

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**VIVIANE DANTAS SOARES**

**EDUCAÇÃO CORPORATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
DE COLABORADORES DE UMA REDE HOSPITALAR NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**São Paulo  
2020**

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**VIVIANE DANTAS SOARES**

**EDUCAÇÃO CORPORATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
DE COLABORADORES DE UMA REDE HOSPITALAR NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**São Paulo  
2020**

**Viviane Dantas Soares**

**EDUCAÇÃO CORPORATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
DE COLABORADORES DE UMA REDE HOSPITALAR NA CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Francisca de Paula Monken

Co-orientador: Prof. Dr. Luciano Ferreira da Silva

**São Paulo  
2020**

Soares, Viviane Dantas.

Educação corporativa para o desenvolvimento de competências de colaboradores de uma rede hospitalar na cidade de São Paulo. / Viviane Dantas Soares. 2020.

95 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Francisca de Paula Monken

Coorientador (a): Prof. Dr. Luciano Ferreira da Silva

1. Educação corporativa. 2. Educação baseada em competências.  
3. Competência profissional. 4. Modelo

I. Monken, Sonia Francisca de Paula. II. Silva, Luciano Ferreira da.  
III. Título.

CDU 658:616

**VIVIANE DANTAS SOARES**

**EDUCAÇÃO CORPORATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS DE COLABORADORES DE UMA REDE HOSPITALAR NA  
CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

---

Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Prof. Dr. Luciano Ferreira da Silva – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Profa. Dra. Teresinha Covas Lisboa – Membro Externo

---

Monica Teófilo Said – Profissional de Mercado

São Paulo, 22 de maio de 2020.

Dedico este trabalho a  
minha família, base de minha vida.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela vida e pelas bênçãos recebidas.

Agradeço a minha mãe, Liliana também colega de classe e motivo de orgulho por estudarmos juntas, pelo amparo, carinho e pela exímia profissional com quem aprendo muito diariamente. Agradeço ao meu pai, que me ensinou valiosas lições em meu desenvolvimento e acompanhou meu progresso durante o curso. Agradeço a minha avó Michelina pela educação, companheirismo e por estar presente em todos os momentos. Agradeço a Pandora (*in memoriam*) pelos momentos de alegria e leveza durante boa parte da elaboração deste trabalho. Agradeço ao meu companheiro, Walter, pelo incentivo, apoio e compreensão.

Agradeço a minha querida orientadora professora Doutora Sonia pela paciência, dedicação, carinho, direcionamento ao longo deste trabalho até a conclusão e imensurável aprendizado. Agradeço ao coorientador professor Dr. Luciano por permitir que assistisse aulas na turma do Doutorado, pelos ensinamentos e auxílio durante esta jornada.

Agradeço a professora Doutora Márcia Novaretti por nos acompanhar no módulo internacional a *Georgetown University*, onde aprendemos não apenas sobre Gestão de Saúde, como também sobre cultura e respeito, além de estreitarmos os laços de nossa turma.

Agradeço a Queli Nascimento, por todo o apoio administrativo nesta jornada. Agradeço aos meus colegas de sala da turma de Gestão em Sistemas de Saúde, pelo compartilhamento de aprendizado.

Agradeço a Universidade Nove de Julho pela oportunidade.

## RESUMO

**Introdução:** Os hospitais têm buscado melhorias nos resultados e maior diferenciação por meio de ações de aprendizagem, mas não existe um padrão comum seguido pelos hospitais para buscar excelência em seu processo a partir dos treinamentos. **Objetivo:** Identificar como a Educação Corporativa (EC) atua no desenvolvimento de competências de médicos e equipe multiprofissional em uma rede hospitalar na cidade de São Paulo para desenhar a estrutura de seu modelo. **Metodologia:** Utilizando o método *Grounded Theory*, foram realizadas entrevistas com dez pessoas que atuam com cargo de gestão ou consultoria de treinamentos a equipes médicas e multiprofissionais da rede hospitalar pesquisada. Os dados foram transcritos pela autora e analisados no software *Atlas.ti* versão 7.5. **Resultados:** A EC nesta rede hospitalar tem processos definidos e claros que abrangem toda a equipe multiprofissional que nela está inserida. Os colaboradores que participam dos treinamentos são avaliados e espera-se aproveitamento mínimo de 80%. A partir das entrevistas foi possível desenhar um roteiro de estruturação da EC. **Conclusão:** A robusta estruturação da EC na rede hospitalar pesquisada proporciona que os fluxos sejam seguidos de forma padronizada pelas diversas especialidades e possibilita a análise de indicadores fidedignos.

**Palavras-chave:** educação corporativa, educação baseada em competências, competência profissional, modelo.



## ABSTRACT

**Introduction:** Hospitals have sought improvements in results and greater differentiation through learning actions, but there is no common standard followed by hospitals to seek excellence in their process through training. **Objective:** To identify how Corporate Education (EC) acts in the development of the skills of doctors and a multidisciplinary team in a group of hospitals in the city of São Paulo to design its model. **Methodology:** Using the Grounded Theory methodology, interviews were carried out with ten people who work as management or training consultants to medical and multiprofessional healthcare teams in the group of hospitals. The data were transcribed by the author and analysed using the Atlas.ti software version 7.5. **Results:** The processes of EC in this group of hospitals is well defined and clear to the entire multidisciplinary team that is part of it. The employees who participate in the trainings are evaluated and expected to have a minimum performance of 80%. From the interviews it was possible to design a model for structuring the EC. **Conclusion:** The robust structuring of EC in the researched group of hospitals allows the flows to be followed in a standardized way by the multiprofessional healthcare teams and allows the analysis of reliable indicators.

**Keywords:** corporate education, competence-based education, professional competence, model.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diferença entre Treinamento e Desenvolvimento e Educação Corporativa.....	20
<b>Figura 2.</b> Conceitos de Aprendizagem.....	22
<b>Figura 3.</b> Ambiente propício para elevados níveis de aprendizagem .....	23
<b>Figura 4.</b> Implantação da GC.....	27
<b>Figura 5.</b> Aprendizagem organizacional.....	28
<b>Figura 6.</b> Tipos de competências.....	32
<b>Figura 7.</b> Planejamento das competências.....	34
<b>Figura 8.</b> Tipos de EC na área da saúde.....	36
<b>Figura 9.</b> Processo de simulação realística.....	39
<b>Figura 10.</b> Etapas de delineamento da pesquisa.....	45
<b>Figura 11.</b> Primeira estratégia de busca realizada.....	46
<b>Figura 12.</b> Segunda estratégia de busca realizada.....	47
<b>Figura 13.</b> Mapa temporal dos autores da primeira estratégia de busca realizada.....	48
<b>Figura 14.</b> Mapa temporal dos autores da segunda estratégia de busca realizada.....	49
<b>Figura 15.</b> Mapa de redes das palavras-chave da primeira estratégia de busca realizada.....	49
<b>Figura 16.</b> Mapa de redes das palavras-chave da segunda estratégia de busca realizada.....	50
<b>Figura 17.</b> Mapa temporal das palavras-chave da primeira estratégia de busca realizada.....	50
<b>Figura 18.</b> Mapa temporal das palavras-chave da segunda estratégia de busca realizada.....	51
<b>Figura 19.</b> Mapa de calor das palavras-chave da primeira estratégia de busca realizada....	51
<b>Figura 20.</b> Mapa de calor das palavras-chave da segunda estratégia de busca realizada....	52
<b>Figura 31.</b> Proposta de modelo de entrevista.....	54
<b>Figura 32.</b> Cronograma de Execução.....	55
<b>Figura 33.</b> Acompanhamento do desempenho.....	56
<b>Figura 34.</b> Organograma.....	57
<b>Figura 35.</b> Avaliação do treinamento.....	58
<b>Figura 36.</b> Estrutura do treinamento.....	58
<b>Figura 37.</b> Planejamento dos temas.....	59

<b>Figura 38.</b> Relevância da EC.....	59
<b>Figura 39.</b> Nuvem de palavras mais comuns.....	60
<b>Figura 40.</b> Frequência do Código Relevância da Educação Corporativa.....	61
<b>Figura 41.</b> Frequência da Família Aquisição de Competências.....	61
<b>Figura 42.</b> Frequência da Família Macroestrutura.....	62
<b>Figura 43.</b> Apresentação do fluxograma da estrutura dos treinamentos da equipe multiprofissional.....	64

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela:</b> Quantidade de palavras e repetições por especialidade.....	60
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CHA – Conhecimentos, Habilidades e Atitudes  
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
EAD – Educação a Distância  
EC – Educação Corporativa  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
GC – Gestão do Conhecimento  
GM – Gabinete do Ministro  
GT – *Grounded Theory*  
ISO – *International Organization for Standardization*  
ISQua – *International Society for Quality in Health Care*  
JCI – Joint Commission International  
KIBS – *Knowledge Intensive Consumer Services*  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
MEC – Ministério da Educação e Cultura  
MS – Ministério da Saúde  
ONA – Organização Nacional de Acreditação  
OHSAS – Occupational Health and Safety Management Certification  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RM – Residência Médica  
RMS – Residências Multiprofissionais em Saúde  
ROI – *Return On Investment* (retorno sobre o investimento)  
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SR – Simulação Realística  
SUS – Sistema Único de Saúde  
T&D – Treinamento e Desenvolvimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA.....	17
1.3	OBJETIVOS.....	17
1.3.1	Geral.....	17
1.3.2	Específicos.....	18
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	18
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	18
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
2.1	CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO CORPORATIVA.....	20
2.1.1	Aprendizagem.....	21
2.1.2	Conhecimento.....	25
2.1.3	Serviços Intensivos em Conhecimento.....	27
2.1.4	Modelos de Avaliação.....	28
2.1.5	GESTÃO POR COMPETÊNCIAS.....	31
2.2	Definição de competências.....	31
2.2.1	Desenvolvimento de Competências.....	32
2.2.2	Competências Comportamentais e Técnicas.....	34
2.2.3	ESTRUTURAÇÃO DA EDUCAÇÃO CORPORATIVA EM SAÚDE.....	35
2.3	Ensino em Saúde.....	35
2.3.1	Constituintes do Ensino Continuo em Saúde.....	37
2.3.2	Instituto de Ensino e Pesquisa.....	38
2.3.2.1	Centro de Simulação Realística.....	38
2.3.2.2	Residência Médica.....	40
2.3.2.3	Residência Multiprofissional.....	40
2.4	Certificações e Acreditações para Hospitais.....	41
<b>3</b>	<b>MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA.....</b>	<b>43</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	44
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	51
3.2.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	52
3.2.2	ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	52

