêndice nº 2, entregue no encontro anterior, quais foram: formação e qualificação e o exercício gerencial; a natureza da relação pertinente à formação e qualificação dos gerentes acerca do desempenho dos gerenciados; principais desafios enfrentados pelos gerentes no exercício gerencial; prováveis causas desses desafios; sugestões estratégicas para minimizar as dificuldades.

As respostas da pessoa ausente foram lidas e houve confrontação construtiva de ideias sobre as mesmas.

c) Terceiro encontro: realizado em maio de 2013. Nesse encontro, oito pessoas se fizeram presentes.

Iniciou-se a construção de uma proposta-modelo de plano de gestão baseada na identificação e na priorização dos problemas listados no encontro anterior, bem como na reflexão sobre a resolutividade dos mesmos através de algumas ferramentas administrativas como a matriz GUT (gravidade, tendência e urgência) e o plano de ação 5W2H³⁴. Porém, os resultados convergiram para as fragilidades nas competências gerenciais e dos demais profissionais como resultado preliminar de uma perceptível lacuna de aprendizagens e de gestão no âmbito organizacional.

d) Quarto encontro: realizado em julho de 2013. Devido à natureza dos dados revelados no encontro antecedente, foi necessário partir para novos levantamentos exploratórios, por isso chamaram-se, para este quarto encontro, gerentes que abrangessem todos os setores do hospital. Ampliou-se a amostragem tentando-se conhecer quais as competências gerenciais e dos demais profissionais necessárias à consolidação dos quatro pilares da educação para o século XXI e, dentre estas, quais ainda estavam fragilizadas.

Forneceu-se o TCLE para os novos participantes com as devidas explicações sobre os objetivos e sobre a natureza da pesquisa.

Retomaram-se as exposições dialogadas sobre o referencial de sustentação do estudo, desta feita, com ênfase maior nos significados dos quatro pilares da educação para o século XXI e nas suas relações com a aprendizagem ao longo da vida, com os conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes aos profissionais da saúde, com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as especificidades da organização hospitalar em sua complexidade.

Ao final, foi fornecido o questionário constante no apêndice nº 3 para que os participantes registrassem as suas considerações sobre as competências gerenciais e profissionais, relacionando-as com os pilares da educação, bem como descrevessem suas sugestões para o plano de capacitação profissional compatível com a realidade organizacional e com a concretização dos pilares da educação para o século XXI.

³⁴

O plano de ação permite a execução e controle das ações resolutivas propostas para os problemas identificados segundo a prioridade já definida. Para tanto, recomendamos a utilização da ferramenta 5W2H, cujo nome representa as iniciais das palavras inglesas *what* (o que), *who* (quem), *when* (quando), *where* (onde), *why* (por que), *how* (como), *how much* (quanto) (MARSHALL JUNIOR, I. et al. , 2010, p. 114-115).

Na figura nº 4, demonstra-se o caminho percorrido na coleta dos dados da pesquisa.

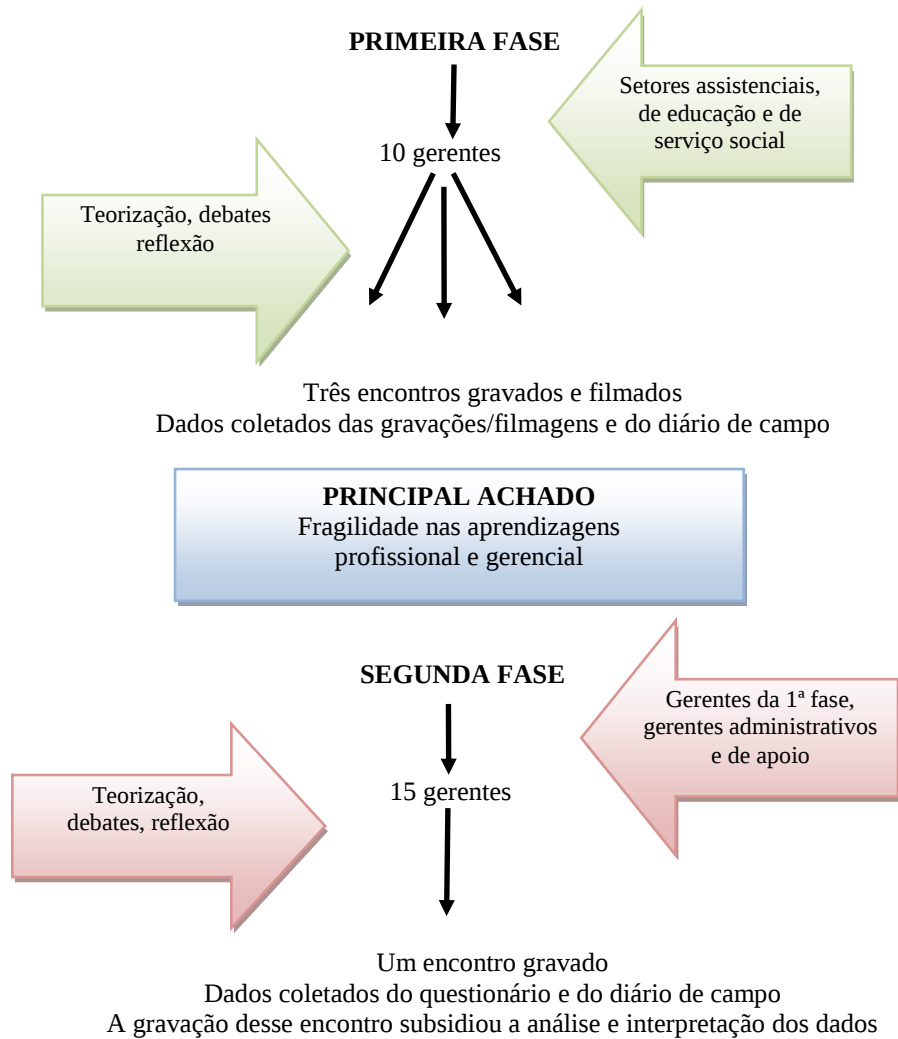


FIGURA 4 - Trajetória da coleta de dados da pesquisa, João Pessoa/PB.

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

3.7 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

O oferecimento de respostas compatíveis com os anseios sociais por um melhor nível de atenção à saúde implica na coparticipação dos sujeitos relacionados ao processo. Nessa perspectiva, os dados coletados, através de gravação e filmagem das reuniões, do questionário e das anotações no diário de campo, foram organizados, sistematizados e analisados segundo a técnica da análise de conteúdo.

A análise do conteúdo é uma metodologia que descreve e interpreta o conteúdo de qualquer categoria de documentos e textos vindos da comunicação verbal ou não verbal, como entrevistas, gravações, informes, relatos, entre outros (MORAES, 1999). Para Bardin (1979, p. 42) essa técnica é definida como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Portanto, essa técnica de análise apresentou-se compatível com a natureza dos dados do estudo, pois os mesmos são dados qualitativos que procederam de entrevistas, de textos escritos (respostas aos questionários) e das anotações em diário de campo.

A análise do conteúdo, sob os aspectos operacionais, provém de literatura de primeiro plano para penetrar nos níveis mais profundos que os significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) (MINAYO, 2006).

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, em busca dos significados latentes e evidentes no material qualitativo, foram desenvolvidas várias outras técnicas, mas a análise temática, dentre elas, tem muita adequação com as pesquisas qualitativas na saúde (MINAYO, 2006). De acordo com Bardin (1979, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que lhe serve de guia à leitura”.

Fazer análise temática é descobrir os núcleos de sentido cuja presença ou frequência comportem um significado para o objetivo analítico pretendido, sendo que, operacionalmente, essa modalidade de análise divide-se em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 1979).

Nesse sentido, na figura nº 5, representaram-se todos os passos seguidos na análise de conteúdo dos dados da pesquisa.

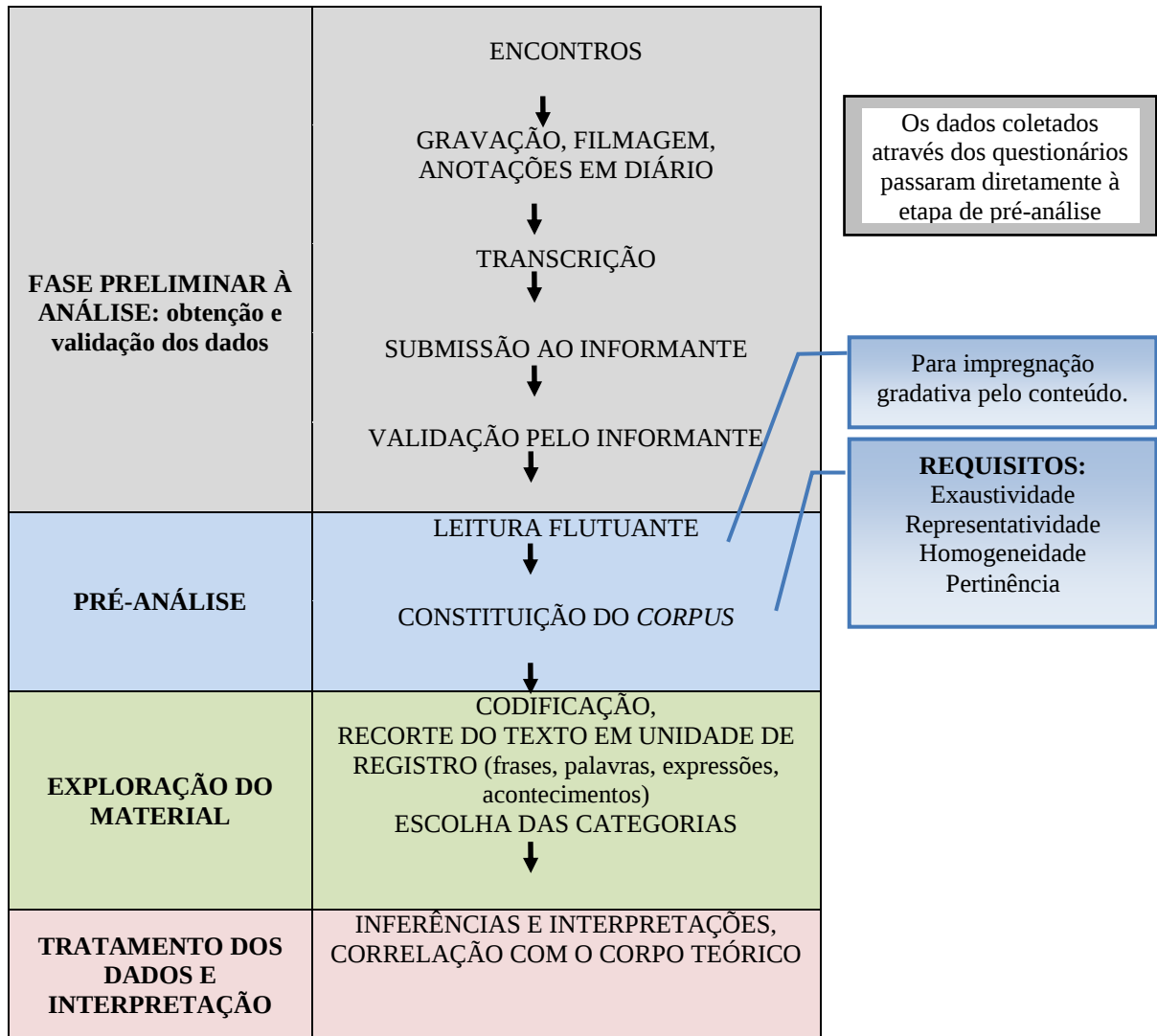


FIGURA 5 - Etapas operacionais da análise temática dos dados do estudo, João Pessoa/PB.
Fonte: Elaboração própria com ancoragem em Bardin (1979).

Conforme ilustrado acima, a análise dos dados obtidos no estudo obedeceu à seguinte sequência:

- (a) Todos os encontros foram gravados, filmados e deles também se anotaram, em diário de campo, as observações e os fatos pertinentes.
- (b) No prazo máximo de 24 horas, após as gravações, ouviram-se tantas vezes quantas necessárias o conteúdo gravado, transcrevendo-o no editor de texto *Microsoft Word* o verbalizado pelos participantes, de maneira individualizada. Essa transcrição correspondeu a uma das tarefas mais desafiadoras, pois em vários momentos, as falas se sobrepunham umas às outras dificultando o entendimento e a transcrição, contudo, ao final, obteve-se êxito.

- (c) Em atendimento às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa, o material transcrito foi submetido a cada um dos seus emissores para lerem e validarem. Todos concordaram com o inteiro teor transcrito de suas falas.
- (d) Após a validação, partiu-se para a leitura flutuante do conjunto de comunicações, lendo, relendo e meditando no que se tinha em mãos. Como leciona Bardin (1979), nessa etapa, pouco a pouco, a leitura tornou-se mais precisa, impregnando o pesquisador através do contato exaustivo com o material.
- (e) A fase de escolha dos documentos foi dispensada, porque todos os documentos eram pertinentes ao estudo.
- (f) A seguir, passou-se a organizar o material, constituindo seu *corpus*, cujos requisitos de validade para a palavra, frase ou expressão figurarem como representativas dos resultados foram: exaustividade (contemplar todos os aspectos de interesse do *corpus* definido); representatividade (representar a amostragem documental ideal para o universo de interesse); homogeneidade (possuir critérios precisos de seleção, dispensando-se o que não interessar); e pertinência (adequação aos objetivos do estudo). Nota-se que o *corpus* é o conjunto de documentos que se presta para ser submetido à análise (BARDIN, 1979).
- (g) A formulação de hipóteses foi suprimida, porquanto Bardin (1979, p. 98) explica que as hipóteses “nem sempre são estabelecidas nesta fase”.
- (h) Avançou-se na exploração do material, codificando-o. Nesse sentido, optou-se por atribuir o código “G” para todos os participantes e os números de “1” a “10” para os participantes da primeira fase da coleta de dados e de “1” a “15” para os quinze informantes da segunda fase, ficando da seguinte maneira: a) informantes da primeira etapa: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9 e G10; b) informantes da segunda etapa: mantiveram-se os mesmos códigos para os participantes da primeira etapa, G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9³⁵, porém para os novos participantes atribuíram-se códigos G11, G12, G13, G14, G15 e G16. Esclarece-se que nas tabelas caracterizadoras da amostragem constante nos resultados, para

35

O sujeito G10 presente na primeira etapa faltou à segunda.

não comprometer o anonimato, não se fizeram constar esses códigos. A codificação serviu para a exploração do material, favorecendo o acesso aos recortes de textos, em unidade de registro, armazenados em arquivo digital de posse da pesquisadora.