3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	54
3.4	CRONOGRAMA.....	55
<b>4</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
4.1	ESTRUTURA DA EC.....	62
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA.....</b>	<b>65</b>
5.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS.....	66
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
	Apêndice A – Transcrição da Entrevista de Enfermagem.....	84
	Apêndice B – Transcrição das Entrevistas de Fisioterapia.....	86
	Apêndice C – Transcrição da Entrevista de Nutrição Clínica.....	88
	Apêndice D – Transcrição da Entrevista de Fonoaudiologia.....	89
	Apêndice E – Transcrição da Entrevista de Farmácia.....	90
	Apêndice F – Transcrição das Entrevistas de Nutrição de Produção.....	91
	Apêndice G – Transcrição da Entrevista de Médicos.....	92
	Apêndice H– Transcrição da Entrevista da Administração dos Treinamentos Médicos e Multiprofissionais.....	93

## 1 INTRODUÇÃO

As empresas buscam diferenciais para se manterem estáveis e com vantagem competitiva diante de suas concorrentes, em um ambiente dinâmico e competitivo. O conhecimento dos colaboradores é intrínseco a cada organização e é considerado um diferencial de competitividade sustentável (Dallimore et al., 2010; Meister, 1999; Oliveira Jr., 2008; Paiva Sampaio et al., 2019; Senge, 2014, Sessa & London, 2015). A Educação nas corporações é, neste cenário, fundamental para a inovação, modernidade e desenvolvimento das empresas, auxiliando tomar decisões, agir em processos descentralizados, resolver problemas e trabalhar em equipe.

As ações de aprendizagem são, portanto, uma das formas pelas quais organizações buscam maximizar os resultados corporativos (Meister, 1999; Paiva Sampaio et al., 2019; Sessa & London, 2015). Aprender é um processo psicológico que influencia na manifestação de desempenho competente no trabalho nos níveis individual (motivação) – com aquisição, retenção, manutenção, generalização e transferência de conhecimentos novos –, da tarefa (conhecimento) e do contexto (suporte recebido) (Coelho Junior & Borges-Andrade, 2008). Para que a aprendizagem seja significativa, é necessário que sejam estabelecidas relações entre o conteúdo novo e o repertório do indivíduo e, desta forma, que ele consiga internalizar para futuras aplicações. Sempre que um conteúdo novo é adicionado ao repertório do indivíduo, ocorre aprendizagem (Coelho Junior & Borges-Andrade, 2008). Depois de identificados os treinamentos, deve-se buscar a melhor forma de avaliação e feedback, para fins de aperfeiçoamento futuro.

Além do investimento nos clientes internos, é importante investir também em toda a cadeia de valor, incluindo os clientes externos, como os fornecedores, por exemplo, com propostas da Educação Corporativa (EC). A EC é um processo de educação utilizado como ferramenta estratégica para atualizar os profissionais em sua área de atuação com base em competências (Eboli, 2008; Junior et al., 2008) e transformar organizações tradicionais em organizações que aprendem, de forma alinhada com a missão, os objetivos e a estratégia de negócios para agregar valor e obter resultados positivos (Toledo & Domingues, 2018).

As empresas devem delinear suas competências críticas – também conhecidas como *core competences* – e, a partir delas, definir quais conhecimentos, habilidades e atitudes são estratégicos para a organização (Lei, Hitt, & Bettis, 1996; Prahalad & Hamel, 1997). Seu papel é não apenas disponibilizar cursos e ferramentas de desenvolvimento de habilidades como também e, principalmente, desenvolver nos colaboradores a vontade de aprender. Os cursos devem ser ministrados de forma a lapidar competências já encontradas no mercado. A partir da



identificação das necessidades de treinamento e correta alocação de pessoas e recursos é possível verificar estratégias para melhorar o resultado das empresas e em se tratando da área da saúde, isso pode significar maior segurança ao paciente e diminuição de riscos.

### 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O desenvolvimento e a aprendizagem de trabalhadores no setor da saúde pública foram incentivados com a Portaria GM/MS 198/04 de 13 de fevereiro de 2004, ajudando a educação em saúde, de forma geral, a ganhar destaque ao longo dos anos, não apenas na saúde pública brasileira como também na saúde privada (Brasil, 2004). Um dos pressupostos da proposta de Educação em Saúde é de educar “no” e “para o” trabalho, com propostas articuladas entre si e originadas a partir da problematização da realidade local (Brasil, 2013). A Educação em Saúde é importante por identificar necessidades e lacunas de conhecimento e agir com treinamentos de forma a melhor capacitar os colaboradores, o que pode auxiliar na retenção de talentos e na redução de erros e eventos adversos.

As instituições de saúde, especificamente os hospitais, desenvolvem seus treinamentos para capacitação das equipes assistenciais e operacionais, cursos de desenvolvimento e aprimoramento, entre diversas ações de educação como recursos de Educação em Saúde, sem seguir modelos específicos que orientem quanto às melhores práticas de planejamento. A partir do conhecimento do trabalho realizado por uma rede de hospitais na construção de estratégias educativas, outros hospitais que ainda não têm este setor estruturado podem se inspirar na estruturação de sua Educação Corporativa em Saúde. Este trabalho pretende contribuir neste sentido com um modelo estruturado de Educação Corporativa para auxiliar e orientar instituições de Saúde, em particular os hospitais, que ainda não têm processos definidos e estruturados de seus treinamentos.

### 1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Esta pesquisa busca responder a seguinte pergunta: Como a Educação Corporativa é estruturada em uma rede hospitalar para desenvolver competências dos médicos e da equipe multiprofissional?

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Geral

Identificar como a Educação Corporativa atua no desenvolvimento de competências de médicos e equipe multiprofissional em uma rede hospitalar em São Paulo para desenhar a estrutura de seu modelo.

### 1.3.2 Específicos

Como objetivos específicos, este estudo pretende:

- (a) Elencar características da EC em Saúde;
- (b) Analisar o processo de desenvolvimento de competências;
- (c) Registrar a percepção dos responsáveis por treinamentos multiprofissionais e médicos quanto ao desenvolvimento dos colaboradores.
- (d) Desenhar o modelo vigente de EC para o desenvolvimento de competências na rede hospitalar.

## 1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

O conhecimento é um fator-chave de crescimento em todos os aspectos e áreas, seja pessoal ou profissional, contribuindo para a diferenciação e vantagem competitiva das organizações (Senge, 2014). A Gestão do Conhecimento (GC), realizada por meio da EC, contribui para o desenvolvimento de competências nos colaboradores e assim é possível alavancar os resultados organizacionais. Estudo da Deloitte, uma das maiores empresas em serviços profissionais do mundo, revelou que há grande tendência de as empresas desenvolverem e implantarem universidades corporativas (Maligieri, 2019). O estudo também indicou que 58% dos treinamentos são voltados as *hard skills*, que são competências técnicas, as quais devem ser treinadas continuamente, principalmente na área da saúde, em que há grande atualização das tecnologias (Maligieri, 2019).

Este trabalho identifica o modelo de EC utilizado por uma rede de hospitais em São Paulo para atender a Legislação Brasileira e também estimular o desenvolvimento de competências de seus colaboradores. O benefício deste trabalho abrange não apenas os hospitais, que podem apresentar bom retorno sobre o investimento e resultados anuais melhores com esta prática, como também os colaboradores em seu desenvolvimento individual e profissional e a academia com a pesquisa realizada.

## 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está estruturado, além do capítulo introdutório, em mais quatro capítulos. O segundo capítulo apresenta o referencial teórico utilizado para o embasamento da proposta

do trabalho, abrangendo características da EC e seu histórico, gestão por competências e estruturação do ensino continuado em saúde abordando as leis e os elementos constituintes diferenciadores da EC em saúde das demais áreas. O terceiro capítulo compreende o método e técnicas da pesquisa, com delineamento da pesquisa, procedimentos de coleta e de análise de dados. O quarto capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa. No quinto capítulo são apresentadas as conclusões, implicações para a prática, limitações da pesquisa e sugestões de pesquisas futuras.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO CORPORATIVA

No Brasil, o treinamento passou a ser prática vigente nas empresas a partir do Decreto-lei n. 4.048 de 22 de janeiro de 1942, que criou o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). Desde então, diversos programas de treinamento e incentivos foram criados, como uma política de incentivos fiscais ao treinamento pela Lei 6.297 de 15/09/1975 e pelo Decreto n. 77.643, de 20/04/1976. A Lei 6.297 foi revogada em 16/03/1990, acabando com os incentivos fiscais (Milioni, 2006). Posteriormente, em 2001, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) lançou a NBR ISO 10015:2001, intitulada Gestão da qualidade – Diretrizes para treinamento com orientações quanto a prática de treinamentos em âmbito corporativo (ISO, 2001).

Desta forma, a partir dos anos 1990, com a cultura de treinamento e a compreensão de sua relevância conquistando cada vez mais espaço, o setor de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) das empresas passou a ser mais reconhecido e a ter um escopo maior, de forma alinhada às estratégias organizacionais (Eboli, 2008). À vista disso, o T&D foi gradativamente migrando para a nomenclatura de Educação Corporativa (Pereira et al., 2006).

Enquanto o T&D é organizado de forma fragmentada, reativa e tática, a EC é organizada de forma centralizada, estratégica e proativa (Figura 1), isto é, a partir da análise do ambiente e da compreensão das necessidades organizacionais, são desenvolvidos treinamentos para aumentar o desempenho no trabalho e, conseqüentemente, a vantagem competitiva da empresa, de forma a buscar boa posição frente aos concorrentes (Dallimore et al., 2010; Meister, 1999; Oliveira Jr., 2008; Paiva Sampaio et al., 2019; Senge, 2014, Sessa & London, 2015). A EC começou com a implantação de programas de autogerenciamento de carreira e treinamentos gerenciais com foco nas pessoas para promoção da qualificação profissional, estímulo à inovação, criatividade, empreendedorismo e desenvolvimento de lideranças (Toledo & Domingues, 2018).

**Figura 1.** Diferença entre Treinamento e Desenvolvimento e Educação Corporativa

Treinamento e Desenvolvimento	Educação Corporativa
Reativo	Proativo
Técnica	Técnica e Comportamento

Desenvolvimento de habilidades	Desenvolvimento de competências
--------------------------------	---------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Meister (1999).

No início do século XXI, foram redigidos decretos para incentivar a Educação em âmbito corporativo. O Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004, em seu artigo primeiro, reforça a abrangência da educação profissional disposta no artigo 39 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) pela qualificação profissional incluindo formação continuada de trabalhadores. O Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004, em seu artigo primeiro, reforça a abrangência da educação profissional disposta no artigo 39 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação a qualificação profissional incluindo formação continuada de trabalhadores. A legislação acompanhou as mudanças advindas da Sociedade do Conhecimento, que alteraram o foco do processo produtivo para as pessoas, agregando valor para as organizações (Eboli, 2004).

Neste cenário, a informação, principalmente nas áreas de Tecnologia e da Saúde, é impactada por novidades a todo o tempo, portanto, é imprescindível que os profissionais sejam receptivos e avaliem de forma crítica absorvendo em seu repertório o conhecimento necessário (Scorsolini-Comin et al., 2011). O perfil profissional dos colaboradores passou por mudanças: as empresas passaram a privilegiar o autodesenvolvimento e a aprendizagem contínua, com determinadas posturas, atitudes e habilidades, além do conhecimento técnico e instrumental (Pereira et al., 2006). As oportunidades de aprendizagem devem ajudar na sustentação das questões de negócios mais importantes para a organização, isto é, a organização deve delimitar os seus objetivos e pontos-chave para o sucesso e realizar treinamentos apropriados para sua finalidade (Toledo & Domingues, 2018).

### 2.1.1 Aprendizagem

A aprendizagem tem sido definida ao longo dos anos com conceitos que abrangem a aquisição, retenção, generalização e transferência de conhecimentos e habilidades, como pode ser observado na Figura 2, em que constam estudiosos do assunto (Ausubel, 1963;; Freire, 1996; Gardner & Veronese, 1995;; Illeris, 2003;; Kolb, 1984; Lave, 2015; Mezirow, 2000; Morin, 2008; Piaget, 1973; Senge, 2014; Skinner, 1974; Vygotsky, 1989; Wallon, 1968; Wenger, 2010). Pela análise das definições destes autores, pode-se dizer que é necessário que o indivíduo tenha iniciativa e busque, por meio da interação com outras pessoas, construir novos significados de forma a alterar e/ou ampliar seu conhecimento prévio. Para tanto, é interessante que o indivíduo que busca aprendizado seja flexível, curioso e interaja com outros indivíduos para que juntos reforcem e reconstruam significados.

O processo de aprendizagem corporativa ultrapassa as delimitações da aprendizagem do indivíduo, pois está inserido em um contexto amplo abrangendo formação profissional, individual e organizacional. Em âmbito corporativo, quando o colaborador aprende, transfere à empresa os seus conhecimentos, os quais podem ser transmitidos a outros colaboradores gerando um ciclo de aprendizagem organizacional. A transferência do conhecimento é um dos propósitos da EC (Scorsolini-Comin et al., 2011).

**Figura 2.** Conceitos de Aprendizagem

Conceito de Aprendizagem	Autor (Ano)
A aprendizagem é significativa quando o indivíduo, a partir de conhecimentos prévios e sucessivas interações, <b><u>adquire novos significados e mais conhecimento.</u></b>	David Ausubel (1963)
O indivíduo é parte integrante do meio social em que está inserido e sua <b><u>interação com outras pessoas</u></b> por meio da afetividade influencia em seus sentimentos e conhecimento.	Henri Wallon (1968)
Processo de adaptação do indivíduo à realidade caracterizado por <b><u>novas formas de interpretar essa realidade</u></b> gerando novos conhecimentos.	Jean Piaget (1973)
A partir de estímulos e reforços o <b><u>comportamento é moldado, criado ou modificado,</u></b> gerando aprendizagem.	Frederic Skinner (1974)
Processo de percepção e de processamento da informação para <b><u>desenvolver capacidades e gerar conhecimento</u></b> a partir da observação do fato e da interação com a realidade.	David Kolb (1984)
Processo de <b><u>apropriação do indivíduo a informações, habilidades, atitudes e valores</u></b> conforme seu contato com o meio ambiente, outras pessoas e a realidade.	Lev Vygotsky (1989)
A aprendizagem ocorre <b><u>conforme a aptidão da pessoa em determinada habilidade,</u></b> proposta das múltiplas inteligências.	Howard Gardner (1995)
O aprendizado é mútuo e parte do <b><u>conhecimento prévio e visão de mundo do aprendiz,</u></b> tendo o respeito como alicerce.	Paulo Freire (1996)
A partir de interpretações anteriores é <b><u>criada ou alterada uma interpretação</u></b> gerando um novo conhecimento.	Jack Mezirow (2000)
O aprendizado ocorre <b><u>simultaneamente por processos cognitivos, emocionais e sociais de forma holística.</u></b>	Knud Illeris (2003)
A aprendizagem consiste em <b><u>transformar informações em conhecimento e este em sabedoria,</u></b> de forma a incorporá-la à vida.	Edgar Morin (2008)
Aprendizagem é inerente aos seres humanos e à comunidade em que o indivíduo está inserido, envolvendo uma <b><u>ação recíproca entre o local e o global,</u></b> em que ocorre a negociação de novos significados.	Etienne Wenger (2010)
O aprendizado da organização é uma vantagem competitiva e é gerado pelo <b><u>aprimoramento contínuo das capacidades individuais.</u></b>	Peter Senge (2014)

Aprendizagem ocorre a partir da **interação entre as pessoas, contextos e práticas.**

Jean Lave  
(2015)

Fonte: Elaborado pela autora.

A aprendizagem contínua nas organizações tem um conceito simples, mas sua operacionalização no cotidiano organizacional é complexa (Fleury & Fleury, 1995). Portanto, é recomendado sistematizar algumas atividades como, por exemplo, resolução de problemas e compartilhamento de conhecimentos de forma a promover a prática da aprendizagem para que a organização possa criar, adquirir, transferir conhecimentos e modificar seus comportamentos (Garvin, 1993). Dentre os fatores que motivam adultos a aprender, destacam-se as mudanças no mercado com a implantação de tecnologias e o desejo de acompanhar este processo, de estar atualizado (Scorsolini-Comin et al., 2011).

Um ambiente propício ao desenvolvimento de elevados níveis de aprendizagem (Figura 3) deve ter indivíduos com boa capacidade de adaptação e que busquem o desenvolvimento contínuo realizando um trabalho diferenciado e fluído com foco em resultados (Ruas et al., 2005). Essas pessoas devem estar inseridas em um ambiente disposto a lidar com a crescente instabilidade da atividade econômica, caracterizada pela difícil previsão de mercados e concorrentes sendo, portanto, necessário customizar estratégias a fim de melhor atender os clientes.

**Figura 3.** Ambiente propício para elevados níveis de aprendizagem



Fonte: Adaptado de Ruas et al. (2005).

Destarte, os recursos de capital humano são chave para as organizações ganharem vantagem competitiva, necessária para a perenidade das empresas (Grant, 1991; Kogut & Zander, 1992; Noe et al., 2014; Senge, 2014). Uma das formas de desenvolvimento do capital

humano é por meio da aprendizagem contínua nas organizações (Sessa & London, 2015), que inclui aprendizagem formal e informal (Marsick & Watkins, 2015), desenvolvimento pessoal (Orvis & Leffler, 2011), aprendizagem organizacional (Raelin, 1997), prática deliberada (Ericsson et al., 1993), aprendizagem secundária (Marsick et al., 1999) disseminação interna de informações, avaliação do desempenho após o treinamento e avaliação do desempenho pessoal (Sarquis et al., 2016). Estima-se que a aprendizagem informal corresponda a 75% do aprendizado nas organizações (Bear et al., 2008).

A aprendizagem organizacional pode ser definida como um processo contínuo de apropriação e de geração de conhecimentos nos níveis individual, coletivo e organizacional (Ilgen & Pulakos, 1999) envolvendo a aprendizagem formal – por meio de cursos, eventos, palestras, congressos, seminários, etc. – e informal – autoinstrução, *job rotation*, intercâmbio, visitas técnicas, estágios, entre outros – sobre situações-problema práticas para o trabalho realizado para desenvolver competências (Antonello, 2005; Dutra, 2016; Marsick & Watkins, 2015). Abrange a aprendizagem individual e sua aplicabilidade prática (Bell, 1984; Ferigotti, 2007) e pode ocorrer de maneira natural ou espontânea, pelo contato com colegas mais experientes ou de maneira formal e planejada, por meio de treinamentos ou cursos no escopo do Treinamento e Desenvolvimento (Junior & Borges-Andrade, 2008). A habilidade de a organização aprender coletivamente é fundamental para sua perenidade (Senge, 2014).

A capacidade de administração da complexidade em situações profissionais implica em saber agir com pertinência, saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional, saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos, saber transpor, saber aprender e aprender a aprender, saber envolver-se (Le Boterf, 2013).

A transferência de conhecimento é uma das variáveis da transferência de aprendizagem formal e refere-se às percepções do treinando sobre a aplicabilidade do treinamento, relevância prática, suporte material e suporte psicossocial. O suporte à transferência é a principal variável para explicar o impacto do treinamento no trabalho (Coelho Junior & Borges-Andrade, 2008). O suporte à transferência está relacionado ao contexto (Paiva Sampaio et al., 2019). Para que o capital humano se desenvolva, são necessárias ligações entre aprendizado do indivíduo (nível micro), do grupo / equipe (meso) e das organizações (macro) (Noe et al., 2014).

No planejamento de ações de aprendizagem, como cursos, treinamentos, workshops, é fundamental levar em consideração alguns fatores, como a experiência prévia com cursos de capacitação, natureza do treinamento (comportamental, cognitiva), quem é o instrutor (interno ou externo à instituição), o número de colaboradores das organizações e o número que



participará deste treinamento, se todo o quadro será treinado e a reação ao treinamento (Mourão & Marins, 2009).