(i) Por fim, procederam-se às interpretações, correlacionando-as com o corpo teórico.

Ressalta-se que os dados captados, por intermédio dos questionários, não necessitaram da submissão aos informantes, já que eles mesmos os haviam escrito de próprio punho. Parte dos resultados advindos desses questionários foi ilustrada através de figuras a fim de melhor correlacioná-los com os pilares da educação para o século XXI.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Os líderes precisam fazer mais do que apenas formular estratégias para explorar a mudança. Eles devem ser capazes de ajudar as pessoas a entenderem as forças que moldam a mudança”.

(PETER SENGE)

Nesta seção, parte dos resultados deste estudo está sistematizada em categorias e subcategorias que emanaram conforme a análise temática do conteúdo que receberam. Os demais dados, com a intenção de favorecer a reflexão analítica transversal fundamentada no referencial teórico, convencionaram-se apresentá-los em figuras ilustrativas e em quadros consolidativos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Nos quadros de nº 2 e 3, respectivamente, caracterizou-se o primeiro e o segundo grupo de sujeitos da amostragem do estudo quanto à função gerencial exercida, ao sexo, à idade, à maior titulação em formação, à natureza do vínculo funcional que possui com a organização hospitalar, ao número de anos que trabalham no hospital, ao tempo total de experiência na função gerencial em anos e ao número de pessoas que gerenciam no hospital.

QUADRO 2 - Caracterização dos sujeitos participantes da primeira fase da pesquisa.

João Pessoa/ PB.

FUNÇÃO GERENCIAL	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO/ VÍNCULO FUNCIONAL	CURSOS RELACIONADOS À GESTÃO	TEMPO NO HOSPITAL (ANOS)	TEMPO NA GERÊNCIA ATUAL	TEMPO TOTAL EM GERÊNCIAS	Nº DE GERENCIADOS
Análises clínicas	F	48	Farmacêutico Bioquímica Militar	Nenhum	14	10	14	55
Nutrição	F	30	Nutricionista Civil	Especialização	2	1	1	70
Fonoaudiologia	M	30	Fonoaudiólogo Militar	Nenhum	6	5	5	14
Serviço Social	F	38	Assistente Social Civil	Nenhum	11	4	4	41
Centro de educação permanente ³⁶	F	41	Militar	Nenhum	14	-	7	3
UTI adulto	F	40	Enfermeira Militar	Nenhum	18	4	4	50
Unidades de internação	F	36	Enfermeira Militar	Nenhum	14	7	7	110
Maternidade	F	57	Enfermeira Civil	Capacitação	30	16	18	55
Centro obstétrico	F	44	Enfermeira Militar	Nenhum	18	3	3	32
Urgência	M	47	Médico Militar	Nenhum	11	3	3	34

Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).³⁶

Gerente interina. A gerente titular estava afastada em gozo de licença.

QUADRO 3 - Caracterização dos sujeitos participantes da segunda etapa da pesquisa.

João Pessoa/PB.

FUNÇÃO GERENCIAL	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO/ VÍNCULO FUNCIONAL	CURSOS RELACIONADOS À GESTÃO	TEMPO NO HOSPITAL (ANOS)	TEMPO NA GERÊNCIA ATUAL	TEMPO TOTAL EM GERÊNCIAS	Nº DE GERENCIADOS
Análises clínicas	F	48	Farmacêutico Bioquímica Militar	Nenhum	14	10	14	55
Nutrição	F	30	Nutricionista Civil	Especialização	2	1	1	70
Fonoaudiologia	M	30	Fonoaudiólogo Militar	Nenhum	6	5	5	14
Serviço Social	F	38	Assistente Social Civil	Nenhum	11	4	4	41
Centro de educação permanente ³⁷	F	40	Enfermeira Militar	Nenhum	14	4	4	3
UTI adulto	F	40	Enfermeira Militar	Nenhum	18	4	4	50
Unidades de internação	F	36	Enfermeira Militar	Nenhum	14	7	7	110
Maternidade	F	57	Enfermeira Civil	Capacitação	30	16	18	55
Centro obstétrico	F	43	Enfermeira Militar	Nenhum	18	3	3	32
Vide nota³⁸	M	47	Médico Militar	Nenhum	11	3	3	34
Fisioterapia ³⁹	M	45	Fisioterapeuta Militar	Nenhum	14	12	12	19
Hotelaria	F	49	Enfermeira Militar	Nenhum	21	12	16	40
Compras	M	40	Bacharel em Direito Militar	Nenhum	14	2	5	5
Informática	M	48	Técnico em Informática Civil	Nenhum	21	12	12	4
Recepção	F	44	Nível Médio Civil	Gestão em Recursos Humanos (em andamento)	15	2	2	38
Revisão prontuários	F	41	Enfermeira Militar	Nenhum	11	-	4	02

Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).**Legenda:** Novos gerentes incluídos na amostragem.³⁷ Gerente titular.³⁸ Gerente médico presente da primeira fase, mas não compareceu à segunda fase.³⁹ Foi convidado para a primeira e segunda etapas, mas somente pôde comparecer à segunda.

Os dados descritos nos quadros acima revelaram que a amostra foi composta por onze (68,7%) gerentes do sexo feminino e cinco (31,3%) do sexo masculino. Estes representam cerca de quinhentos e setenta e dois (50,3%) profissionais do hospital.

Quanto à natureza do vínculo trabalhista que os sujeitos mantêm com o hospital, onze (68,7%) são de natureza militar e cinco (31, 3%), de natureza civil. Esse dado, quando comparado ao número total de profissionais do hospital, percebe-se que mesmo a organização sendo uma entidade de quadro heterogêneo, na qual há predominância de profissionais civis (no total existem aproximadamente de 72,3% de profissionais civis e somente 24,7% militares), em sendo administrada por militares, naturalmente a maioria dos gerentes é militar.

Em relação à faixa etária, dois (12, 5%) gerentes têm de 26 a 30 anos, cinco (31, 3%) de 36 a 40 anos, quatro (25%) de 41 a 45 anos, quatro (25%) de 46 a 50 anos e um (6, 2%) está acima de 51 anos de idade.

No que tange à formação para a função gerencial, somente três gerentes (18,7%) realizaram, ou estão realizando, algum curso em gestão. Dentre estes, um é estudante de graduação em gestão de recursos humanos, outro fez duas capacitações numa escola do governo do Estado e o outro sujeito realizou uma especialização em auditoria com componente curricular relacionado à gestão.

Quanto ao tempo total de experiência como gerente, dez (62,5%) informantes possuem de 1 a 5 anos de experiência, um (6,2%) possui de 6 a 10 anos, três (18,7%) possuem de 11 a 15 anos e dois (12,5%) possuem acima de 16 anos de experiência. Para esse quesito, consideraram-se cumulativamente as experiências no âmbito do hospital da pesquisa e em outros serviços de saúde.

4.2 DADOS QUE EMERGIRAM NA PRIMEIRA FASE DA COLETA

As categorias e subcategorias que surgiram na primeira fase da coleta de dados do estudo estão ilustradas nas figuras de nº 6 e 7, respectivamente.

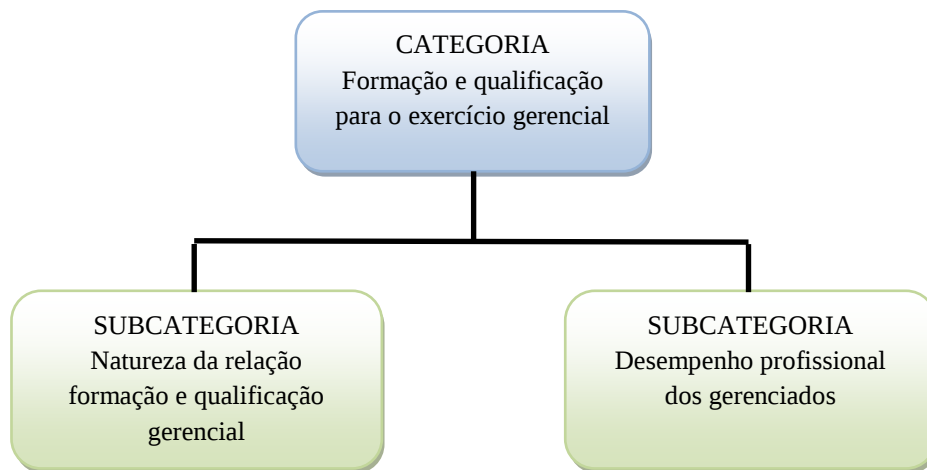


FIGURA 6 – Categoria e subcategorias relativas à formação e qualificação gerencial. João Pessoa/PB.
Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

A categoria **formação e qualificação para o exercício gerencial** surgiu a partir da inquirição dos sujeitos sobre a percepção que têm a respeito da formação e da qualificação para o exercício da função gerencial na saúde.

O termo formação foi empregado em referência à maneira pela qual são constituídos os saberes dos profissionais, assim como explicitado por Diniz (2010), como indicador dos processos de aprendizagem ao longo da vida, em interface com as dimensões laborais. A palavra qualificação foi usada, no sentido do dicionário Ferreira (2010), em alusão ao conjunto de conhecimentos que propicia ao profissional as capacidades teóricas e práticas para executar as suas atribuições.

Como se pode perceber dessa categoria, formação e qualificação para o exercício gerencial, surgiram duas subcategorias: a) **natureza da relação formação/qualificação gerencial** e b) **desempenho profissional dos gerenciados**.

Outra evidência do estudo diz respeito à categoria **principais desafios à atividade gerencial**. Dessa, por sua vez, brotaram três subcategorias, a saber; a) **possíveis causas dos desafios**; b) **reflexos dos desafios na subjetividade dos gerentes**; c) **Sugestões para minimizar os desafios**. A esse respeito, vide a figura nº 7, adiante.

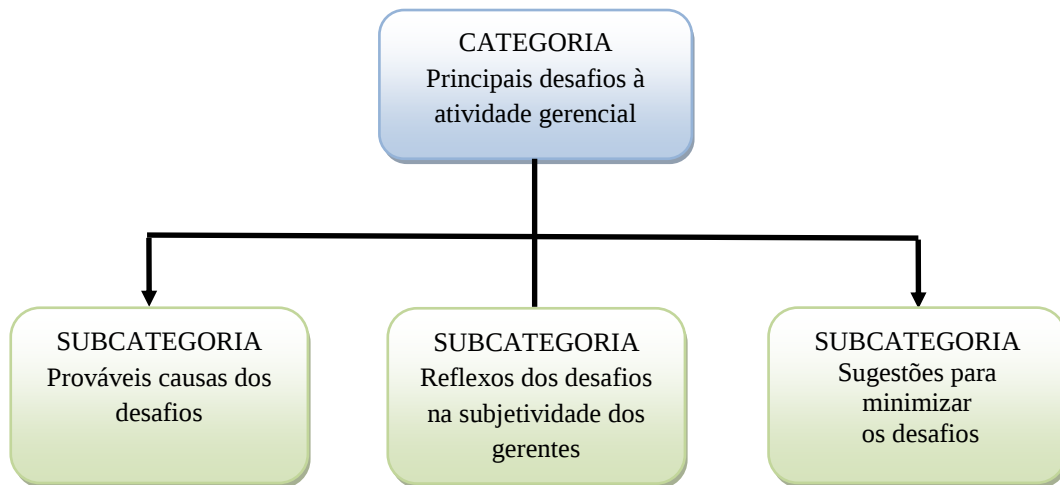


FIGURA 7 – Categoria e subcategorias atinentes aos desafios ao exercício gerencial hospitalar. João Pessoa/PB.
Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

Essas categorias e subcategorias surgiram da problematização dos sujeitos participantes sobre a realidade organizacional interveniente nos processos de gestão e de aprendizagem.

4.2.1 Categoria: formação e qualificação para o exercício gerencial

Em unanimidade, os dez sujeitos da primeira fase do estudo informaram que é importante possuir formação e da qualificação para o exercício da função gerencial e que o gerente mais qualificado reflete na qualidade dos serviços prestados à sociedade. Observe-se o recorte representativo: “Considero bastante importante [...], só vai agregar mais valor para que a atividade aconteça com qualidade e resultados positivos” (G1).

Alguns informantes destacaram que o serviço em saúde é complexo e a atividade gerencial, nesta área, representa um grande desafio, o qual exige aprendizagem constante:

Sempre você tem que superar. O serviço de saúde é bastante complexo, às vezes os modelos anteriores não cabem mais (G3). Ser gerente é um desafio muito difícil de enfrentar, tem muitos obstáculos, [...] precisa estar sempre se reciclando [...] (G4).

Com os dados, identificou-se que os conhecimentos científicos e as habilidades práticas específicas à atenção à saúde, por si só, são insuficientes para capacitar os gerentes para a gestão dos serviços de saúde. Parece ser ideal que haja a associação entre os saberes técnico, científico e administrativo e que todos esses saberes sejam mobilizados na ação em

serviço, como disseram: “Estamos muito preparados para sermos assistenciais e não para a gerência” (G7). “A formação e a qualificação fazem com que possamos melhorar nosso desempenho” (G4).

Achado semelhante decorreu de estudo realizado com gestores e com especialistas de Unidade Básicas de Saúde de São Paulo, SP, no qual os autores André, Ciampone e Santelle (2013) elucidaram que a formação em ciências da saúde e especialização em gestão foram questões mais bem pontuadas quanto ao perfil para escolha de gestores dos serviços de saúde⁴⁰.

Outrossim, os dados revelaram, que os gerentes entendem que a capacitação e a qualificação gerencial são privilégios daqueles que tiveram a oportunidade de obtê-las, porém o sentido maior, diante da escassez desses tipos de conhecimento, é compartilhar os saberes com os demais profissionais:

A capacitação e a qualificação é privilégio da gerência [...] (G3). Se não trazer para compartilhar não tem sentido (G1). Seria de grande valia que aquelas pessoas que realizaram capacitação em gestão pudessem trazer esse aprendizado para o meio em que trabalha (G6).

Por meio da educação, o sentido da vida humana é direcionado (CAMPOS, 2007). A aprendizagem ao longo da vida na saúde⁴¹, reunida ao dia a dia da gestão setorial, certamente faria com que o SUS deixasse de ser o mero cenário de estágio e de aprendizagem prática, para ser interlocutor dos centros de formação no planejamento e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

Em contraste à opinião predominante, dentre os participantes, somente um sujeito defendeu, que mesmo sem formação⁴², mas com a vivência, podem adquirir habilidade em serviço, como disse:

É importante ter a formação, mas não significa que a pessoa que não tenha a formação, não venha adquirir habilidade, [...] maior até mesmo que profissionais recém-formados. [...] a formação técnica é muito importante, mas a pessoa que não tem a formação técnica poderá adquirir habilidade em serviço (G2).