A fim de que os colaboradores tenham uma visão ampla da organização, Senge (2014) propõe cinco disciplinas: domínio pessoal, característico do indivíduo, baseado em competências e habilidades de criação; modelos mentais, relacionados as concepções preconcebidas dos colaboradores, que devem estar alinhadas à cultura organizacional; visão compartilhada, que são os objetivos comuns da organização e dos colaboradores; aprendizagem em equipe, um alinhamento dos colaboradores seguindo na mesma direção; e pensamento sistêmico, que é o alicerce das demais disciplinas, pois a organização é um sistema complexo.

As empresas devem buscar identificar os componentes do ambiente organizacional responsáveis por otimizar a concorrência de processos de aprendizagem no trabalho por meio da aquisição de novas competências (Coelho Junior & Borges-Andrade, 2008). A interação do ser humano com novidades em diferentes contextos resulta na aquisição, retenção e transferência de CHA (Paiva Sampaio et al., 2019). Os cursos e treinamentos transmitem o saber e devem proporcionar aos treinandos atividades que transmitam segurança no saber fazer e estimulem o querer fazer. O CHA, portanto, está diretamente relacionado a EC, tendo em vista que esta, por meio da aprendizagem, juntamente com o poder de adaptação às mudanças, são importantes vantagens competitivas (Bastos et al., 1999; Easterby-Smith et al., 1998; Loiola & Bastos, 2003).

A aprendizagem pode ocorrer em dois níveis, sendo um deles conhecimento explícito, que pode ser codificado e explicado, e outro o conhecimento tácito, que por vezes ocorre de forma inconsciente e está relacionado ao ajuste de crenças e normas. Há duas vertentes de modelos de aprendizagem: behaviorismo e cognitivismo. Enquanto o modelo behaviorista parte da análise do comportamento e da observação, o modelo cognitivo busca explicar fenômenos mais complexos e subjetivos ( Fleury & Fleury, 2001).

### 2.1.2 Conhecimento

Conhecimento é uma palavra originada do latim, *cognoscere*, que significa ato ou efeito de conhecer, ou seja, de ter compreensão ou entendimento de algo de maneira clara e direta (Michaelis, 2020). O conhecimento pode ser classificado em tácito e explícito. Em âmbito corporativo, o conhecimento tácito é a forma com a qual a organização aprende e interage pela experiência, ao passo que o explícito é declarado pela empresa e exteriorizado por meio de práticas e treinamentos (Scorsolini-Comin et al., 2011). Administrar o processo de transferência de conhecimento é transformar o tácito em explícito, isto é, ser capaz de descrever os objetivos

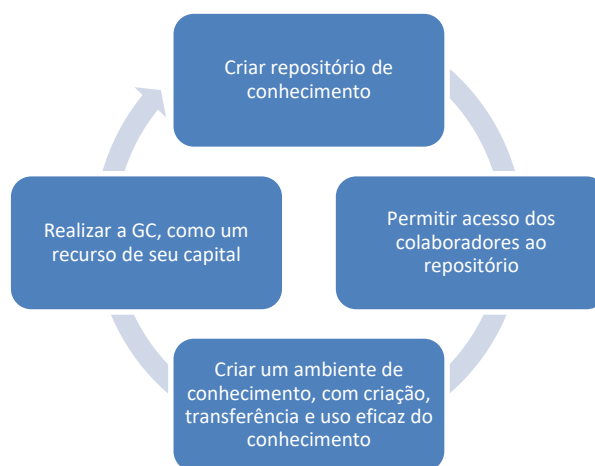
de aprendizagem e seus registros para acompanhamento e criação de indicadores (Nonaka & Takeuchi, 1997).

A GC é, portanto, a forma como a organização administra as competências individuais ao conhecimento coletivo, isto é, como incorpora o desenvolvimento individual e sua transformação em desenvolvimento coletivo de forma cíclica (Oliveira Jr., 2008). O sucesso da GC depende do compartilhamento dos conhecimentos individuais para a criação do conhecimento da organização, o que significa que quanto mais motivados os colaboradores estiverem, maiores as chances de compartilhamento deste conhecimento (Nonaka & Takeuchi, 1997).

A GC auxilia na criação, implementação, discussão e avaliação de estratégias de aprendizado em equipes multiprofissionais de forma alinhada aos objetivos organizacionais, sua missão, visão e valores, e direcionada à estratégia da empresa (Gonzalez et al., 2009). Por ser um processo ligado aos valores e à cultura organizacional, o modo como o conhecimento organizacional ocorre é característico de cada empresa (Schoemaker & Amit, 1997) sendo, portanto, uma fonte de vantagem competitiva sustentável (Oliveira Jr., 2008). Seus processos e a estruturação podem ser replicados, mas não o aprendizado, pois este depende da cultura organizacional e do quadro de colaboradores. Para seu gerenciamento é importante que sejam registrados sistematicamente seus indicadores de conhecimento (Scorsolini-Comin et al., 2011).

A motivação dos colaboradores é um dos fins da Gestão de Pessoas, que está pautada em processos de agregação de pessoas (recrutamento e seleção), de desenvolvimento (treinamentos), de recompensas (remuneração e benefícios), de orientação (Desenho de Cargos, Avaliação de Desempenho e Cultura Organizacional), e de retenção por meio de condições psicológicas e ambientais satisfatórias (Chiavenato, 2008). Os treinamentos são uma das ferramentas utilizadas pela GC na EC para alavancar as empresas em relação aos concorrentes.

O sucesso da implantação de uma GC está pautado em quatro objetivos: (1) criar repositório de conhecimento; (2) permitir acesso dos colaboradores ao repositório; (3) criar um ambiente de conhecimento e; (4) realizar a GC como um ativo da empresa (Figura 4). Há três tipos de repositório de conhecimento: conhecimento externo, como a inteligência competitiva, por exemplo; conhecimento interno estruturado, como relatórios de pesquisa, materiais de marketing orientados ao produto; e conhecimento interno informal (Davenport et al., 1998).

**Figura 4. Implantação da GC**

Fonte: Adaptado de Davenport et al. (1998).

### 2.1.3 Serviços Intensivos em Conhecimento

O foco no conhecimento faz parte de uma nova economia marcada por inovações de diversos tipos como políticas, econômicas, sociais, tecnológicas, institucionais, organizacionais (Lastres & Albagli, 1999) com papel estratégico do conhecimento (Boff, 2001). Surgem, nesse contexto, os serviços de negócio intensivos em conhecimento, KIBS (*Knowledge Intensive Business Services*), que são uma das formas de as organizações de serviços adquirirem conhecimento. KIBS surgiram para atender demandas de conhecimento nas organizações com foco nas competências organizacionais e estratégias da empresa (Miles, 2005). Suas características são manter elevado grau de interação, conhecimento, tecnologia e inovação direcionados a quatro grupos: serviços financeiros, serviços de informação e comunicação, serviços de tecnologias e serviços empresariais (Yang & Yan, 2010).

Além dos KIBS, que são direcionados a serviços, vem ganhando espaço os KICS (*Knowledge Intensive Consumer Services*), que se aplicam mais à área da saúde (Costa & Mendonça, 2019). Sua diferença em relação aos KIBS é a especificidade da indústria voltada a serviços, como área da saúde, beleza, turismo, entre outros; em comum, ambos são serviços intensivos em conhecimento que geram inovação. Os KICS podem promover transformação para a inovação (Schot & Steinmueller, 2016, 2018). Os serviços intensivos são responsáveis por 39% da receita no setor de serviços e têm papel fundamental no processo de inovação

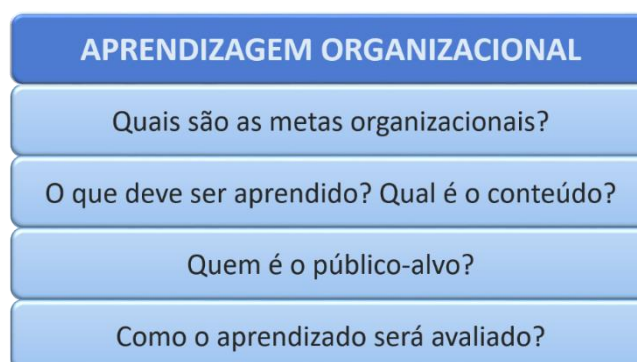
(Ronnie et al., 2017). Os modelos de EC são ferramentas para o desenvolvimento de KICS nas empresas de saúde, seja pelas próprias ações educativas, seja pelo produto gerado pelos treinamentos.

#### 2.1.4 Modelos de Avaliação

O capital humano é considerado um ativo organizacional de difícil reprodução, sendo composto pelos CHAs dos profissionais (Trends, 2016) que contribuem para a prosperidade pessoal, social e econômica (Sablok et al., 2017). O desenvolvimento do capital humano está diretamente relacionado ao desempenho, inovação, capacidade e rendimento das organizações (Cinnirella & Streb, 2017). A somatória de aprendizagens individuais em uma corporação tem como propósito manter o negócio atualizado e competitivo, em constante desenvolvimento e em busca de diferenciação competitiva. Por serem propósitos estratégicos, é importante que sejam mensuráveis (Scorsolini-Comin et al., 2011).

Tanto no nível macro quanto no micro as organizações devem se manter competitivas e apresentar dados numéricos que representem o cenário da empresa. No entanto, isso ainda não é comum para investimentos no capital humano (Chatain & Meyer-Doyle, 2017; Erasmus et al., 2009). Para a aprendizagem organizacional ocorrer é imprescindível que sejam definidas as metas organizacionais e avaliado e mensurado constantemente o que deve ser aprendido, quem deve aprender e se o aprendizado efetivamente ocorreu (Figura 5). Os resultados da organização devem, portanto, ser monitorados, e deve haver disseminação de informações de forma rápida e inovativa (Scorsolini-Comin et al., 2011).

**Figura 5.** Aprendizagem organizacional



Fonte: Elaborado pela autora baseado em Scorsolini-Comin et al. (2001).

A norma brasileira de diretrizes para treinamentos – NBR ISO 10015:2001 – propõe avaliações dos treinamentos para confirmar se os objetivos foram alcançados e que isso seja feito em dois momentos: a curto prazo, para avaliar a opinião do treinando e a longo prazo, para

verificar melhoria do desempenho e da produtividade no trabalho (ISO, 2001). Desta forma, a avaliação pode envolver pesquisas de satisfação, teste, acompanhamento do trabalho e até mesmo indicadores financeiros.