⁴⁰ Nesse estudo, o termo gestor foi empregado em referência ao dirigente das unidades de saúde.

⁴¹ Os autores a denominam de “educação permanente”, mas como mencionado no referencial teórico, optou-se por denominá-la de aprendizagem ao longo da vida.

⁴² Esse sujeito referiu-se à formação técnica e científica na área que gerencia.

Já se sabe que a aprendizagem gerencial é baseada nos pressupostos da aprendizagem do adulto. Apesar de haver óbice legal por parte dos Conselhos de Classe regulamentadores do exercício profissional, os quais designam a responsabilidade imediata pelo exercício profissional ao profissional de nível superior da mesma formação técnica científica da categoria gerenciada. Em se tratando da maneira como os adultos aprendem, o depoimento desse participante coaduna-se com o mencionado por Silva (2009, p. 188), a respeito do pensamento de Lindeman⁴³ (1926), para quem “o recurso de mais alto valor na educação de adultos são as experiências dos aprendizes” e que “a vida é também educação”. Endossando a reflexão, Delors (1996) acrescenta que a educação jamais pode negar os saberes de base, as vivências e os saberes provenientes da experiência humana.

Os dados evidenciaram que, em relação aos gerentes, caso exerçam suas atividades ancoradas tanto em conhecimentos técnicos como em gestão, terão mais respaldo para a tomada de decisões. Observe-se: “O conhecimento técnico e administrativo respalda as decisões dos gerentes” (G7). Decerto, Gramigna (2007) informa que o comportamento das pessoas pode ser influenciado de muitas maneiras, por exemplo, através do poder de competência que emana do conhecimento, das experiências vividas e das habilidades especializadas. De maneira que, quando alguém tem um elevado poder de competência, recebe crédito pela destreza na resolução de problemas e no exercício das suas atividades.

4.2.1.1 Subcategoria: natureza da relação formação e qualificação gerencial

Sobre a natureza da relação formação e qualificação do gerente, o estudo revelou que é uma relação abrangente e positiva caracterizada pelas ações multiprofissionais e pela escuta qualificada que, em estimulando a equipe a trabalhar conjuntamente, possibilita o alcance dos objetivos organizacionais e atendimento dos anseios da coletividade. Nessa relação, a credibilidade no trabalho do gerente e a sua aceitação como o referencial da equipe é diretamente proporcional à proficiência do qual é detentor, desde que a formação e a sua qualificação sejam associadas ao saber ser.

Antecipa-se que, em vários trechos dos depoimentos orais ou escritos, os sujeitos mencionam a expressão “trabalhar (trabalho) em equipe”. Esse achado certamente deve-se à preocupação dos gerentes em possuírem habilidades e atitudes para trabalharem em conjunto como fundamento indispensável ao exercício funcional exitoso. Sem dúvida, para Gramigna

⁴³

LINDEMAN, E. C. **The meaning of adult education**. New York: New Republic, 1926, p.3.

(2007), essa maneira de trabalhar representa a capacidade do gerente em desenvolver ações compartilhadas, catalisando energias através da cooperação mútua. Tal qual se visualizam no recorte:

Um gerente capacitado vai desenvolver um trabalho mais abrangente do que puramente assistencial. [...] vai se refletir no trabalho da equipe (G5). É uma relação positiva, melhor para o coletivo (G1 G3, G7). Melhor para o hospital [...], associa o fazer ao saber ser (G3). Se caracterizada pela escuta qualificada e pelas ações multiprofissionais desenvolvidas dentro da instituição. Traz credibilidade melhor junto à equipe (G4).

Ainda sobre a capacitação dos profissionais, atualmente reconhece-se que há uma forte crise de confiança, em escala mundial, afetando os serviços de saúde, em parte, devido às deficiências de formação dos profissionais que atuam na saúde. De maneira que a educação e o trabalho coletivo devem ser desprendidos para combater a problemática (OMS, 2006).

A respeito da “escuta qualificada”, Raimundo e Cadete (2012) pontuam que esta é uma ferramenta de gestão humanizada, participativa, caracterizada pela escuta ativa, integral, interativa, acolhedora, centrada nas necessidades dos profissionais e dos usuários, na qual se busca ouvir, compreender, corresponder, intervir e produzir autonomia.

4.2.1.2 Subcategoria: desempenho profissional pelos gerenciados

O estudo mostrou que os gerentes têm a consciência de que além de trabalharem em cooperação coletiva, na relação gerente-gerenciados, a eles ainda cabem as tarefas de orientação e de incentivo ao grupo com vistas ao melhor desempenho coletivo. Como disseram: “É uma relação para estimular a equipe. Inclusive estimular para melhorar o desempenho” (G10). De fato, Seixas e Melo (2004) enumeram, dentre as funções dos gestores⁴⁴, saber conduzir as atividades para atingir os objetivos, promover a capacitação e a motivação para que trabalhem com entusiasmo.

4.2.2 Categoria: principais desafios à atividade gerencial

Quanto à categoria principais desafios inerentes ao exercício gerencial no hospital, conforme citado, surgiram três subcategorias: reflexos dos desafios na subjetividade dos

⁴⁴

No estudo atual, optou-se por denominá-los gerentes.

sujeitos; percepção que os entrevistados têm a respeito das causas desses desafios; sugestões resolutivas para os desafios, conforme ilustrado anteriormente na figura de nº 7.

Os dados evidenciaram que os desafios à atividade gerencial no hospital são vários e multifacetados, porque em parte são decorrentes da escassez de recursos financeiros, materiais (equipamentos) e estruturais. Além daqueles relacionados às pessoas, dentre eles, as fragilidades na formação e na qualificação gerencial e na dos demais profissionais, a baixa motivação, a diminuição na autonomia dos gerentes setoriais, entre outros. Parece que tudo isso tem dificultado o trabalho dos gerentes. Diante desse contexto, há de se levar em conta que, conforme assinalado no estudo de Jesus et al. (2011), as condições físicas, de organização e de manutenção, são contribuintes para a baixa efetividade das ações de capacitação e/ou para o pouco impacto das ações de capacitação profissional. Ademais, Filho (2004) aponta que de uma maneira geral, no Brasil, as instituições públicas da educação e da saúde apresentam quadro de dificuldades e de carências com consequente diminuição e esvaziamento de suas ações. Eis o recorte representativo:

Problemas com as pessoas, com o espaço físico e com os equipamentos. [...] falta de concurso para renovação dos quadros. [...] a gente vive essa dificuldade (G1). Meu maior desafio é o comprometimento com a tarefa e com os objetivos da organização com a nova ideia. É envolver o subordinado (G3). É motivar a equipe para desenvolver suas atividades diante dos obstáculos enfrentados (G4). Ausência de uma equipe vinculada aos objetivos [...] (G1). Meu desafio é justamente a falta de capacitação na parte administrativa. Falta de autonomia que a gente não tem. Às vezes temos ótimos funcionários, mas temos que ficar sem eles (G5).

Durante os encontros, o grupo, ao meditar a respeito dos desafios, também chegou ao entendimento de que a solução de muitos deles, principalmente os atinentes à escassez dos diversos recursos, ultrapassa o limite de resolutividade dos gerentes setoriais, pois em sendo gerentes funcionais têm o campo de atuação limitado. Como lecionado por Daft (2007), os gerentes funcionais são os responsáveis por setores que desempenham uma tarefa em específico e têm funcionários com treinamento e habilidades similares.

Ao serem indagados sobre as causas dos desafios, disseram que “as causas são [...], dependência na tomada das decisões, falta de autonomia” (G3). Sobre essa questão, a realidade em outros serviços parece não ser diferente da que o estudo identificou, conforme Jesus et al. (2011) desvelaram através de uma pesquisa-ação realizada com profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Mesmo o enfermeiro sendo considerado um

profissional estratégico para as mudanças, uma das expectativas expressadas por esses profissionais é de terem autonomia para realizarem as atividades que lhes são inerentes.

Também, nos estudos consultados, constam relatos que nos serviços públicos predominam modelos de gestão tradicionais, “ancorados em estruturas rígidas que definem hierarquias verticalizadas e processos decisórios centralizados” (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007, p. 836).

O dado “falta de autonomia”, na pesquisa atual, apareceu como causadora dos desafios à atividade gerencial e, ao mesmo tempo, como uma de suas consequências. Porque há redução da autonomia, os gerentes não conseguem tomar algumas das decisões que compreendem serem pertinentes a eles, como por exemplo, mobilizar pessoas ou mantê-las nos setores. Dessa maneira, a escassez de autonomia produz mais desafios. Por outro lado, parece que devido ao modelo administrativo predominante na organização, ainda bastante verticalizado e burocratizado, há redução na parcela de autonomia que os sujeitos entendem que deveriam ter. Assim, o modelo de gestão praticado no hospital reduz a autonomia dos gerentes setoriais, posicionando a “falta de autonomia” como um reflexo do problema, modelo administrativo centralizado.

4.2.2.1 Subcategoria: prováveis causas dos desafios

Quando investigados sobre as possíveis causas dos desafios vivenciados, os sujeitos referiram que as causas são relativas às pessoas e aos recursos financeiros e recursos materiais diversos.

Eles sentem a falta de uma equipe vinculada aos objetivos da organização e de comprometimento dos profissionais. Reconhecem a existência de deficiência na qualificação, de isolamento dentre os integrantes de uma mesma equipe e entre os distintos setores do hospital, além da já mencionada “falta de autonomia” para eles exercerem mais plenamente as funções gerenciais. Conforme os relatos: “As causas são a falta de motivação, de comprometimento, dependência na tomada das decisões e falta de autonomia” (G3).

Especificamente, em relação à questão da autonomia, parece que, na organização, precisam definir e deixar mais claro qual é o escopo da atividade gerencial. Pois, para o exercício pleno da atividade gerencial, os gerentes têm de ter as suas autonomias, mas também devem saber quais são os limites das suas atribuições funcionais. Sobre isso, Silva (2009) ensina que esse escopo consiste na delimitação da atividade do gerente e dos

comportamentos, atividades e papéis sinalizadores do que um gerente faz e como deve proceder diante de situações profissionais específicas. Ademais, os sujeitos acrescentaram:

Está faltando uma equipe vinculada aos objetivos (G1). Falta de comprometimento (G7). [...], o perfil do próprio profissional, [...], baixa qualificação para o que se está desenvolvendo (G10). O próprio profissional, muitas vezes está desenvolvendo a função simplesmente por causa do dinheiro e cai um pouco seu próprio rendimento e também para o serviço (G10).

Os sujeitos procuraram apresentar respostas para o quadro de falta de motivação profissional, vinculando-o às deficiências salariais e estruturais vivenciadas. Como relataram:

Tudo converge para a falta de motivação, estrutura física, equipamento, bom salário. Falta de condições oferecidas e de remuneração [...]. A motivação se dá quando há o reconhecimento e condições para o profissional trabalhar (G7).

Decerto, Silva, Ogata e Machado (2007) defendem que a desmotivação profissional deve-se à falta de incentivo e de reconhecimento em serviço.

Dos testemunhos obtidos, percebe-se que, até então, existem muitas ilhas de isolamento entre os profissionais integrantes dos diversos setores do hospital. Tal como alegaram:

Se surge algum problema [...], ninguém chega até a gente para tentar resolver (G2). Há individualização em cada profissional. Há um isolamento em relação às outras categorias, dificilmente a gente encontra a presença de outros profissionais nas palestras que deveriam ser multiprofissionais (G4).

O isolamento entre profissionais e equipes diverge do perfil delineado para as organizações aprendentes e precisa ser combatido. Para esse duelo, todos os pilares da educação são essenciais, sobretudo os pilares aprender a viver juntos e aprender a ser, afora as cinco disciplinas das organizações aprendentes e a aprendizagem ao longo da vida. Em conjunto, indubitavelmente, poderão mudar esse cenário, se assim quiserem os profissionais, sem exceção. Como ensina Segen (2010), a aprendizagem no trabalho torna-se mais fácil à proporção que as pessoas percebem que o mundo todo está interconectado.

Os pilares da educação veiculam o despertamento para o florescimento dos talentos e das potencialidades, ultrapassando a linha de demarcação da simples competência material/individual para proporcionar a compreensão do outro e a firmeza de convicção de que as relações são todas interdependentes (DELORS, 1996).

As disciplinas da aprendizagem organizacional, domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizagem em equipe e pensamento sistêmico influenciam para melhor a produção de saúde, os princípios e o estado de ser das pessoas (SEGEN, 2010).

A aprendizagem ao longo da vida não se limita a nenhum marco temporal-espacial e significa “desenvolver transformações profundas nas condições e na qualidade do processo de aprendizagem” (DINIZ, 2010, p. 255). Pela capacidade de aprender, a realidade poderá ser modificada e recriada. Tudo isso, tem a ver com o que se pensa e com o que se almeja, como as pessoas interagem e como aprendem umas com as outras, não para se adaptarem, mas para promoverem mudança (FREIRE, 1996).

4.2.2.2 Subcategoria: reflexos dos desafios na subjetividade dos gerentes

Na pesquisa constou-se que os desafios têm angustiado os gerentes e feito com que questionem as suas capacidades de gerenciar. A esse entendimento, este depoimento foi bastante revelador:

Me angustio por falta de recursos financeiros. No SUS há um mundo de projetos, mas você não consegue chegar onde está o dinheiro. Para você dar uma assistência de qualidade, a ambiência é fundamental. [...] Eles cobram. A área física, não consigo concluir. Isso é um sufoco (G8).

Encontrou-se que a angústia dos sujeitos também é causada pelo comportamento de alguns membros da equipe que ainda não compreendem que são agentes de mudança. Conforme confirmado pelo fragmento abaixo:

Quando a gente senta e faz reunião, não consegue atingir as metas e os objetivos, [...] começamos a coisa e não terminamos, [...] não é que não sejamos capazes, mas o que poderia ser feito, [...] não se consegue chegar aos objetivos (G2).

Mas o “sofrimento”, mesmo contendo a ideia de dor moral, amargura, angústia e ansiedade tem um lado positivo, o das pessoas poderem vê-lo como um processo de revitalização contributiva do desenvolvimento pessoal e profissional. Um sujeito de sucesso reconhecerá suas limitações, refletirá sobre elas e procurará meios de fortalecer seus valores (SILVA, 2009). O sofrimento também compõe o aprendizado dos seres humanos. A esse respeito, Senge (2010, p. 409) cita a sabedoria secular de Confúcio, por assim dizer, “para se tornar um líder, primeiro você precisa se tornar um humano”.

Os dados revelaram que os sujeitos compreendem que os problemas inerentes à falta de motivação e de compromisso com as atividades são comuns a integrantes de outros serviços públicos, conforme mencionaram:

No meu caso, se cada um fizesse a sua parte, tudo seria melhor. Não só neste serviço, mas como vejo, nos serviços públicos em geral. Falta de compromisso com o que está realizando. Não só no compromisso, mas na própria qualificação (G10).

Porém, para se produzir mudança no panorama, tem-se que ir romper gradativamente a cultura organizacional negativa que ainda embaraça os desígnios das organizações hospitalares. Como remédio para o sentimento de impotência diante das fragilidades assinaladas, Segen (2010) recomenda o exercício do pensamento sistêmico, posto que é o antídoto para o sentimento de impotência e a pedra fundamental subjacente a todas as disciplinas das organizações aprendentes, as quais, conjuntamente, produzem a mudança na mentalidade das pessoas.

4.2.2.3 Subcategoria: sugestões para minimizar os desafios

Quando os informantes foram estimulados a refletir sobre estratégias sugestivas de resolução para a problemática organizacional relacionada por eles próprios, desvelou-se que desejam despertar as pessoas para quererem trabalhar e aprender. Também desejam descentralizar e compartilhar a gestão; promoção urgente de um programa de capacitação para os gerentes e para os outros profissionais; melhores condições remuneratórias e de trabalho, mais recursos financeiros e materiais para a organização; e, até mesmo, desligar do serviço os profissionais que julgam descompromissados. Como sugeriram:

Tenho de compartilhar com outras gerências e descentralizar (G3). [...] trabalhar as questões de fragmentação e de isolamento. Trabalhar o relacionamento interpessoal (G4). Fazer com que as pessoas aprendam a trabalhar melhor, usando as ferramentas que as tecnologias oferecem. Reformar a estrutura física [...] licitar equipamentos mais modernos (G1). Dar condições aos profissionais [...] remuneração, reconhecimento, mais recursos financeiros (G7). Aquisição de recursos materiais (G9).

Se o profissional não tem perfil, o correto seria ser desligado e deveria procurar um serviço mais compatível com o seu perfil. Não tem nada pior para o serviço e para o profissional estar trabalhando naquilo que não gosta, apenas por fins financeiros. (G10).

Os sujeitos pesquisados revelaram que as interferências externas ao serviço carecem ser evitadas, como disseram, “[...] evitar interferências externas” (G9). Sobre essa colocação, compreende-se que no mundo sistêmico de hoje, “interferências” são reais e muitas delas são oportunas. Mas, possivelmente, o que os pesquisados desejam é o favorecimento da autonomia gerencial, no local de trabalho, em detrimento das ingerências contraditórias ao funcionamento dos setores. Como por exemplo, a questão da movimentação de pessoal, quando dizem, em expressão de lamentação: “às vezes, temos ótimos profissionais, mas somos obrigados a ficar sem eles e colocar outros no lugar” (G5). Do lado oposto, encontrou-se que, quando um dado profissional não se encaixa aos requisitos do cargo ou função, deveriam ter a chancela de desligá-lo da equipe em benefício do serviço e, supostamente, do próprio profissional:

Quanto à capacitação, os sujeitos entendem que, ambas as categorias profissionais, gerentes e demais profissionais, carecem que essa modalidade técnica educacional seja lastreada nos pilares da educação para o século XXI. Assim como consta nos depoimentos:

Desenvolver uma capacitação com os profissionais [...] para os gerentes (G5). Definir forma de capacitação de pessoal (G9). Eu queria que a capacitação da minha equipe fosse com base nos quatro pilares. Eu li sobre os quatro pilares e achei a proposta muito linda. A capacitação tem que ser com base nos quatro pilares (G8)⁴⁵.

4.3 DADOS QUE EMERGIRAM NA SEGUNDA FASE DA COLETA

Na segunda fase da coleta, como especificado na metodologia do estudo, participaram gerentes representantes de todos os setores da organização. O foco principal do encontro foi a identificação das competências gerenciais e profissionais no âmbito hospitalar e a relação destas com os quatro pilares da educação para o século XXI. Como consta nas linhas e figuras a seguir.

4.3.1 Relação entre os quatro pilares e as competências gerenciais e profissionais

“Estamos enredados, literalmente em rede” (ASSMANN, 1998, p.47). Essa constatação vai ao encontro das descobertas do estudo a respeito das competências dos

⁴⁵ Sobre esse fragmento, retornar-se-á a discussão na sessão que tratará das sugestões para um futuro plano de capacitação.

gerentes quando cotejadas com as competências dos demais profissionais e com os quatro pilares da educação para o século XXI. Por isso, através das figuras de nº 8, 9, 10 e 11, a seguir, ilustram-se as principais competências mencionadas pelos sujeitos, relacionando-as com cada um dos pilares da educação.

4.3.1.1 Competências inerentes ao pilar aprender a conhecer

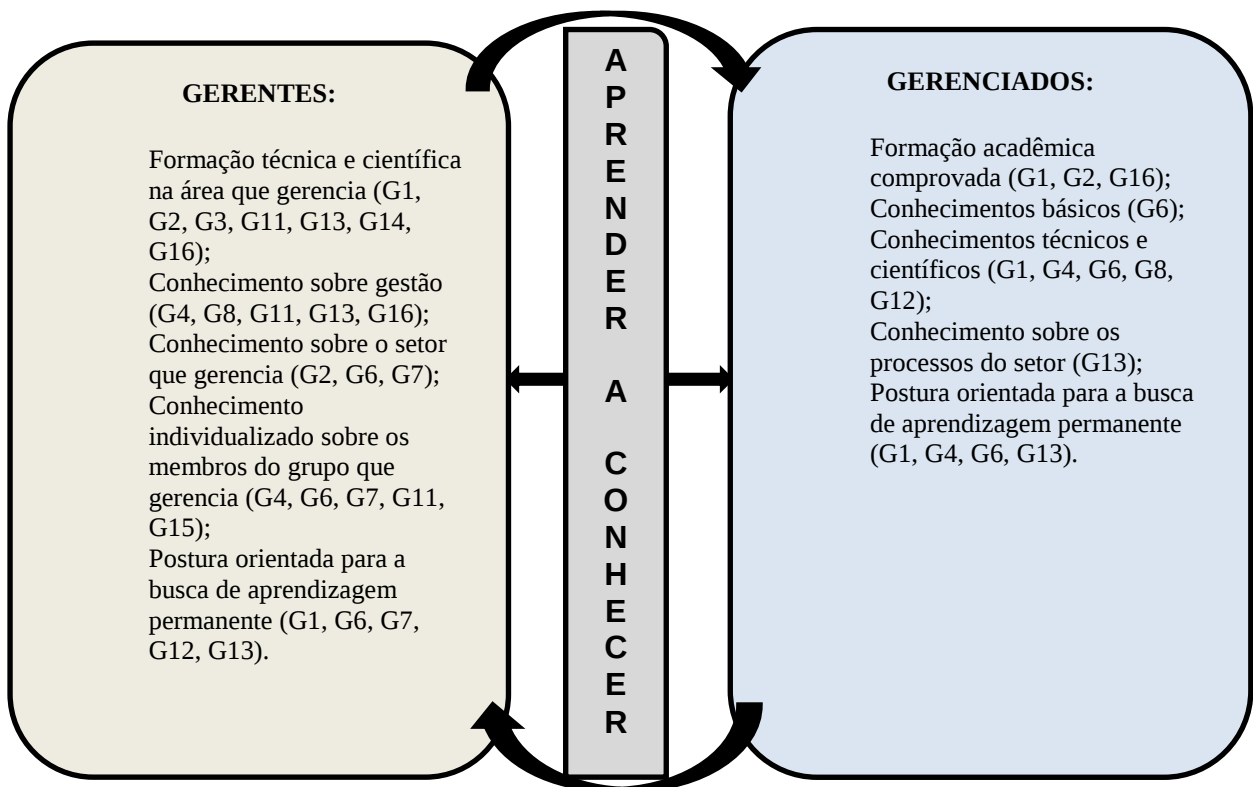


FIGURA 8 - Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar **aprender a conhecer**. João Pessoa/PB.

Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

Quanto às competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar aprender a conhecer, evidenciou-se que a “formação técnica e científica” foi mencionada como necessária tanto para gerentes quanto para gerenciados. Porém, os investigados disseram que, em relação aos gerenciados, essa “formação deveria ser comprovada” (G1, G2, G6) e que deveriam possuir “conhecimentos básicos” (G6).

As frequentes menções sobre conhecimentos técnicos e científicos revelaram que os sujeitos os têm como essenciais para a concretização do pilar aprender a conhecer. A esse respeito, Assmann (1998) alega que a precariedade das condições escolares, falta de respeito à criatividade, intimidações ao aprendente, entre outros, podem ser maléficas à auto-

organização das experiências de aprendizagem. O que Schön (2000, p. 18) convencionou chamar de “a crise de confiança no conhecimento profissional”, como correspondente de uma crise idêntica na educação profissional, pois de um lado as profissões especializadas são acusadas de ineficácia e inadequação, por outro, as escolas são taxadas de não conseguirem ensinar as bases da prática ética e efetiva.

Por outro lado, a atualização técnica e científica é somente uma das facetas de transformação das práticas em saúde e não o seu único foco. Assim, as propostas de capacitação devem ser contextualizadas na realidade laboral e com a valorização dos trabalhadores (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

Na competência postura orientada para a busca de aprendizagem permanente, agruparam-se todos os modelos de aprendizagens permanentes mencionados pelos participantes: capacitação, cursos de reciclagem, treinamentos e atualização.

As muitas citações realizadas pelos sujeitos sobre aprender permanentemente indicam que os sujeitos alcançaram o entendimento de que a aprendizagem ao longo da vida deve ser uma constante em si e em seus gerenciados. Sobre essa constatação, Zabalza (2004) assinala que a eficiência da formação como recurso social e econômico deve ser concebida como um processo que não se restringe à formação escolar/universitária, mas é atinente a toda a vida.

Dos dados emergiu que a subjetividade das pessoas é valorizada pelos sujeitos na proporção que descreveram o conhecimento acerca da realidade dos gerenciados de maneira individualizada como competência alusiva aos gerentes. Como sugere Zarifian (2008), para que ocorra mudança organizacional, a prescrição deixa as operações de trabalho e desloca-se para os objetivos e resultados da atividade profissional e a atenção volta-se, ou pelo menos deve voltar-se, para a subjetividade de cada indivíduo como pessoa singular importante em si mesma na construção do coletivo, em equipe.

4.3.1.2 Competências inerentes ao pilar aprender a fazer

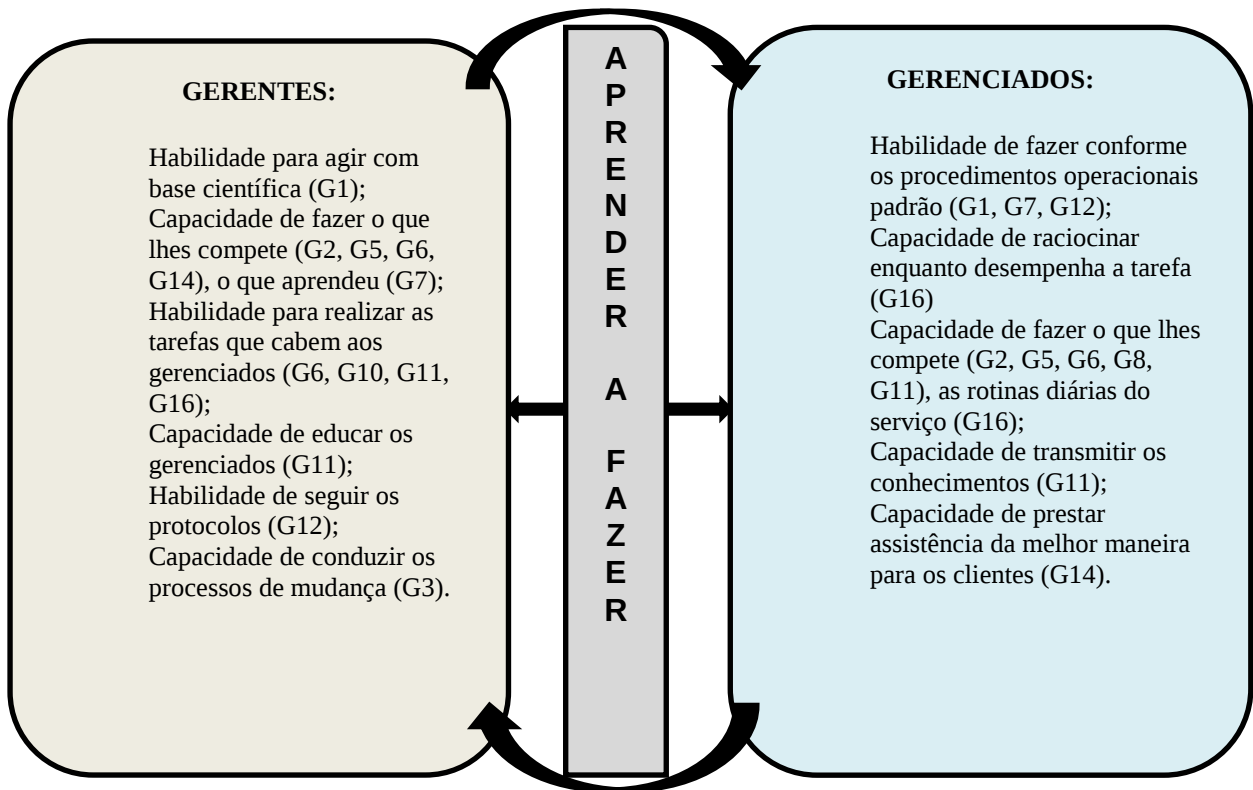


FIGURA 9 - Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar **aprender a fazer**. João Pessoa/ PB.
Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

Os dados revelaram que a “habilidade de fazer conforme os procedimentos operacionais padrão” e “capacidade de fazer o que lhes compete” são comuns a ambas as categorias profissionais. Conforme afirma Freire (1996, p.22), “não há docência sem discência”. No mesmo sentido, Segen (2010, p. 422), menciona que “um grande professor é alguém cujas pessoas ao seu redor aprendem”, que cria espaços de aprendizagem e conquista as pessoas para dentro desse espaço. Confirmando o alegado, os gerentes referiram que a eles cabe “educar os gerenciados” (G11) e aos gerenciados compete “transmitir conhecimento” (G11). Com isso, demonstram entendimento de que ambas as classes são indispensáveis no processo de aprendizagem permanente no contexto do trabalho.