O investimento na formação profissional tem aumentando juntamente com a necessidade de assegurar sua adequação e congruência com os objetivos da organização, portanto, tem-se tornado um diferencial aos executivos de Recursos Humanos a capacidade de mensurar o retorno sobre o investimento (ROI) dos treinamentos para justificar sua efetividade com dados quantitativos. O ROI pode ser utilizado para indicador de projeto para estudo de viabilidade. Desta forma, é possível reduzir custos desnecessários envolvendo tempo, recursos financeiros e humanos. Para tanto, é necessário compreender os cenários pré e pós-treinamento, as dificuldades da equipe e fazer um levantamento das despesas relacionadas ao treinamento e impacto financeiro quanto ao retorno (Teixeira & Pereira, 2015).

Um dos mais conhecidos modelos para determinar o impacto do treinamento nos negócios é o modelo de Kirkpatrick, que abrange reação – aprendizado – aplicação e impacto no negócio. Este modelo avalia os efeitos do treinamento de forma linear. Para Kirkpatrick (2009), há três razões para avaliar programas de treinamento: 1) para identificar melhorias futuras no treinamento; 2) determinar se o programa deve continuar; 3) justificar a existência do treinamento e seu orçamento.

O modelo de Kirkpatrick, é composto por quatro níveis: 1) reação, que inclui a avaliação da reação dos participantes do treinamento; 2) aprendizado, com indicadores quantificáveis da aprendizagem; 3) aplicação, ou seja, a aplicabilidade no trabalho relacionada a performance e; 4) impacto no negócio, aos objetivos e metas organizacionais (Bates, 2004). Uma das formas de mensurar o impacto é através da metodologia ROI.

Há cinco etapas da metodologia ROI, segundo Phillips (2007): 1) reação – mensurar a partir de entrevistas e pesquisa a reação dos participantes do treinamento; 2) aprendizado – mensurar a partir de pré e pós-teste as competências, habilidades e atitudes adquiridas com o treinamento; 3) aplicação – mensurar, a partir de entrevistas e de observação, as mudanças de comportamento no trabalho após o treinamento; 4) impacto no negócio – mensurar a partir de grupo-controle e de análises o impacto no negócio com a redução de acidentes de trabalho, aumento nas vendas/produtividade, entre outros; 5) ROI – comparar os benefícios monetários do programa com os custos a fim de medir a contribuição, estabelecer prioridades de treinamento e focar nos resultados.

A identificação do retorno é uma das ferramentas para identificar a necessidade de frequência dos treinamentos, que depende também do tipo de negócio, da cultura de

aprendizagem, dos objetivos estratégicos e do orçamento disponível (Mitchell et al., 2013). É importante avaliar se os treinamentos estão sendo produtivos e atingindo os objetivos propostos. Isso pode ser feito por meio de avaliação da reação dos participantes, entrevistas com gestores para verificar eficiência, e análise de indicadores de performance das operações (Maligieri, 2019).

## 2.2 GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

### 2.2.1 Definição de Competências

Competência é o conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, comportamentos e qualidades pessoais que justifica um elevado desempenho do indivíduo e indica sua habilidade de lidar de forma adequada e flexível com situações novas (Fleury & Fleury, 2001; Illeris, 2003). Similar definição está presente na Norma de diretrizes para treinamentos ISO NBR 10015:2001, utilizada mundialmente pelas empresas que buscam seguir os parâmetros de qualidade estabelecidos (ISO, 2001). Os melhores desempenhos estão relacionados, portanto, à inteligência e à personalidade das pessoas. Em âmbito corporativo, o ideal é que as competências estejam alinhadas com a organização e o cargo do colaborador.

A estruturação da EC deve ter como finalidade a gestão de pessoas por competências essenciais ou críticas, que são as responsáveis por distinguir a empresa estrategicamente. O modelo da EC é sustentado por cinco forças globais: a) surgimento da educação por processos, com o suporte da melhoria contínua; b) emergência da GC; c) volatilidade e obsolescência do conhecimento e das informações; d) foco na educação para o trabalho e não para o emprego; e) mudança no foco da educação geral (Eboli, 2008).

As empresas esperam que os colaboradores possuam um conjunto de competências com as seguintes características: a) aprender a aprender, a capacidade de desenvolver aprendizagem contínua; b) comunicação e colaboração, habilidade de trabalhar em equipe; c) raciocínio criativo e solução de problemas, capacidade de responder rapidamente e de forma assertiva; d) conhecimento tecnológico, integração ao mundo virtual; e) conhecimento de negócios globais, compreensão da cultura e legislação local; f) desenvolvimento de liderança, de forma a encorajar a autonomia; g) autogerenciamento da carreira (Eboli, 1999).

As competências não apenas agregam valor social ao indivíduo, como também valor econômico à organização. Essas competências do colaborador em nível individual relacionam-se aos tipos de competência abordados por Fleury & Fleury (2001) (Figura 6).

**Figura 6.** Tipos de competências

Tipo de Competência	Definição
Sobre processos	Conhecer os processos de trabalho
Técnicas	Conhecer tecnicamente o trabalho
Sobre a organização	Compreender e organizar os fluxos de trabalho
De serviço	Conhecer o impacto do trabalho na cadeia de valor
Sociais	Agir com autonomia, responsabilidade e ser comunicativo

Fonte: Adaptado de Fleury (2001).

Além das competências individuais, há as competências corporativas, que podem ser classificadas em essenciais (*core competences*), chave para a sobrevivência da empresa; distintivas, que diferenciam a empresa de suas concorrentes; organizacionais, associadas às atividades-meios e atividades-fim; individuais, que agreguem valor social ao indivíduo e, conseqüentemente, valor econômico à organização; de suporte, para apoiar outras competências; e dinâmicas, relacionadas à adaptação das competências da empresa conforme a necessidade (Mills et al., 2002).

Esses diferentes tipos de competências são complementares, de forma que uma empresa é composta por todos. As *core competences* devem responder três critérios: difícil imitação, oferta de benefícios aos consumidores e acessibilidade a diferentes mercados (Prahalad & Hamel, 1997).

### 2.2.2 Desenvolvimento de competências

Na aprendizagem significativa, os conhecimentos passam a dar sentido ao saber e à prática ao aprendiz. O conhecimento é internalizado quando seu propósito é claro e há conhecimento prévio para ancorar as novas ideias. A teoria foi proposta por David Ausubel em 1963 e desde então diversos estudiosos têm comentado, interpretado e enriquecido a teoria. Marco Antonio Moreira, estudioso do assunto, acredita que o aprendiz deve ser crítico quanto ao conhecimento adquirido e questionador (Sousa et al., 2015).

O desenvolvimento de competências tem se destacado nas empresas conforme estas reconhecem necessidade de alinhar o potencial dos colaboradores, que são os recursos humanos, com os objetivos organizacionais (Furukawa & Cunha, 2010). Para Meister (1998) o ambiente do mercado de trabalho exige que o colaborador tenha algumas características, a saber: aprender a aprender; comunicação e colaboração; raciocínio criativo e resolução de



problemas; educação tecnológica; educação em negócios globais; desenvolvimento de liderança; e autodesenvolvimento de carreira.

O processo de desenvolvimento de competências em uma organização está relacionado a aprendizagem organizacional, isto é, à forma com a qual o indivíduo aprende e como a competência é transferida do nível individual para o nível grupal e posteriormente organizacional (Meister, 1999). No nível do grupo, a aprendizagem ocorre a partir das interações entre os indivíduos, da forma como os conhecimentos e crenças são compartilhados e estes dois níveis combinados compreendem o nível organizacional.

O desenvolvimento dos colaboradores de uma empresa ocorre pela gestão por competências e depende da predisposição deles em aprender e compartilhar conhecimentos. Portanto, devem ser determinadas quais são as competências críticas para a viabilização das estratégias de cada negócio a fim de obter vantagem competitiva e criar sistemas de avaliação desses investimentos e resultados (Meister, 1999).

O desenvolvimento de competências gerenciais é importante aos profissionais de saúde porque atuam na formação crítico-reflexiva e, portanto, relacionam-se a melhorias nos processos (Peres & Ciampone, 2006). As competências gerenciais abrangem liderança, comunicação e administração. No caso da enfermagem, por exemplo, as competências gerenciais estão relacionadas às seguintes dimensões de suas tarefas: cuidar-assistir, pesquisar-ensinar e administrar-gerenciar. O gerenciamento, neste caso, não é necessariamente o gerenciamento de pessoas, aplica-se ao cuidado com o paciente e administração correta das prescrições.

A Gestão por Competências ocorre pela realização de quatro etapas, sendo a primeira delas a formulação da estratégia organizacional. Após a definição da estratégia, é possível definir as competências esperadas, que é a segunda etapa. Nesta fase, Brandão & Bahry (2005) propõe que seja elaborado um quadro com três colunas: comportamento (verbo + ação), critério e condição (Figura 7), em que o primeiro é a necessidade a ser alcançada, o segundo é sua característica e o terceiro são os meios. Após essas duas definições, deve-se acompanhar e monitorar (etapa 3) a fim de prover os indivíduos com feedback adequado (etapa 4). Portanto, pode-se dizer que o desenvolvimento de competências parte da aprendizagem e o desempenho do indivíduo no trabalho condiz com sua competência, com o que foi aprendido (Brandão & Bahry, 2005).

**Figura 7.** Planejamento das competências

Comportamento (Verbo + Objeto da ação)	Critério	Condição
Instala cateter em trajeto venoso periférico para ter via de acesso para administração de medicamentos ou infusão de soluções	com precisão	conforme prescrição médica e após conferir dados do paciente

Fonte: Adaptado de Brandão e Bahri (2005).

Para os gestores de Recursos Humanos, as principais competências do setor de EPS nas Secretarias públicas são: a) identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; b) promoção da integração da saúde e da educação e; c) os principais problemas de saúde enfrentados pela gestão e pelos serviços da região (França et al., 2017). Para desenvolver competências, é preciso identifica-las.