O estudo também exibiu que os próprios gerentes acreditam que devem ser detentores do conjunto de conhecimentos técnicos da área que gerenciam, os quais os legitimam para exigir o desempenho correto pelos demais membros das suas equipes e para auxiliar operacionalmente àqueles que necessitarem. Com isso, confirmando a metáfora do gerente-cirurgião contida na obra de Maximiano (2011), o qual, como citado no referencial teórico

desta pesquisa, ilustra que o gerente-cirurgião deve saber fazer, com destreza, os procedimentos executados por seus gerenciados, porquanto é o especialista que se cerca de assistentes⁴⁶. Esse grau de proficiência confere respaldo ao exercício gerencial e possibilita o auxílio aos demais profissionais da equipe na execução das tarefas. Assim, observem-se os relatos dos gerentes ao referirem-se a eles próprios: “saber fazer os procedimentos e fornecer capacitação aos gerenciados” (G6). “Ajudar de forma igual aos subordinados” (G15). “Saber fazer as funções dos subordinados para poder cobrar” (G11).

Acrescentaram que, dentre as competências que lhes são cabíveis, encontra-se a capacidade para “desenvolver formas simplificadas de executar tarefas com eficiência” (G11). Esse dado é importante para qualquer organização, muito mais ainda para aquelas com poucos recursos para desempenharem a célebre função social de provimento da saúde, porquanto revelaram a concepção dos sujeitos do estudo de que o saber fazer pelo gerente é produtor de eficiência. A esse respeito, Maximiano (2011) explica que eficiência é o atingimento dos objetivos organizacionais com economia. No mesmo sentido, Gramigna (2007, p. 7) assinala que a cultura da qualidade é uma postura voltada para a busca contínua da satisfação das necessidades e superação das expectativas dos clientes.

Esta pesquisa evidenciou que os informantes desejam que ambos, gerentes e gerenciados, sigam os protocolos ou os procedimentos operacionais padrão. Esse zelo salutar possivelmente deve-se à normatização do MS que obriga os serviços de atenção, públicos ou privados, a padronizarem os procedimentos profissionais com vistas à segurança dos clientes e dos profissionais e a melhores indicadores de qualidade da assistência.

As respostas, igualmente, confirmaram que os gerentes compreendem que devem ter a atitude de “praticar o que aprendeu com envolvimento dos gerenciados” (G7). “Trocar experiência” (G4). “Interagir com a equipe” (G5). “Envolver os gerenciados nas atividades” (G1, G5). Afora, trouxeram os termos “multiprofissionalidade” (G16), “transversalidade” (G16), “interdisciplinaridade” (G13), “tratar de forma igual” (G15), como demonstração de que consideram relevantes às práticas de aprendizagem disseminadas enfaticamente por Freire (1996), pela Política de Educação Permanente em Saúde, pela UNESCO e pela teoria das organizações aprendentes.

Nesse sentido, para Assmann (1998), a interdisciplinaridade é muito mais do que a mera justaposição de disciplinas: é o diálogo entre as diversas áreas do conhecimento em reconhecimento das limitações de uma disciplina isoladamente; multidisciplinaridade ou

⁴⁶ Os gerenciados são comparados aos assistentes dos gerentes “cirurgiões”.

pluridisciplinaridade é qualquer projeto científico e pedagógico construído com a participação de vários especialistas de disciplinas; transversalidade é a qualidade do perpassar obliquamente em oposição ao linear.

Os sujeitos recomendam que a prática laboral dos gerenciados seja voltada para as reais necessidades dos clientes: “prestar a melhor assistência a seus clientes” (G2). Consequentemente, opõem-se à automação e à passividade do profissional, ao destacarem que os gerenciados devem possuir a habilidade de “raciocinar enquanto executa uma atividade” (G16). Sobre esse achado, Senge (2010, p. 41) teoriza que a aprendizagem é muito mais que “internalização de informação, pois esta pressupõe passividade, ouvir, seguir instrução e procurar agradar”.

4.3.1.3 Competências inerentes ao pilar aprender a viver juntos

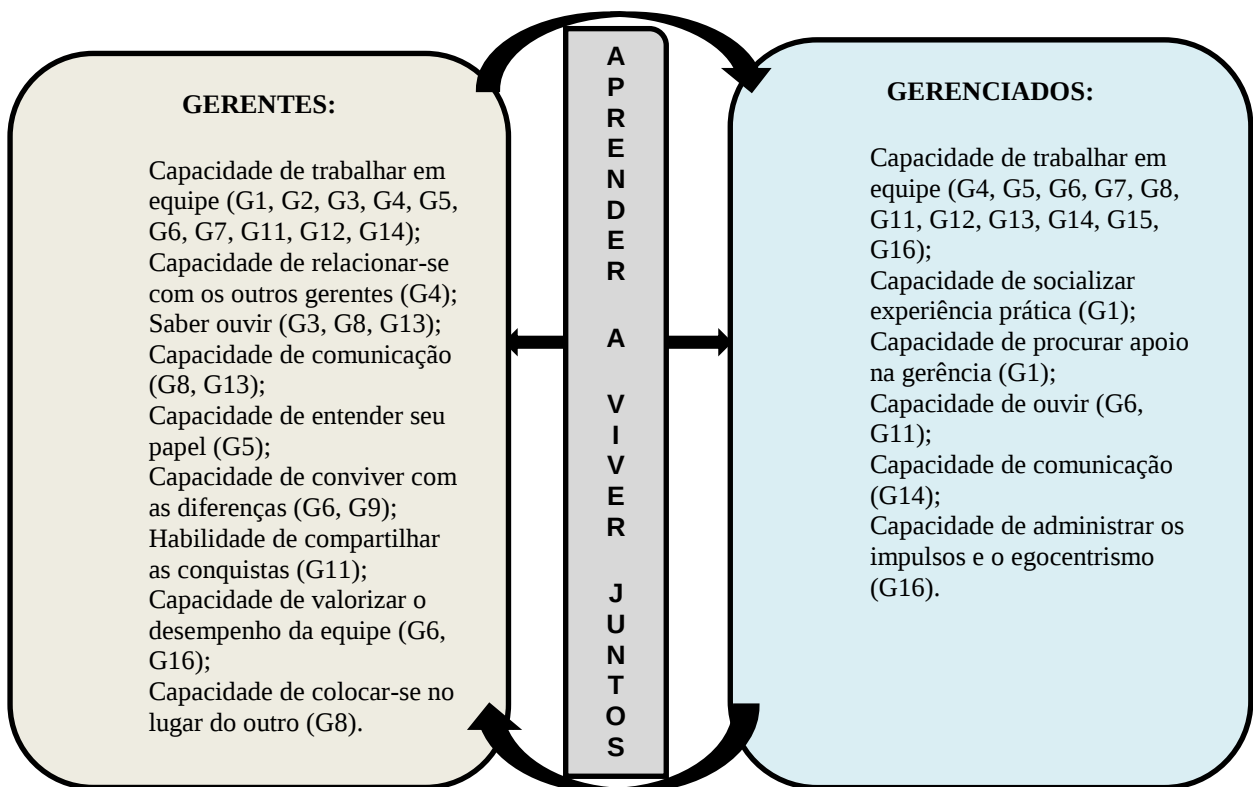


FIGURA 10 - Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar **aprender a viver juntos**. João Pessoa/ PB.

Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

Dentre as competências mencionadas pelos informantes, a mais lembrada por onze sujeitos (69 % deles), tanto para gerentes como para os gerenciados, foi “capacidade de

trabalhar em equipe”. Com isso, demonstram a relevância das relações interpessoais nos processos de gestão, de aprendizagem e de trabalho. Ainda referindo-se às relações subjetivas, nota-se a citação espontânea das capacidades, tais como: “de interação e de harmonia, de vencer o individualismo” (G1, G2). Com estas assertivas, revelou-se que os sujeitos sentem a essencialidade de todos, gerentes e gerenciados, possuírem o que Soto (2008, p. 217) convencionou chamar de “habilidades humanas”, como sendo a “capacidade de trabalhar eficazmente com as pessoas”, a fim de alcançar os resultados desejados no trabalho em equipe.

A respeito da visão do todo, comumente, as pessoas aprendem, desde muito cedo, a desarticular os problemas, a fragmentar o mundo. Por isso, perdem a noção intrínseca da conexão com o todo (SEGEN, 2010). Segundo Gramigna (2007, p. 45), enxergar o todo representa a capacidade para perceber a interação e a interdependência dos componentes, de maneira integral, vislumbrando tendências e possíveis ações potenciais de influenciar o futuro. Logo o trabalho em equipe é uma capacidade para “desenvolver ações compartilhadas, catalisando esforços por meio da cooperação mútua”.

A capacidade de comunicação é vinculada à interação com as pessoas e se traduz em saber ouvir, processar e entender a mensagem e na habilidade de transmitir informações e argumentar de maneira clara e coerente (GRAMIGNA, 2007).

A educação em saúde é eminentemente comunicativa e visa alcançar as pessoas dos diversos níveis culturais e intelectuais. Por essa razão, é requisito essencial para todos os profissionais da saúde. Além disso, Jesus et al. (2011) asseveram que a discussão dos processos de trabalho orienta-se a partir da identificação dos problemas reais da seara trabalhista e da comunicação interpessoal.

A comunicação mínima deve ser combatida. Conforme Zarifian (2009, p. 165), o hábito da comunicação mínima é uma questão difícil, herança do taylorismo que, hoje, não é mais admissível. Sobretudo nas atividades de prestação de serviços, os sujeitos devem se comprometer com o estabelecimento da “comunicação autêntica,” assim entendida como o processo mediante o qual se estabelece a compreensão recíproca e se forma um sentido em comum, culminando no entendimento acerca das ações desenvolvidas na organização.

Em relação aos gerenciados, os sujeitos acreditam que lhes são relevantes “socializar a experiência” (G1), como testemunho de que a aprendizagem é multidirecional, fluindo de todos. O aprendizado através do compartilhamento das experiências é pertinente a todos os componentes multiprofissionais, inclusive aos gerentes. Silva (2009, p. 161) confirma dizendo que “todas as experiências vividas no ambiente de trabalho são fontes de aprendizado” e que

uma competência é adquirida ou potencializada quando o gerente aumenta as suas experiências, sua vivência de situações profissionais, usando de maneira reflexiva, seus conhecimentos formais e as experiências do trabalho e da vida pessoal.

Os informantes também destacaram que os gerenciados devem “administrar os impulsos e o egocentrismo” (G16) o que traz à lembrança a disciplina domínio pessoal. Para Segen (2010, p. 180), essa disciplina, apesar de se basear nas habilidades, ultrapassa a competência e incorpora o contínuo esclarecimento do que é importante para as pessoas e para o aprendizado constante, a partir da visão clara da realidade atual. Ter domínio pessoal não significa ter “dominância sobre as pessoas ou coisas”, mas sim produzir os melhores resultados em todos os aspectos da vida profissional e pessoal.

4.3.1.4 Competências inerentes ao pilar aprender a ser

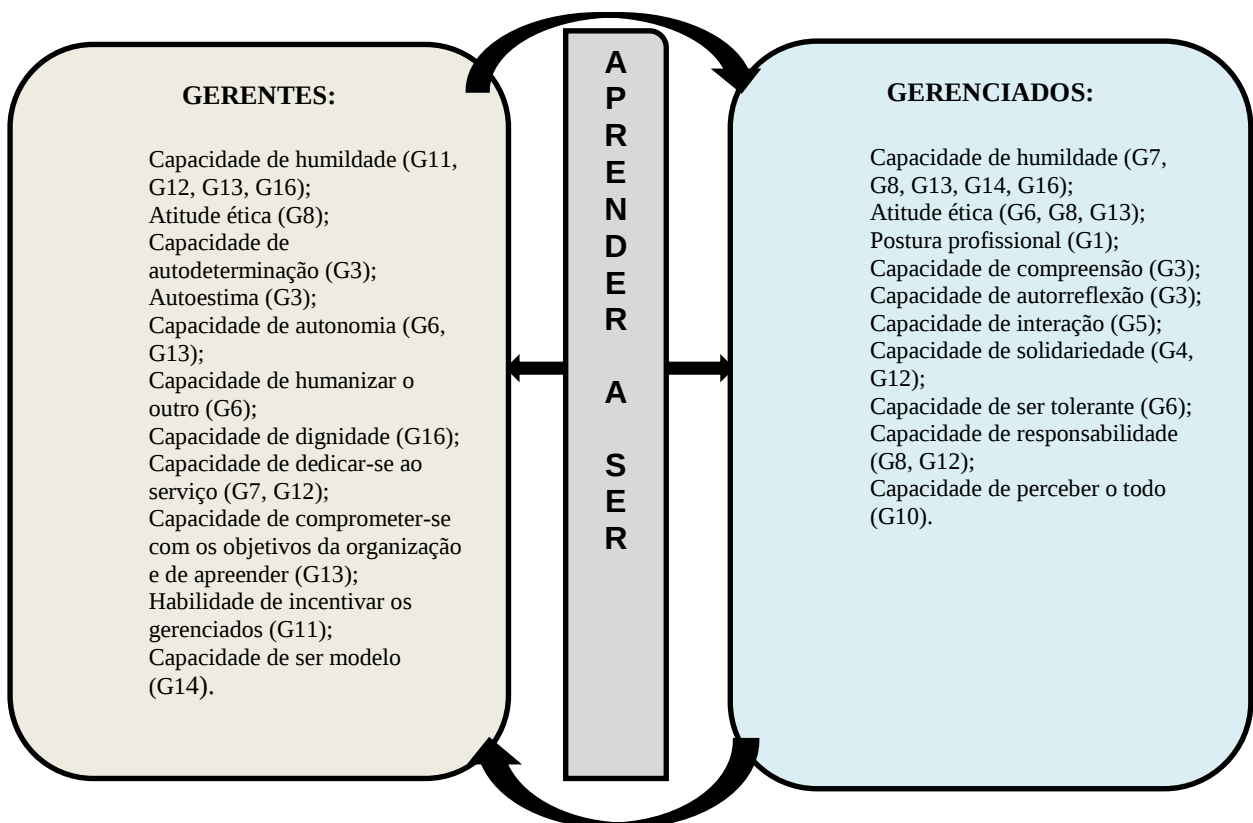


FIGURA 11 - Competências gerenciais e profissionais relacionadas ao pilar **aprender a ser**. João Pessoa/ PB.
Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

De acordo como os dados obtidos, nota-se que neste pilar aprender a ser, há a junção das competências citadas nos três pilares anteriores.