### 2.2.3 Competências Comportamentais e Técnicas

Competências comportamentais, conhecidas como *soft skills*, são as qualidades interpessoais, habilidade para liderar, gerenciar pessoas e trabalhar em grupo. Já as competências técnicas, conhecidas como *hard skills*, são o conhecimento técnico necessário para a realização de uma tarefa (Deming, 2017; Guerra et al., 2014). A aquisição de competências técnicas ocorre por meio de educação, prática e repetição ao passo que as competências comportamentais são difíceis de serem aprendidas e se relacionam à personalidade do indivíduo. Estas podem ser adquiridas por meio da adequação dos hábitos do indivíduo às habilidades esperadas daquela competência comportamental desejada.

Os treinamentos da EC podem ser voltados tanto ao desenvolvimento de competências comportamentais quanto técnicas. Exemplos de direcionamento do treinamento para as duas esferas são quando ocorre a promoção de um colaborador e este passa a cargo de liderança, que é uma competência comportamental, e pode ser treinada. Este mesmo colaborador pode precisar treinar alguma competência técnica para a melhor execução do cargo. Portanto, é importante que as ações da EC sejam direcionadas ao desenvolvimento desses dois tipos de competências.

## 2.3 ESTRUTURAÇÃO DA EC EM SAÚDE

### 2.3.1 Ensino em Saúde

O Ministério da Saúde define educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimentos para a aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores objetivando alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (Falkenberg et al., 2014).

A educação em saúde pode ser classificada da seguinte forma: a) educação continuada como um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador; b) educação em saúde é também um processo, mas educativo para construção de conhecimentos em saúde e é voltada a benefícios para a população; c) educação na saúde é a sistematização e produção de conhecimentos relacionados à formação e desenvolvimento para exercer funções na área da saúde; d) educação permanente em saúde (EPS) envolve ações educativas com problematização do processo de trabalho em saúde para transformar a prática profissional e o próprio trabalho; e e) educação popular em saúde que envolve a população em ações educativas de saúde (Brasilien et al., 2012).

A EC em saúde aparece na literatura com três denominações: Educação em Serviço, o primeiro termo a ser utilizado sobre capacitação de profissionais vinculados aos serviços de saúde; Educação Continuada, pautada no conhecimento técnico-científico focado em treinamentos e cursos e EPS, terminologia mais utilizada na saúde pública (Viana et al., 2015) (Figura 8). Neste trabalho optou-se pelo termo “educação corporativa” por sua abrangência aos tipos de ensino corporativo na área da saúde. A EC está relacionada à forma como a organização estrutura seu ensino.

A Portaria GM/MS nº 198/2004 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNERs) com o objetivo de atuar na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. A EPS contribui para o desenvolvimento profissional também para a gestão setorial, atua relacionando ensino, serviço, docência e saúde com base nos pressupostos da aprendizagem significativa (Brasil, 2004). A fim de definir novas estratégias de ação de forma adequada aos Pactos pela Saúde e Gestão, surgiu a Portaria GM-MS nº 1996/2007 com mudanças em âmbito regional (Lemos & Fontoura, 2009). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a PNERs reiteram o espaço do trabalho como espaço também de aprendizagem e apontam a necessidade de promoção da saúde (Tavares et al., 2016).

**Figura 8.** Tipos de EC na área da saúde

Nomenclatura	Definição	Autor
Educação permanente	Desenvolvimento pessoal e profissional e evolução das motivações, aspirações e capacidades do indivíduo	(Delors, 1999)
	Fundamental na formação, pois é o saber fazer	(Morin, 2008)
Educação continuada	Permite ao trabalhador a manutenção, aumento ou melhora de suas próprias competências	(Davini, 1994)
	Desenvolve potencialidades	(Salum, 2000)
	Processo ativo e dinâmico de ensino aprendizagem para melhorar a capacidade das pessoas de acordo com as metas da instituição	(Oguisso, 2000)
	Ação desenvolvida após a profissionalização visando ao trabalho	(Paschoal, 2004)
	Ensino tradicional e caráter formal	(Brasil, 2012)
Educação em serviço	Voltada a uma instituição específica	(Kurcgant, 1993)
	Objetiva melhorar o desempenho profissional pela orientação ao trabalho, atualização, aperfeiçoamento e desenvolvimento	(Dilly & de Jesus, 1995)
Educação Permanente em Serviço	Aprendizagem significativa direcionada ao trabalho que proporciona reflexão sobre o processo de trabalho	(Campos, Haddad, Roschke, & Galvão, 2009)

Fonte: Elaborado pela autora.

A educação permanente em saúde é recomendada como auxiliar no foco de segurança do paciente. Na Legislação Brasileira isso é abordado na portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, em seu art. 5º item II, pois considera como estratégia de implantação do PNSP a “promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente” (Portaria 529, 2013). No parágrafo segundo da seção I, art. 5º item VIII da resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, é citado o desenvolvimento, implantação e acompanhamento de programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde (Barbano, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a cada 4 pacientes 1 é prejudicado enquanto recebe cuidados de saúde primários e ambulatoriais, 134 milhões de eventos adversos ocorrem anualmente em países de baixa e média renda e erros médicos custam cerca de US\$

42 bilhões (*WHO / Patient safety*, 2019). No Brasil, a formulação de políticas de segurança do paciente começou com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 63 de 2011, sendo prevista pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) – Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 – e reforçada por resoluções, como a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. As ações de educação impactam na sustentabilidade do negócio, por reduzirem os eventos adversos e erros, com economia de recursos materiais e tempo dos processos.

O capítulo III (artigos 39 a 42) da Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação – trata da Educação Profissional, especificamente a educação profissional e tecnológica e fornece abertura à criação de universidades corporativas. No artigo 39 inclui a qualificação profissional no grupo de educação profissional e tecnológica. No artigo 40 estipula que a educação profissional poderá ser desenvolvida em articulação com o ambiente de trabalho. No artigo 41, abre-se espaço para a possibilidade de os créditos obtidos no ambiente de trabalho com as universidades corporativas serem validados por universidades tradicionais ao definir que o conhecimento adquirido na educação profissional e tecnológica pode ser objeto de avaliação, de reconhecimento e de certificação, seja para continuidade do estudo, seja para sua conclusão. No artigo 42 estimula-se a oferta de cursos especiais condicionados ao aproveitamento e não necessariamente ao nível de escolaridade (Cardoso, 1996).

Cada especialidade da equipe multidisciplinar tem orientações quanto a execução, duração e necessidade de treinamentos conforme portarias de seus órgãos federais. No caso da fisioterapia, por exemplo, a Resolução COFFITO nº 424 de 08/07/2013, no artigo 8º do 2º capítulo, apresenta que o fisioterapeuta deve se aperfeiçoar continuamente inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente (Cepeda, 2013).

### 2.3.2 Constituintes do Ensino em Saúde

No século XX, a tecnologia passou a ser utilizada em sala de aula como um recurso educativo, método construtivista denominado Tecnologia da Informação e Comunicação, em que o professor é um facilitador e os alunos são os protagonistas do processo de assimilação. Os equipamentos de simulação realística, também conhecidos como simuladores humanos ou manequins computadorizados, são alguns exemplos (Rodrigues et al., 2016). A utilização dos simuladores é uma ferramenta inovadora para o desenvolvimento de habilidades (Rothgeb, 2008).

Os cursos de ciência da saúde utilizam, dentre os métodos tradicionais, cadáveres para reforçar a assimilação da aprendizagem e rápida tomada de decisão (Rodrigues et al., 2016). A anatomia é uma disciplina considerada como básica para os profissionais da área da saúde,

sendo imprescindível para sua formação, por ser uma oportunidade de prática sem riscos à vida dos pacientes. A utilização de cadáveres para fins de estudos ou pesquisas científicas é legalizada pela Lei nº 8.501 de 30 de novembro de 1992. Ultimamente, por questões éticas e ausência de cadáveres o suficiente para treinamentos – fazendo com que sua importação, que é onerosa, seja necessária – têm aumentado a utilização de recursos tecnológicos de engenharia biomédica em substituição ao uso de cadáveres.

### 2.3.2.1 Instituto de Ensino e Pesquisa

Um Instituto de Ensino e Pesquisa é tido como uma solução educacional para reorientar, atualizar, especializar os profissionais da saúde e produzir conhecimento de forma orientada à demanda, contribuindo com o conhecimento científico e tecnológico, além de trazer alto valor agregado para as organizações (Vecina Neto & Malik, 2017). Ele pode ser composto por centro de simulação realística, residência médica, residência multiprofissional, cursos de curta, média e longa duração, grupos interdisciplinares novos, reuniões científicas e pesquisas.

Os Institutos de Ensino e Pesquisa, além de abrangerem a educação corporativa em saúde, contribuem com a sociedade através da realização de pesquisas. Em 1969 foi fundada a Financiadora de Estudos e Projetos a partir do Decreto Lei nº 719, para financiar pesquisas e desde então outras leis foram instituídas com esta finalidade (FINEP, 2020). A partir de 2004, o Estado promoveu iniciativas para incentivar a inovação em saúde, por meio da Lei da Inovação (2004), Lei do Bem (2005), Lei 12.349/2010, Lei 12.401/2011 (COSTA et al., 2012), Lei 13.243/2016, Lei 9.283/2018, entre outras.

A Lei da Inovação (Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004) incentiva a inovação e a pesquisa científica e tecnológica. A Lei do Bem (Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005) institui regime especial de tributação com incentivos fiscais para inovação tecnológica. A Lei 12.349, de 15 de dezembro de 2010 altera a Lei da Inovação acrescenta artigo sobre convênios e contratos com as fundações de apoio. A Lei 12.401 de 28 de abril de 2011 dispõe sobre a incorporação de tecnologia no SUS. A Lei 13.243 de 11 de janeiro de 2016 dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento de pesquisa e inovação. O Decreto 9.283 de 07 de fevereiro de 2018 regulamenta leis de inovação e incentivo à tecnologia.

O Ensino e a Pesquisa estão diretamente relacionados à inovação, de forma que seus Institutos podem receber benefícios contabilmente pela contribuição de inovação à sociedade, não apenas por meio das pesquisas como também da educação. Conforme disposto no terceiro capítulo da Lei do Bem, os incentivos à inovação tecnológica são dedução dos dispêndios com pesquisa tecnológica no Imposto de Renda, depreciação integral de equipamentos utilizados

nas atividades de pesquisa tecnológica, redução de 50% do Imposto de Renda sobre Produtos Industrializados, dedução de despesas operacionais, entre outros (BRASIL, 2005).

### 2.3.2.2 Centro de Simulação Realística

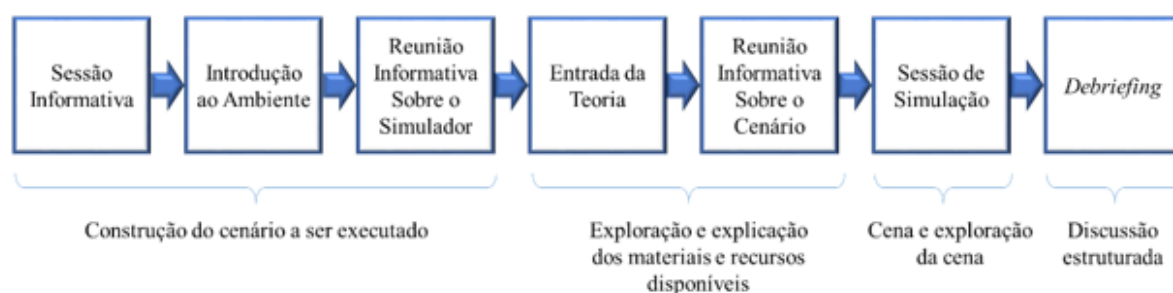
A Simulação Realística (SR) é um método considerado inovador e efetivo por relacionar a teoria à prática para contribuir para a formação profissional e consolidação dos saberes em um ambiente controlado e protegido (Ferreira et al., 2018). Seu objetivo é promover a autoconfiança na aprendizagem e satisfação nos participantes pelo cumprimento exitoso de tarefas (Baptista et al., 2014). A simulação é realizada em etapas, sendo que a última delas, chamada *debriefing*, permite uma discussão reflexiva sobre a situação ocorrida, de aprendizagem, das decisões tomadas, do estado emocional dos participantes e outras informações que possam potencializar a performance em situações reais (Ferreira et al., 2018).

A SR é um exemplo de metodologia ativa de aprendizado baseado em problemas que permite a prática em situações reais com atores e simuladores em um ambiente controlado permitindo a utilização de três importantes elementos de treinamentos na área da saúde: cognitivo, psicomotor e efetivo (Ferraz & Belhot, 2010; Forrest et al., 2013; McGuire, 1998). Um de seus benefícios é a não exposição do paciente a possíveis erros humanos relacionados a curva de aprendizado (Quilici et al., 2015; Reason, 2000). Além disso, é possível avaliar performance e habilidades clínicas com cuidado centralizado no paciente (Rosen et al., 2012).

No Brasil há uma tendência constante, porém limitada, da implementação de centros de simulação realística, pois os custos não são atrativos. É necessário construir estruturas físicas que suportem o centro, adquirir simuladores e contratar pessoal qualificado, motivo pelo qual há maior adesão de instituições privadas do que públicas.

O uso da simulação possibilita a repetição até o domínio da habilidade treinada, mas para que seja utilizado é necessário capacitar técnicos e docentes. É importante que o processo de aprendizagem seja avaliado. Na graduação, os alunos de medicina principalmente costumam ser avaliados com base na Pirâmide de Miller, modelo em que se pressupõe as seguintes práticas: saber – saber como fazer – mostrar como faz – fazer (Panúncio-Pinto & de Almeida Troncon, 2014). Na avaliação dos profissionais de saúde em ambiente de trabalho, pode-se seguir essas mesmas etapas, como apresentado na Figura 9.

**Figura 9.** Processo de simulação realística



Fonte: Adaptado de Quilici et al. (2012).

A SR utiliza-se do ensino baseado em tarefas, uma metodologia ativa de ensino, por propor situações reais em ambiente simulado, controlado e seguro, sem riscos à segurança do paciente (Pazin Filho & Scarpelini, 2007). A SR é uma metodologia racional que treina de habilidades básicas contextualizadas a aspectos comportamentais, isto é, o aprendiz é capacitado a uma tarefa psicomotora e pode aprender padrões de comportamento diante das mais diversas situações (Mesquita & Duarte, 1996), em que podem ser utilizados manequins, modelos anatômicos ou mecânicos, modelos eletrônicos, realidade aumentada, realidade virtual, simulação completa de ambientes, utilização de atores, utilização de modelos impressos em terceira dimensão ou elaborados de forma similar ao que se pretende treinar, utilização de cadáveres humanos e animais (Akaike et al., 2012; Romano & Pazin Filho, 2007).

A SR está ganhando cada vez mais espaço, principalmente com a utilização de manequins, por capacitar os profissionais em ambiente sem risco a pacientes e por possibilitar desenvolvimento de competências específicas de cada indivíduo, integrando as esferas cognitiva, psicomotora e comportamental. Sua apresentação é feita em três etapas: 1) exposição ao problema, conhecida como *briefing*, em que o caso é exposto; 2) ação, em que o instrutor observa a forma como o participante age diante do caso; e 3) feedback, chamado na SR de *debriefing*, em que é discutido o desempenho do participante, seus pontos fortes e os pontos a melhorar (Iglesias & Pazin-Filho, 2015).

### 2.3.2.3 Residência Médica

A Residência Médica (RM) foi decretada pela Lei 6.932 de 7 de julho de 1981 para aperfeiçoar a qualidade do atendimento em saúde no Brasil. RM é uma das modalidades para a formação de especialistas no Brasil, com a obtenção do título ao concluir o programa. Há 29 programas de acesso direto e 12 com pré-requisito, em que é necessária titulação prévia, como Clínica Médica, por exemplo (Maculan Filho, 2006). RM é realizada sob a forma de cursos de



especialização *lato sensu* caracterizados por treinamento em serviço para o aperfeiçoamento do residente, aluno de RM, e da assistência médica.

A RM, por meio da exposição do aluno acompanhado por um instrutor experiente às situações, auxilia o aluno na aplicabilidade dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos visando ao aprendizado e a fixação. O raciocínio clínico abrange tanto mecanismos analíticos, como considerações sistemáticas, quanto não analíticos, como considerações diagnósticas feitas por reconhecimento padrão por associação com outros casos simulares passados (Norman & Brooks, 1997; Struchiner & Giannella, 2010). O desenvolvimento de competências clínicas passa não apenas pelo domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes, como também, e principalmente, pela capacidade de integração e visão holística (Klass, 2007).

#### 2.3.2.4 Residência Multiprofissional

O artigo 13 da Lei número 11.129 de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens, regulamenta as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como ensino em serviço de curso de especialização do Programa de Pós-Graduação *lato sensu* (Brasil, 2005).

Em 2007 foi instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) pela Portaria número 45/2007 do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS), em que consta que a função da CNRMS é coordenar ações de credenciamento dos programas enquanto o MEC em conjunto com MS, fornecem suporte técnico e administrativo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007). Além disso, define a duração mínima de 02 (dois) anos para os cursos na RMS, que podem ser das seguintes profissões:

- Biomedicina;
- Ciências Biológicas;
- Educação Física;
- Enfermagem;
- Farmácia;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Medicina Veterinária;
- Nutrição;
- Odontologia;
- Psicologia;
- Serviço Social; e
- Terapia Ocupacional.

Em 2009, a Portaria Interministerial número 1.077, de 12 de novembro de 2009, reiterou a portaria de 2007 sobre a RMS e instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Saúde (BR), 2009).

O MS apoia programas de RM e RMS pela potencialidade para formação do trabalhador da área da saúde, o que contribui para a capacitação e desenvolvimento do profissional. Os programas de RM e RMS são elaborados levando em consideração as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a articular trabalho e educação na saúde visando a propostas de melhorias dos modelos assistenciais (Martins et al., 2016).

#### 2.4. Certificações e Acreditações para Hospitais

A partir da década de 1980, a necessidade de atestar a adequação dos hospitais passou a ganhar espaço mundialmente, além de os usuários passarem a ser ouvidos por meio de questionários de satisfação. Neste contexto, organizações profissionais que se legitimaram como avaliadoras externas de hospitais e serviços de saúde passaram a se formar e expandir (Vecina Neto & Malik, 2017).

Essas organizações podem ser de certificação ou acreditação hospitalar. A principal diferença entre elas é a definição do escopo. Nas certificações, quem define o escopo é a instituição requisitante. Isto é, a instituição apresenta seus processos e em auditoria externa independente é verificado se a instituição segue seu próprio escopo. Nas creditações, o escopo é definido pela própria Norma de Acreditação, e o hospital deve se adequar à Norma para consegui-la.

Alguns dos tópicos para o hospital conseguir ser certificado ou acreditado envolvem a estruturação da EC. Os hospitais divulgam suas certificações e creditações para que os usuários tenham ciência do quão padronizado o estabelecimento é quanto ao seguimento de regras e protocolos visando a melhorias no processo.

As certificações hospitalares mais conhecidas são: a) *Occupational Health and Safety Management Certification* (OHSAS 18001), que é uma normal internacional focada em melhorias nos processos, estruturação da cultura corporativa, aumento de produtividade e na redução de riscos à saúde e segurança no trabalho; e b) ISO 9000, presente em mais de 185 países, focada em padronizar a gestão da qualidade e o atendimento ao cliente (Camargo, 2018).

Os principais programas de acreditação hospitalar no Brasil são: a) *Joint Commission International* (JCI), organização não governamental norte-americana que atua em mais de cem países com objetivo de atingir o máximo desempenho seguindo exigentes padrões de atendimento; e b) Organização Nacional de Acreditação (ONA), membro da *International*

*Society for Quality in Health Care* (ISQua), que objetiva melhorar a gestão, qualidade e segurança no setor da Saúde brasileira (Camargo, 2018).

Certificações e Acreditações buscam qualidade da assistência e são importantes para a qualidade do gerenciamento e padronização dos processos e técnicas (Manzo et al., 2012, Oliveira & Matsuda, 2016).

### 3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Este capítulo aborda o método de pesquisa utilizada para esta pesquisa de abordagem qualitativa. Optou-se pelo método qualitativo pois o objetivo desta pesquisa é explicar um fenômeno – a estruturação da EC voltada ao desenvolvimento de competências – em determinada situação – na área da saúde – com base na percepção de pessoas experientes neste assunto (Stake, 2010).