Pelo aprender a ser, a educação deve considerar todas as possibilidades do indivíduo, bem como a junção dos saberes de todos os pilares a fim de melhor desenvolver a personalidade e preparar a pessoa para agir com capacidade cada vez maior, autonomia, discernimento, comunicabilidade, dentre outros atributos (DELORS, 1996). Pois, apenas o saber conhecer não é condição suficiente para garantir um futuro mais promissor (CAMPOS, 2007). O ensino não poderá ser um treinamento apenas técnico; esse tem de ser imbricado à formação moral (FREIRE, 1996).

Neste pilar, humildade foi a competência mais lembrada pelos sujeitos tanto para gerentes como para gerenciados. Assinala-se que a humildade abre espaço para a aprendizagem contínua. Como citado por Segen (2010), quanto mais se aprende mais se torna clara a certeza da ignorância.

Para os gerenciados além da referenciada humildade, também destacaram com veemência a atitude ética.

Nas Unidades Básicas de Saúde de São Paulo, no estudo já mencionado, a responsabilidade ética e social, o pensamento criativo, as capacidades de gerir mudanças e conflitos, de comprometer-se, de comunicação eficaz e de visão sistêmica foram as competências destacadas como mais relevantes para a gestão eficiente e eficaz (ANDRÉ, CIAMPONESE, SANTTELE, 2013; ANDRÉ, CIAMPONESE, 2007). De maneira que os dados revelados nas pesquisas desses autores estão em harmonia com os deste estudo, pois os sujeitos, neste pilar, também correlacionaram ao aprender ser, além das capacidades éticas, a de comunicação, a de visão do todo, a de condução dos processos de mudança e a de trabalho em equipe, como se pode observa na figura nº 11.

Talvez as competências relacionadas pelos sujeitos dentro deste pilar devam-se ao grau de dificuldade que as diferenças subjetivas contemplam frente à complexidade da personalidade humana, mas como assevera Senge (2010, p 28), a aprendizagem em equipe envolve lidar com as oposições de maneira criativa, apesar de ser uma carência dentro das organizações. Contudo, “as organizações bem sucedidas são aquelas que cultivam nas pessoas, a capacidade e o comprometimento de aprender em todos os níveis”.

4.3.2 Categorias e subcategorias: sugestões para um futuro plano de capacitação

Quando os sujeitos foram perguntados sobre as sugestões para ações de capacitação, de suas respostas ao questionário emergiram as categorias e subcategorias demonstradas na figura nº 12:

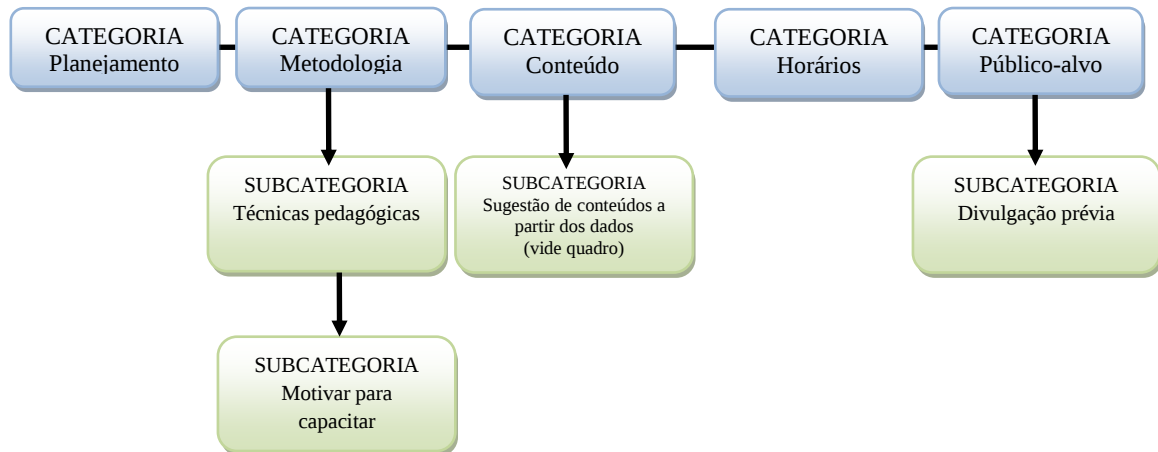


FIGURA 12 - Categorias e subcategorias acerca do plano de capacitação. João Pessoa/PB.
Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

4.3.2.1 Categoria: planejamento

Em relação à fase de planejamento, os sujeitos recomendaram realizar o planejamento das ações educativas para os profissionais no ano antecedente: “criação de um calendário anual prévio, dentro dos diversos setores do hospital” (G11); levantamento junto aos profissionais e usuários através da escuta: “fazer uma escuta nos setores para ver qual seria a maior necessidade de conhecimento” (G4).

Através da sugestão da escuta nos setores, como estratégia de levantamento das necessidades de capacitação em meio aos profissionais e aos usuários, coaduna-se com a valorização dos processos de aprendizagem de acordo com a realidade loco-regional, como consta nas diretrizes da PNEPS. Ademais, Carvalho et al. (2009, p. 28) acrescentam que “os processos de capacitação devem estar alinhados com o foco organizacional, pois, ao tempo que tenta resolver problemas do dia a dia, a capacitação também deve olhar o futuro”.

4.3.2.2 Categoria: metodologia

Em relação à metodologia, os dados revelaram que os sujeitos desejam as ações sedimentadas na metodologia da problematização e nos pressupostos dos pilares da educação para o século XXI. Ambos os achados parecem se ajustar com as recomendações relacionadas aos pilares da educação e à aprendizagem ao longo da vida. Conforme depreenderam-se dos dados:

Que as atividades sejam realizadas “in loco”, problematizando [...] (G5). Capacitação continuada qualitativa (G13). A capacitação tem que ser com base nos quatro pilares (G8). O palestrante deve assumir uma postura de facilitador do conhecimento. Valorizar o conhecimento e a prática do outro [...] através de estratégias e metodologia onde os profissionais sejam mais ativos (G16).

O uso de metodologia inadequada, caracterizada pelo distanciamento entre temática e prática, é o principal fator que dificulta as capacitações para os profissionais da saúde (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007). As ações de capacitação devem ser construídas segundo uma metodologia diferenciada, fundamentada na educação dialógica e transformadora, com favorecimento da humanização e da visão crítica reflexiva para a tomada das decisões (JESUS et al., 2011).

4.3.2.2.1 Subcategoria: técnicas pedagógicas

Dentre os informantes, há valorização das reuniões, oficinas e de palestras como técnicas educativas, como mencionado: “realizar reuniões frequentemente” (G3, G15), “palestras” (G1, G2), “oficinas” (G4).

Os sujeitos sugerem que as palestras sejam usadas para gerentes, em grupo, discutir e compartilhar vivência no serviço: “realizar reuniões [...] para discutir vivências gerenciais dos serviços” (G3).

As reuniões já são institucionalizadas na organização, só que geralmente servem de fórum para discussão de problemas administrativos e assistenciais pontuais, porém os sujeitos sugerem que sejam transformadas em debates transversais e multiprofissionais educativos.

Os dados também revelaram que os gerentes desejam capacitação em serviço e reciclagem periódica, conforme os recortes: “reciclagem periódica” (G1), “capacitação em serviço” (G5, G8, G12).

Evidenciou-se a preocupação dos sujeitos em disponibilizar o material didático para que os profissionais pudessem acessar em momentos diversos. Com isso, sugeriram a criação de um “banco de dados” educativo, conforme o recorte: “Palestras filmadas, gravadas, fotografadas para posterior utilização como arquivo e que possa ser disponibilizado para os profissionais em momentos diversos” (G1).

4.3.2.2 Subcategoria: motivar para capacitar

Os dados do estudo mostraram que há falta de motivação profissional e que é necessário que profissionais e gerentes sintam-se motivados e valorizados com vistas a participarem efetivamente das atividades educativas oferecidas pelo hospital:

Para capacitar precisa despertar no profissional o interesse pela busca do conhecimento. Motivar e fazê-lo entender que é preciso atualizar-se pra exercer com segurança suas atividades (G6). Incentivo para os gerentes participar (G4). Trabalhar o nível do estresse (ginástica laboral) (G9). Relaxamento e ginástica laboral, pelo menos meia hora [...] ajudaria nossos funcionários (G15).

“As emoções contribuem fortemente na motivação para a pessoa aprender; parecem dar cor e sabor ao que aprende” (FLEURY; FLEURY, 2001, p.191). Como se observa, os sujeitos recomendaram que, seja desenvolvido um trabalho de conscientização no intuito de fazer com que o profissional visualize que a segurança das atividades profissionais depende da melhor capacitação. Também exortam ao oferecimento de melhores condições remuneratórias, como citaram: “Dar condições [...], remuneração, mais recursos financeiros, [...] reconhecimento” (G4).

O descontentamento remuneratório que surgiu no estudo como originária da falta de motivação, possivelmente devido à heterogenia de valores pagos para profissionais dentro de um mesmo nível educacional, parece não ser exclusividade do hospital. Sobre essa questão, a OMS (2006) diz que diferenças salariais entre profissionais de saúde também variam dentro dos diversos países. Além de que os salários quando comparados entre profissões equivalentes, nos setores públicos e privados, apresentam divergência nos valores.

Quanto às estratégias para melhorar o nível de contentamento profissional, a OMS (2006) alerta que os incentivos financeiros e não financeiros são mais eficazes quando concedidos em conjunto e não isoladamente. O desenvolvimento de liderança e gestão na saúde e em outros setores relacionados, como educação e finanças, é essencial para o planejamento estratégico e a implementação de políticas para a força de trabalho.

Como discutido por um dos sujeitos deste estudo, o comportamento e a satisfação pessoal e profissional também são essenciais à motivação. Consoante representado por:

Pode ter a falta de motivação ligada a vários fatores [...] a falta de motivação tem que ter influência do serviço, [...], mas também tem a ver com o próprio profissional que muitas vezes está desenvolvendo a função só por causa do

dinheiro e cai um pouco o seu próprio rendimento e também para o serviço (G10).

Deve-se considerar que o não atendimento a alguma das necessidades básicas da pessoa engessa o seu desenvolvimento, entavando a autorrealização. Lembrando que conforme ensinam Maximiano (2009) e Soto (2008), as necessidades humanas básicas correspondem às necessidades fisiológicas, de segurança, de relacionamento social, de estima e de realização pessoal.

4.3.2.3 Categoria: conteúdo programático

Desvelou-se que os sujeitos desejam que os conteúdos das atividades educativas pertinentes às necessidades reais do serviço e voltados para resolver os problemas dos setores. Como mencionaram: “Que sejam organizadas de acordo com a necessidade setorial [...]” (G7). “[...] que as capacitações desenvolvam-se tendo como base os problemas do setor” (G5).

A importância dessa constatação repousa na evidente preocupação dos sujeitos em, por meio da aprendizagem profissional, oferecer respostas pertinentes à realidade própria regional organizacional e social. Em outras palavras, estão interessados no cumprimento dos desígnios do hospital frente aos clamores da sociedade por saúde mais abrangente e de qualidade a ser aperfeiçoados a partir de mais qualificação dos gerentes e dos demais profissionais.

4.3.2.3.1 Subcategoria: sugestão de conteúdo a partir dos dados da pesquisa

Durante os encontros realizados neste estudo, os sujeitos listaram as competências profissionais e gerenciais que entendem ainda como fragilizadas, por apresentarem-se insuficientes, ou mesmo ausentes. Conforme assinalado por Segen (2010), para que se possa corrigir o problema de aprendizagem organizacional tem-se que identificar as deficiências.

As competências mencionadas, neste quesito, constam no quadro a seguir e, caso queiram, podem ser consideradas como um levantamento prévio para subsidiar as atividades educativas no âmbito hospital. No entanto, deve-se considerar que, segundo o estudo de Silva, Ogata e Machado (2007), as demandas de capacitação não podem ser definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais, nem apenas pelos níveis centrais, mas a partir dos problemas de organização do trabalho.

QUADRO 4 - Competências identificadas pelos sujeitos como fragilizadas dentre a equipe gerencial e seus gerenciados. João Pessoa/ PB.

GERENTES	GERENCIADOS
Capacitação formal para gerência (G1, G6, G8, G13); Todos os pilares (G3), aprender a fazer e viver juntos (G4, G16), conviver em harmonia (G5, G11), relações interpessoais (G14); Habilidade para relacionar-se (G5) com gerentes e equipes (G4); Autonomia como gerente (G9); Capacidade de educar-se e de educar permanentemente (G12).	Formação acadêmica adequada e reciclagem dos conhecimentos (G1); Capacidade para o exercício crítico reflexivo (G3); Habilidade para fazer (G4, G6, 13); Capacidade para conviver (G4, G5, G16) e de estabelecer e manter relações interpessoais (G14), para relacionar-se com a equipe (G4, G5); Capacitação profissional de maneira geral (G4); Conhecimentos básicos (G6) conhecimentos em geral (G7) conhecimentos técnicos (G8); Atitude de motivação (G8) e de comprometimento (G8, G13); Capacidade de autovalorização (G11); Capacidade de educar-se continuamente (G12); Habilidade para lidar com o público (G15).

Fonte: Dados primários da pesquisa (2013).

Como se percebem dos dados do quadro nº4, os gerentes consultados reconhecem que são carentes de todos os quatro pilares da educação: de aprender a conhecer, a fazer, a conviver e a ser. Tanto para eles mesmos, como para os demais profissionais, destacaram a necessidade de mais capacitação para educarem-se permanentemente e também para socializarem os saberes continuamente.

Em relação aos gerenciados, os gerentes enfatizaram as carências alusivas às competências de conhecimento e de formação científica e técnica. Isso sinaliza para a necessidade da organização hospitalar, frente às possíveis lacunas na formação, melhor compatibilizar o nível técnico e científico do seu contingente multiprofissional às peculiaridades de suas intervenções, as quais se caracterizam por serem atividades complexas e que exigem dos seus executores elevado nível de proficiência. Como dito por Deluiz⁴⁷ (1998, *apud* por Filho, 2004), de acordo com as normas vigentes, cabe ao setor educacional apontar, fornecer e reconhecer habilitações. Todavia, a formação do pessoal da saúde vem sendo realizada de forma desarticulada do diagnóstico exato em relação às carências desse setor. Esse descompasso obriga o setor da saúde a avocar a responsabilidade e a intensificar iniciativas para aparelhar os seus próprios quadros nos locais de trabalho por reciclagem ou por treinamentos informais.

⁴⁷

DELUIZ, N. **Formação do trabalhador:** produtividade e cidadania. Rio de Janeiro: Shape, 1998.

4.3.2.4 Categoria: horário das atividades educativas

Nesta categoria, os dados foram divergentes. Parte dos sujeitos prefere o período noturno para realização das atividades educativas, como dito em: “capacitação também à noite fora do horário normal de trabalho da maioria” (G4). Porém outros sujeitos desejam que as capacitações sejam realizadas durante o horário do trabalho: “profissional escalado como se estivesse trabalhando” (G8).

De acordo com as anotações em diário de campo, verificou-se que o horário noturno parece melhor se adaptar aos profissionais dos setores administrativos, cujos profissionais não seguem o sistema de plantão e, na maioria das vezes, trabalham todos os dias úteis e não têm disponibilidade de horário durante o período do dia. Logo, para os profissionais plantonistas, a sugestão identificada foi: “capacitações mensais (G15), divididas em grupo [...] sem prejudicar a qualidade do serviço” (G12).

4.3.2.5 Categoria: público-alvo

O estudo revelou que as atividades educativas devem ser realizadas para todo o contingente profissional do hospital. Como sugerem: “oferecer [...] a todos os profissionais que fazem a instituição” (G2); “gerentes e gerenciados” (G7). [...] “com os próprios gerentes e depois com as equipes” (G4). Com isso, revelaram a percepção de que a necessidade educativa é extensiva a todos os profissionais do serviço.

4.3.2.5.1 Subcategoria: divulgação prévia

Por fim, os sujeitos desejam que as atividades de capacitação sejam divulgadas com antecedência a todo o público-alvo, profissionais e gerentes ou não, a fim de que haja maior assiduidade e de que não interfiram nas atividades funcionais. A esse respeito Silva, Ogata e Machado (2007, p.394), em estudo qualitativo realizado com secretário municipal, diretores, administradores, supervisores e trabalhadores vinculados a unidades básicas de saúde do Município de São Caetano, SP, descobriram que um dos principais fatores que obstem a adesão às capacitações é a “ocorrência de cursos fora do horário de expediente”.

Especialmente, as recomendações obtidas nesta categoria também se reportam ao planejamento e ao horário de realização das ações educativas. Como disseram: “divulgação

prévia” [...], para o profissional se organizar dentro do seu horário de trabalho (G4); [...] oferecer [...] a todos os profissionais (G2).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

“A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.

(PAULO FREIRE)

Ao término deste estudo, que teve por objeto gestão em saúde e aprendizagem ao longo da vida e por direcionamento responder: Como os gerentes que atuam nos setores de uma organização pública hospitalar se posicionam acerca das competências necessárias para um melhor desempenho profissional? Como esses posicionamentos se relacionam com as propostas de aprendizagem ao longo da vida referenciadas pelos quatro pilares da educação para o século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Percebe-se que as considerações aqui apresentadas são provisoriamente finais, dado o dinamismo sistemático da realidade.

No decorrer da pesquisa, abordaram-se os principais aspectos teóricos sobre a aprendizagem organizacional na contemporaneidade. Esquadrinharam-se os significados de organizações aprendentes e de aprendizagem ao longo da vida, com ênfase no Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, no qual se recomenda que a educação seja ancorada nos quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, a fim de que se possibilite o desenvolvimento completo da pessoa humana durante todo o ciclo vital. Debateu-se sobre a estratégia do SUS para a educação permanente dos seus trabalhadores, denominada de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual se baseia nas práticas pedagógicas problematizadoras e visa incorporar o aprender e o ensinar no dia a dia da seara trabalhista. Caracterizaram-se os serviços públicos de saúde na qualidade de organizações complexas compostas por feixes de relações dinâmicas e intensas, sobretudo as relações subjetivas entre profissionais, usuários e comunidade, considerando as especificidades do modelo biomédico e da cultura organizacional. Refletiu-se sobre as competências requisitadas dos gerentes dos setores que compõem o hospital, tendo como fundamento a noção de que as competências são

simplificadamente os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que capacitam os profissionais a desempenharem com eficiência as atividades.

Verificou-se que o estudo alcançou seus objetivos, visto que com a participação nos encontros, através do debate crítico reflexivo e do compartilhamento de experiência, houve aprendizado recíproco entre pesquisadora e sujeitos, sinalizando o despertar para a canalização de esforços múltiplos no intuito de melhor favorecer a aprendizagem dos gerentes e profissionais, no âmbito hospitalar, como aspiração concreta por maiores níveis de atenção através do agir eficiente.

A metodologia escolhida apresentou-se bastante instigante, porque, na medida em que os encontros evoluíam e as ideias eram lançadas ao debate, novos levantamentos apresentaram-se como necessários. A exemplo da chamada de novos informantes para a segunda fase da coleta de dados, a fim de que se manifestassem acerca das sugestões teórico-metodológicas para um futuro plano de capacitação profissional que seja condizente com os desígnios manifestos nos pilares da educação para o século XXI.

Em busca de se verificar a opinião dos gerentes do hospital sobre a importância, ou não, da formação e da qualificação para o desempenho das funções gerenciais, descobriu-se que é unânime a concepção de que a formação e a qualificação gerencial refletem positivamente na qualidade dos serviços prestados. A complexidade das ações e intervenções na saúde exige, cada vez mais, profissionais capacitados a superar os desafios através do aprendizado constante. Apesar de todos os gerentes das áreas assistenciais se reconhecerem como detentores das habilidades técnicas, entendem que possuir uma formação em gestão melhoraria o desempenho gerencial e de toda a equipe. A maioria dos gerentes consultados não possui nenhuma formação em gestão e demonstrou desejo de possuí-la. Nesse sentido, sugerem que os gerentes que tiveram o privilégio de se capacitar em gestão, tragam os conhecimentos adquiridos para o hospital a fim de compartilhá-los com os demais colegas, uma vez que essa atitude daria sentido à aprendizagem. Dentre os dez participantes, da primeira fase da coleta de dados, somente um defendeu que mesmo a formação técnica sendo importante, a pessoa poderá aprender em serviço e, inclusive, superar os que têm formação específica.

A fim de levantar os principais desafios relativos ao desempenho das atividades profissionais, bem como as possíveis causas dessas dificuldades, observou-se que os desafios são múltiplos e muitos deles fogem à alçada de intervenção resolutiva dos gerentes setoriais (funcionais). As mais mencionadas foram falta ou escassez de recursos diversos, físicos,

materiais e financeiros. No tocante às pessoas, o desafio que se sobressaiu aos demais foram as fragilidades de conhecimentos, de habilidades e de atitude e a escassa motivação profissional em geral. Sugeriram que a deficiência motivacional é reflexa as demais fragilidades, pois toda a problemática organizacional reflete na subjetividade dos profissionais, incluindo os gerentes que, a propósito, alegaram que se sentem angustiados com os problemas intervenientes no serviço e que, em alguns momentos, até mesmo questionam a própria capacidade de alcançar os objetivos que traçam para a equipe e para o setor que gerenciam.

Na categoria relação entre os quatro pilares da educação e as competências gerenciais e profissionais, na visão dos sujeitos, as principais menções foram: a) para o pilar aprender a conhecer, os gerentes devem principalmente buscar mais conhecimentos técnico-científicos e sobre gestão, já os gerenciados devem buscar conhecimentos técnicos e científicos; b) no pilar aprender a fazer, destacaram que aos gerentes cabe fazer o que for da competência gerencial e também da competência dos demais profissionais que gerenciam e, para os gerenciados, referiram que devem agir conforme os procedimentos operacionais padrões; c) no pilar aprender a viver juntos, para ambos, a capacidade mais mencionada foi a de trabalharem em equipe; d) no pilar aprender a ser, para ambos, enfatizaram a humildade. Sendo que para os gerenciados também destacaram, além da humildade, a atitude ética.

Sobre subsidiar um plano de capacitação profissional baseado nas competências gerenciais e profissionais alusivas aos pilares da educação para o século XXI, segundo a opinião dos gerentes representantes das áreas assistenciais, técnicas e de apoio do hospital, elucidou-se que os sujeitos desejam que o futuro plano observe o seguinte:

- a) Realização de **planejamento** antecedente, dentro de um calendário anual, que contemple atividades para os profissionais e para os gerentes de todos os setores do hospital. Que nesta fase seja realizado o levantamento das necessidades educacionais através da escuta nos setores;
- b) Diante do diagnóstico de baixa motivação, não simplificar o problema, mas trabalhar a conscientização e a valorização profissional, através do desenvolvimento de programas institucionais ou ações coletivas a fim de **motivar** os profissionais para as atividades educativas;

- c) Adoção de **metodologias problematizadoras**, não lineares, com base nos pilares da educação, a fim melhor favorecer o conhecimento, as habilidades e as atitudes que desejam criar e expandir em si mesmos e entre os demais profissionais;
- d) Utilização de **técnicas pedagógicas** tais como reuniões multiprofissionais para discutir e compartilhar vivências, oficinas de reciclagem e de capacitação periódica e em serviço. Além da criação de um banco de dados com as palestras filmadas e/ou gravadas para acesso pelos profissionais que não puderem se fazer presentes ao dado evento;
- e) **Conteúdo programático** de acordo com as especificidades organizacionais, com as reais necessidades do serviço e com base nos problemas identificados;
- f) **Público-alvo** formado por todos os gerentes e todos os demais profissionais do hospital;
- g) **Divulgação prévia** para todo o público alvo a fim de favorecer maior assiduidade;
- h) **Horários para realização das atividades de capacitação** flexíveis, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, inclusive para aqueles que não dispõem de tempo durante o dia, que lhes sejam oferecidas atividades educativas à noite. Para os profissionais que trabalham em sistema de plantão, que a capacitação seja durante o serviço e nos respectivos plantões.

Para subsidiar o plano, mesmo não tendo sido referendada pelo grupo de gerentes, recomenda-se a **avaliação dos resultados**, pois, sendo cíclica, servirá de norte para novas intervenções e para confirmar a continuidade das ações exitosas.

Quanto ao planejamento, devem-se deixar claros os **objetivos** e que estes sejam condizentes com a realidade organizacional e com as necessidades dos profissionais em geral e dos usuários.

Sobre a metodologia, como sugestão preliminar de conteúdo programático, o estudo oferece a relação de competências gerenciais e profissionais identificadas como fragilizadas, a saber: a) conteúdo para os gerentes: temas sobre gestão, temas que fortaleçam os quatro pilares, temas sobre autonomia e sobre a capacidade de educar e educar-se permanentemente; b) para os gerenciados: temas técnicos e científicos, desde que sejam com associação da teoria

à prática; temas sobre a capacidade de educar e educar-se permanentemente, dentre outros que fortaleçam os quatro pilares da educação.

Nota-se que em relação às técnicas pedagógicas, os sujeitos sugeriram tanto técnicas tradicionais, como as problematizadoras. Dessa maneira, recomenda-se que sejam priorizadas as técnicas mais compatíveis com a pedagogia da problematização, como reuniões multiprofissionais, oficinas, visitas multiprofissionais leito a leito, reflexões teórico-práticas durante a realização das intervenções, entre outras. Caso sejam realizadas palestras, que as mesmas ultrapassem a exposição meramente teórica e incitem debates construtivos, associando ciência à prática, pois na saúde tudo converge para a maior proficiência possível nas ações e intervenções multiprofissionais.

Em relação aos horários para a realização das ações educativas, para não prejudicar o andamento do serviço, recomenda-se escalar um número de profissionais superior às demandas do serviço e, no dia e hora da atividade educacional específica, contando com todos no hospital, dividi-los, parte para as atividades educativas e parte para o serviço, e assim repetidamente até abranger a todos. Sempre lembrando que a educação profissional em saúde é permanente e ultrapassa os eventos pontuais.

Como contribuição pessoal e profissional do estudo, entendeu-se que não se pode separar gestão, atenção e aprendizagem. Dentro da organização hospitalar, todos os profissionais, de qualquer nível ou área de atuação, são corresponsáveis pela qualidade dos serviços, portanto não parece ser prudente excluir ninguém das intenções de aprendizagens. O conhecimento está internalizado nas pessoas, ninguém sabe tudo, mas todos sabem alguma coisa, inclusive o cliente (paciente) e a comunidade, cujos pontos de vista também devem ser considerados nos processos de gestão e de educação profissional, haja vista serem a razão de existir do hospital.

Com o estudo, visualizou-se um quadro de múltiplos desafios, mas a realidade daqui não é diferente da realidade de muitos outros serviços públicos de saúde do Brasil, conforme visto na literatura consultada. Entretanto, esses desafios não existem para desestimular, mas sim para instigar gestores, gerentes, trabalhadores e outros atores sociais a avançarem rumo à obtenção de melhores índices.

A ampla dimensão da aprendizagem ao longo da vida, baseada nos quatro pilares, dependendo do empenho das pessoas, poderá suprir as carências educacionais, porquanto transcendem os limites do formal, do não formal e do informal, não se restringindo ao tempo, nem ao espaço, transformando o mundo numa grande sala de aula, na qual, todo tempo é tempo de aprender a aprender, a conhecer, a fazer, a conviver e a ser pessoas mais

humanizadas. Nesse contexto, o gerente líder é, sem dúvida, um educador permanente de si mesmo, da sua equipe e, à luz da transversalidade e da multidisciplinaridade, igualmente, é dos integrantes das outras equipes dadas as mixagens sistemáticas da organização como organismo vivo e aprendente.

A receptividade às intenções contidas nos pilares da educação é um grande passo para a indispensável mudança, pois os pilares capacitam as pessoas a perceberem e aproveitarem as oportunidades de aprendizagem oferecidas durante a vida. Eles não trazem apenas dimensões individuais, mas contemplam a integralidade e a coletividade.

A educação dá sentido à vida, logo se sente a grandeza dos profissionais que, na intenção de promover melhorias na saúde, efetivamente abraçam a função de educação em saúde, a qual abrange todos, profissionais e usuários.

Que esse estudo contribua interdisciplinarmente, em especial, para a educação e para a administração na saúde, lançando uma centelha sobre as práticas de atenção através do despertar para a aprendizagem ao longo da vida.

Contudo, com a devida permissão, menciona-se Paulo Freire (1996, p. 50; 53), “onde existe vida, há inacabamento. [...], consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além”.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 47, n.1, p. 158-163, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100020&lng=pt>. Acesso em: 31 jul. 2013.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v. 41, n. especial, p.835-840, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea16.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2013.

ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. A encruzilhada da aprendizagem organizacional: uma visão multidisciplinar. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 310-322, mar./abr. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rac/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

ASSMANN, H. A metamorfose do aprender na sociedade do conhecimento. In:_____. **Redes digitais e metamorfose do aprender**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 13-32.

_____. **Reencantar a Educação: rumo à sociedade aprendente**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1979.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Anne Joyce Angher. 10 ed. São Paulo: Riddel, 2010.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gerentes do SUS: olhares e vivências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 8 de dezembro de 1999**: institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico [Internet]. Brasília, 1999. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_99.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2013.

BEUACLAIR, J. A questão dos sentidos: modos de pensar (e movimentar) o aprender ensinar nas organizações do século XXI. **Const. Psicopedag.**, São Paulo, v. 15. n.12, p. 38-54, dez/2007. Disponível em: <<http://pespic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

CAMPOS, C. M. **Saberes docentes e autonomia dos professores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, A. I. et al. **Escolas de governos e gestão por competência**: mesa redonda e pesquisa ação. Brasília: Enap, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em : 01 jun. 2012.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**: o capital humano nas organizações. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

DAFT, L. D. **Administração**. Tradução: Robert Brian Taylor. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

DAVINI, M. C. Enfoques, 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. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_nacional_educacao_permanentesaude.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2012.

DELORS, J. (org.). **Educação um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez/Brasília UNESCO, 1996.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim SENAC [Internet]**. 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

DINIZ, A. V. S. A aprendizagem ao longo da vida e os currículos biográficos de aprendizagem de sujeitos jovens e adultos. In: DINIZ, A. V. S.; SCOCUGLIA, A. C.; PRESTES, E. T. (org.). **A aprendizagem ao longo da vida e a educação de jovens e adultos**: possibilidades e contribuições ao debate. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010. p. 247-267.

_____. As políticas públicas de educação e qualificação dos jovens e adultos e a transversalidade do currículo. **Revista Espaço do Currículo**, v. 2, n. 1, p. 74-95, mar./set. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rec/article/view/3684>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

FEIGEL, Z. Educação de jovens e adultos e construção de cidadania. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Formação de pessoal de nível médio para a saúde**: desafios e perspectivas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 61-71. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dydn3/pdf/escola-9788575412671-07.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios de formação profissional em saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educação**, v.8, n.15, p. 375-380. Mar./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2013.

FLEURY, M. T. L.; SAMPAIO, J. R. Uma discussão sobre a cultura Organizacional. In: FLEURY, M. T. L. **As pessoas na organização**. São Paulo: Editora Gente, 2002. p. 283-294.

FLEURY, M.T. L; FLEURY, S. Construindo o conceito de competências. **RAC**, Edição Especial, p. 183-196, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____, A. C. **Gestão de Pessoas**: Enfoque nos Papéis Profissionais. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOHN, M. G. Educação não formal, participação da sociedade civil e estrutura colegiada nas escolas. **Ensaio: aval. pol. públ. e educ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n.50, p.27-38, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n50/30405.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competência e gestão de talentos**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

JESUS, et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

JOSSO, M. C. A transformação de si a partir da mudança de história de vida. **Educação**, v. 63, n. 3, p. 413-438, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/2741/2088>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos da metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca de excelência**. São Paulo: Singular, 2009. Disponível em: <http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2012.

LIMA, J. C. F. Tecnologia e a educação do trabalhador em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 37-45. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dydn3/pdf/escola-9788575412671-06.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIANI, V.A. **Currículo por competência e habilidades**. Instituto de Ensino Superior de Londrina, 2007. Disponível em: <http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_3_1228474852.pdf> . Acesso em: 10 nov. 2012.

MARSHALL JUNIOR, I. et al. **Gestão da qualidade**. 10. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

MARTINI, J. G; VERDI, M. Políticas da Rede de Atenção à Saúde. In: **Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem**, UNA-SUS, 2012.

MARTINS, M. M. C. et al. O Processo de Gestão Participativa no Hospital Giselda Trigueiro: sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. In: **Cadernos Humaniza SUS**, v. 3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 99-120.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2011.

_____. **Teoria Geral da Administração**. 1. ed. 11. Reimp. São Paulo: Atlas, 2012.

MENDONÇA, D. **História dos hospitais da capital paraibana**. João Pessoa: Sal da Terra, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.p. 9-28.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOZACHI, N. et al. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. Curitiba: Manual Real LTDA, 2006.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Certificação de Competências Profissionais. Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências**: referenciais metodológicos. Brasília: OIT, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PADOVEZE, C. L.; BENEDICTO, G. C. Cultura Organizacional: análise e impacto dos instrumentos no processo de gestão. **Revista Eletrônica de Administração (REAd)**, v. 11, n. 2, p.1-24, mai./abr. 2005. Disponível em: http://read.ea.ufrgs.br/edicoes/pdf/artigo_323.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; REIBNITZ, K. S. Processo Educativo em Saúde. In: **Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem**, UNA-SUS, 2012.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Qualified listening and social management among health professionals. **Acta paul. enferm. [online]**, v.25, n.2, p. 61-67, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25nspe2/10.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2013.

SARRETA, F. O. **Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHÖN, D. A. **Educando profissionais reflexivos: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SEIXAS, M. A. M.; MELO, H. T. Desafios do administrador hospitalar. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 5, n.9, p. 16-20, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/viewFile/185/188.L>>. Acesso: 16 jun. de 2012.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. Tradução: Gabriel Zide Neto e Op. Traduções. 26. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2010.

SILVA, L. M. T.; COSTA, B. K.; ALBUQUERQUE, L. G. O alinhamento estratégico entre cultura organizacional e estratégias de gestão de pessoas. **RECADM**, v. 8, n. 2. p. 159-173, 2009.

SILVA, J. A. M; OGATA, M. N; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

SOTO, E. **Comportamento Organizacional**: o impacto das emoções. Tradução: Jean Pierre Marras. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

VAGHETTI, H. H. et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n.1, p.87-93, 2010. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/ape/v24n1/eu_v24n1a13.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2011.

VASCONCELOS, E. M. O ensino universitário no setor saúde numa perspectiva de inclusão e participação social. In: DINIZ, A. V. S; SCOCUGLIA, A. C.; PRESTES, E. T.(org.). **A aprendizagem ao longo da vida e a educação de jovens e adultos**: possibilidades e contribuições ao debate. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010. p. 201-246.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, supl.1, p. 1301-1314, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/039.pdf>>. Acesso: 29 jun. 2012.

VERGARA, S. C. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2011.

ZALBAZA, M. A. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Tradução: Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. Tradução: M. H. C. V. Trylinski. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. Comunicação e Subjetividade nas Organizações. In: DAVEL, E.; VERGARA, S. C. (org.). **Gestão de Pessoas e Subjetividade**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WANDERLEY, K. L. Atenção Hospitalar em Rede. In: **Cadernos Humaniza SUS**, v. 3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 9-16.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) profissional,

Esta pesquisa tem por tema “**gestão em saúde e aprendizagem ao longo da vida**” e permitirá conhecer, com base nos quatro pilares da educação para o século XXI, o posicionamento dos gerentes de um hospital público sobre as competências inerentes aos gerentes e aos seus gerenciados com vistas a subsidiar ações de capacitação. Está sendo realizada por **Vanusa Nascimento Sabino Neves**, mestranda do Mestrado Profissional Gestão em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora doutora **Emília Maria Trindade Prestes**.

Os riscos decorrentes de sua participação são mínimos. Dessa forma, solicitamos a sua colaboração para essa etapa da pesquisa. Sua participação na pesquisa é **voluntária** e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

Caso aceite participar, solicitamos que responda às questões que lhes serão apresentadas, bem como que nos permita **gravar e/ou filmar as suas falas** e, após a análise dos resultados, utilizarmos os dados na construção do relatório de pesquisa, bem como apresentá-los em eventos científicos e/ou publicá-los em periódicos da área. **Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.**

As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.



EMÍLIA MARIA DA TRINTADE PRESTES (Prof. Dr^a Orientadora)



VANUSA NASCIMENTO SABINO NEVES (Mestranda)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

EU, _____, fui informado (a) sobre o que os pesquisadores querem fazer e porque precisam da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou receber nada por isso e que posso me retirar da pesquisa quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim, ficando uma via comigo e a outra com o pesquisador.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

João Pessoa, _____ de _____ de 2013

Endereço das pesquisadoras responsáveis: Rua Antonio Gama, nº 222, apto 1801, Expedicionários, João Pessoa-PB, CEP 58041-110. FONE (83) 8718-3366. E-mail: vanusasabino@bol.com.br

APÊNDICE 2: ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS PARA DEBATE E GRAVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO/ CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL
GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

- a) Qual é a sua opinião sobre a adoção de formação e da qualificação⁴⁸ para o exercício da função gerencial na saúde?
- b) Existe uma relação positiva entre formação/qualificação para o exercício da gestão na área da saúde e uma melhor prática assistencial por seus gerenciados? Como se caracteriza essa relação?
- c) Com base em sua vivência, quais são os principais desafios enfrentados no exercício da função gerencial?
- d) Agora relacione os desafios mencionados com as causas.
- e) Quais estratégias que podem ser adotadas para minimizar as dificuldades explicitadas na questão “C”?

⁴⁸ Formação é a maneira pela qual se constitui um conhecimento profissional.

Qualificação é o conjunto de conhecimentos que confere ao profissional a capacidade teórica e prática (experiência) para executar uma função. Isto é, saber fazer (FERREIRA, 2004).

APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO PARA A SEGUNDA FASE DA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO/ CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL
GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

Prezado(a) profissional, após a sua anuência expressada no Termo de Consentimento Livre Esclarecido referente à pesquisa sobre **gestão em saúde e aprendizagem ao longo da vida**, solicitamos a gentileza de responder aos questionamentos abaixo. Salientamos que é importante a livre manifestação da sua percepção sobre os quesitos, pois por ocasião da divulgação dos dados no relatório da pesquisa, em publicações científicas e/ou apresentação em eventos, sua identidade será mantida em sigilo.

Ao responder, considere os seguintes conceitos:

Competência: conjunto de conhecimentos habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das atividades profissionais.

Pilar aprender a conhecer: entender e discernir.

Pilar aprender a fazer: praticar os conhecimentos adquiridos.

Pilar aprender a viver juntos: conviver harmoniosamente.

Pilar aprender a ser: desenvolver-se completamente de forma interativa.

1) DADOS DO SEU PERFIL:

a) **Sexo:** ☐ masculino ou ☐ feminino

b) Qual é a sua **idade**? _____

c) Qual é a sua **formação**?

☐ Ensino médio.

☐ Superior completo. Qual o curso: _____

Pós-graduação:

☐ Especialização em: _____

☐ Mestrado em: _____

☐ Doutorado em: _____

☐ Cursos relacionados à gestão: _____

☐ Outros cursos: _____

d) Há quanto tempo você trabalha neste hospital? _____

e) Qual é o setor que você gerencia neste hospital? _____

f) Há quanto tempo você atua como gerente desse setor? _____

- g) Antes de assumir a função atual, você já possuía experiência como gerente?
☐ **Sim** ☐ **Não**. Se **sim**, até o presente, você tem quantos anos de experiência como gerente? _____
- h) Atualmente, quantos gerenciados estão sob a sua gerência imediata? _____

2) IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DAS ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO:

- a) Descreva as competências inerentes aos **gerentes setoriais**, relacionando-as com as orientações dos quatro pilares da educação para o século XXI?

PILAR	COMPETÊNCIAS GERENCIAIS
APRENDER A CONHECER	
APRENDER A FAZER	
APRENDER A VIVER JUNTOS	
APRENDER A SER	

- b) Descreva as competências inerentes aos **gerenciados**, relacionando-as com as orientações dos quatro pilares da educação para o século XXI?

PILAR	COMPETÊNCIAS GERENCIAIS
APRENDER A CONHECER	
APRENDER A FAZER	
APRENDER A VIVER JUNTOS	
APRENDER A SER	

- c) Para que os **gerentes** exerçam suas funções segundo as orientações dos quatro pilares da educação, que competências você ainda considera **insuficientes** ou **ausentes**?

[illegible]

- d) Para que os **gerenciados** exerçam suas funções segundo as orientações dos quatro pilares da educação, que competências você ainda considera **insuficientes** ou **ausentes**?

[illegible]

- e) Conforme a realidade vivenciada frente às demandas do seu serviço ou mesmo do hospital, como você sugere que sejam realizadas ações educativas com vistas a favorecer a concretização dos pilares da educação para o século XXI?

- f) Neste espaço, caso deseje, acrescente sugestões, críticas, elogios ou o que entender pertinente.

Agradecemos a sua valiosa participação!

ANEXOS

ANEXO 1: CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

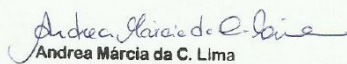


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 18/03/2013, o projeto de pesquisa intitulado: “GESTÃO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE MELHORIAS SEGUNDO OS QUATRO PILARES DA EDUCAÇÃO PARA O SÉCULO XXI” da Pesquisadora Vanusa Nascimento Sabino Neves. Prot. nº 014/13. CAAE: 11029712.4.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO 2: CARTA DE ANUÊNCIA EXPEDIDA PELA DIREÇÃO TÉCNICA DO HOSPITAL GENERAL EDSON RAMALHO



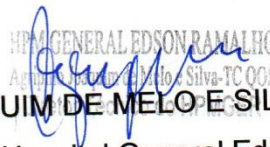
ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa **“GESTÃO EM SAÚDE: Uma Proposta de Melhorias Segundo os Quatro Pilares da Educação Para o Século XXI** realizada por **Vanusa Nascimento Sabino Neves** sob a orientação da professora doutora **Emília Maria da Trindade Prestes** está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede, seus serviços e documentos administrativos, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de saúde.

Atenciosamente,

João Pessoa, 05 de dezembro de 2012


AGRIPINO JOAQUIM DE MELO E SILVA – TCEL
Diretor Técnico do Hospital General Edson Ramalho