A pesquisa qualitativa implica em trabalho de campo no mundo natural. O pesquisador ora estuda a realidade subjetiva de outras pessoas, ora torna-se também sujeito, sendo que suas experiências pessoais devem ser levadas em consideração nos estudos (Glaser & Strauss, 1967). Um pesquisador qualitativo busca conhecimento emergente em vez de ideias fortemente prefiguradas (Marshall & Rossman, 2014).

Um das técnicas que faz parte da pesquisa qualitativa é a *Grounded Theory* (GT), um método sistemático que surgiu na década de 1960 com a publicação inovadora de Barney Glaser e Anselm Strauss: *The Discovery of GT: Strategies for Qualitative research*, sendo o primeiro influenciado pelo interacionismo e pragmatismo, enquanto o segundo, pelo empirismo. Apesar de diferentes influências, ambos são considerados positivistas com bases objetivas (Charmaz, 2000). A GT é um método que disponibiliza ao pesquisador dados brutos para lapidação (Patton, 2014) e tem sido usada nas ciências sociais em disciplinas como psicologia, educação e ciências da saúde (Strauss & Corbin, 1994).

Há três versões distintas da GT: a) clássica, de Glaser; b) Straussian; e c) construtivista, proposta por Charmaz. Esta última desloca-se entre um pós-modernismo e positivismo (Charmaz, 2000). Na perspectiva empregada, a GT pode ser compreendida como uma técnica de análise de dados qualitativos que constrói conhecimentos a partir de uma orientação *data-driven* ou *theory driven*, respectivamente orientadas por dados ou pela teoria. Portanto, como ressaltado anteriormente, o pesquisador que adota esta abordagem objetiva conhecimentos emergentes da observação das diversas fontes de evidência do fenômeno pesquisado. A característica principal da GT é a análise de dados em um processo não-linear por meio de interpretação e análise (Jones et al., 2013).

A GT é composta por inclinação positivista e também construtivista (Charmaz, 2006), sendo a primeira advinda da experiência pessoal de forma objetiva e a segunda da experiência pessoal em relação ao seu paradigma sob influências externas, culturais e sociais (Birks & Mills, 2015). Neste estudo, segue-se a abordagem construtivista com o objetivo de contextualizar o desenvolvimento de competências (fenômeno) a partir da EC multiprofissional em uma rede hospitalar na cidade de São Paulo, para compreendê-lo em termos abstratos, articular

reivindicações teóricas, reconhecer a subjetividade e oferecer uma interpretação. O pesquisador é, neste contexto, um intérprete dos dados e representa o fenômeno por meio da co-criação de seu significado (Charmaz, 2006).

Charmaz (2006) propõe que o pesquisador de GT atente-se a:

- coleta e análise de dados simultaneamente para desenvolver categorias conceituais;
- análise de ações e processos;
- desenvolvimento de categorias indutivas através da análise sistemática de dados;
- construção da teoria.

Todas as versões de GT caracterizam-se pelo método comparativo, codificação dos dados coletados, cujo objetivo é identificar processos específicos e tratá-los teoricamente (Patton, 2014) e seleção dos dados para explicar o fenômeno (Charmaz, 2006; Hallberg, 2006). Portanto, não há linearidade no processo de análise e os ciclos de análise são realizados concomitantemente. A codificação classifica-se em aberta ou substantiva, axial e seletiva. A primeira envolve microanálise dos dados brutos para identificar conceitos, a partir dos quais será realizado um reagrupamento das categorias, que é a codificação axial. Esta microanálise é realizada manualmente a partir do material disponível por meio de leitura atenta. Por fim é realizada a codificação seletiva, em que é identificada a categoria central do fenômeno e dela saem subcategorias (Corbin, 2017; Strauss & Corbin, 1998).

Para a codificação, uma das ferramentas que pode ser usada na GT é o software *Atlas.ti*, que foi desenvolvido na Alemanha em 1989 por Thomas Muhr e, desde então, é utilizado em todo o mundo pela gama de ferramentas disponibilizadas e pela facilidade de interação (Muhr, 1991). *Atlas.ti* é uma ferramenta de organização dos dados e sua análise é realizada pelo pesquisador, tendo em vista que a pesquisa qualitativa é um processo indutivo em que os dados são coletados com a finalidade de serem interpretados, pois o pesquisador qualitativo deve identificar o valor do que é dito pelo respondente, de que forma e com qual escolha lexical (Creswell & Poth, 2017).

No *Atlas.ti*, são anexados ou digitados documentos, que são os dados brutos. A partir deles, são identificadas as citações, ou incidentes, que são os trechos de destaque. No caso de entrevistas, as citações são os trechos de respostas dos entrevistados e nelas constam os códigos, palavras-chave e expressões de destaque. É possível inserir notas com comentários do pesquisador.

A codificação axial propõe a reorganização dos códigos em nível maior de abstração a fim de originar códigos conceituais. No software, isto pode ser feito a partir da identificação das citações (*Quotations*), inserção de notas (*Memos*) e agrupamento em códigos (*Codes*). Na

codificação axial, as categorias criadas na codificação aberta são agrupadas e relacionadas. No software, isso é feito no agrupamento das famílias em códigos (*Code Families*) e relacionados na ferramenta *Network View*. A codificação seletiva identifica a categoria central do estudo e são representadas no software por super famílias de códigos (*Super Family Tool*).

### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

No primeiro estágio desta pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico e, a partir dele, identificou-se a pergunta: Como a Educação Permanente é estruturada em uma rede hospitalar para desenvolver competências nos médicos e na equipe multiprofissional? Posteriormente, seguiram-se outros passos como novas pesquisas bibliográficas, identificação dos objetivos, identificação do público alvo das entrevistas, definição do roteiro da entrevista, transcrição e análise dos dados para, por fim, compor as considerações finais. A Figura 10 apresenta essas etapas.

**Figura 10.** Etapas de delineamento da pesquisa.

ETAPA	DESCRIÇÃO
Etapa 1	Escolha do tema; Levantamento bibliográfico; Formulação do problema; Definição dos objetivos.
Etapa 2	Levantamento bibliográfico para construção do Referencial Teórico; Escolha do método de pesquisa; Definição dos sujeitos; Delineamento do roteiro de entrevista.
Etapa 3	Entrevista com dez pessoas que atuam com cargo de gestão ou consultoria de treinamentos a equipes médicas e multiprofissionais.
Etapa 4	Transcrição das entrevistas; Importação das entrevistas para o software <i>Atlas.TI</i> ; Análise dos dados e confronto com levantamento bibliográfico realizado na Etapa 2.
Etapa 5	Descrição dos resultados obtidos no estudo e finalização do texto sobre o estudo.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas etapas 1 e 2, o levantamento bibliográfico foi realizado inicialmente no software *Publish or Perish* utilizando os trabalhos de maior impacto do Google Acadêmico e, após refinamento, no *Web of Science*.

Foram realizadas duas pesquisas no *Web of Science* utilizando as seguintes estratégias, respectivamente: (((*educa\**) or (*educat\**)) and (*corpor\**)) and (*compete\**)), com 289

resultados (Figura 11), e (((*educa\**) or (*educat\**)) and (*corpor\**)) and (*compete\**) and ((*wor\**) or (*company*))), com 151 resultados (Figura 12). A segunda estratégia foi selecionada pelo fato de, na primeira busca, terem aparecido diversos artigos sobre aprendizado de idioma e educação superior, não relacionados à educação em âmbito corporativo com a finalidade de desenvolvimento de competências nos colaboradores. O objetivo dessas pesquisas foi auxiliar no levantamento teórico para definição dos autores relevantes para este trabalho. Verificou-se que todos os resultados encontrados na segunda busca estão contidos na primeira, então os dados da primeira busca foram utilizados para selecionar os artigos.

Destes resultados, foram selecionados 38 trabalhos relevantes da primeira estratégia de busca para leitura na íntegra e analisados em comparação com imagens geradas pelo software *VOSviewer*, uma ferramenta para análise bibliométrica. Dos 38 artigos, 12 constavam apenas na primeira busca, reforçando a importância de ter escolhido esta estratégia. Para a análise, foram cruzadas as informações sobre: a) acoplamento bibliográfico + autores com ocorrência mínima no máximo de resultados possíveis em cada estratégia de busca utilizada; b) co-ocorrência + todas as palavras-chave com ocorrência mínima em cinco trabalhos; c) co-citação + autores citados com ocorrência mínima em dez trabalhos.

A seguir, seguem figuras extraídas do *Web of Science* e do *VOSviewer* acompanhadas por comentários com análise dos gráficos e informações. As imagens da segunda busca também foram geradas para fins de comparação. A partir desta avaliação, pôde-se apurar a definição de autores essenciais e temas importantes relacionados a criação de competências nos colaboradores técnicos da área da saúde por meio de treinamentos da educação continuada.

**Figura 11.** Primeira estratégia de busca realizada

Resultados	Resultados	Salvar histórico/Criar alerta	Abrir histórico	Editar resultados	Combinar resultados	Excluir resultados
		Salvar	histórico/Criar	Editar	Combinar resultados	Excluir resultados
		Salvar	histórico		AND OR	Selecionar tudo
		Alerta	Abri		Combinar	Excluir
		Salvo	histórico			
# 2	<a href="#">289</a>	TÓPICO: ((( <i>educa*</i> ) or ( <i>educat*</i> )) and ( <i>corpor*</i> )) and ( <i>compete*</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Refinado por: TIPOS DE DOCUMENTO: (ARTICLE )				

		<p><i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos</i></p>		
# 1	<a href="#">514</a>	<p><b>TÓPICO:</b> (((educat*) or <a href="#">Editar</a> (educat*)) and (corpor*)) and (compete*))</p> <p><i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Elaborado pela autora no Web of Science.

**Figura 12.** Segunda estratégia de busca realizada

Resultados	Resultado	Salvar histórico/Criar histórico	Editar resultados	Combinar resultados	Excluir resultados
	s	Alerta Abrir histórico salvo		AND OR Combinar	Selecionar Excluir tudo
# 2	<a href="#">151</a>	<p><b>TÓPICO:</b> (((educat*) or (corpor*)) and (compete*)) and ((wor*) or (company)))</p> <p><b>Refinado por: TIPOS DE DOCUMENTO:</b> ( ARTICLE )</p> <p><i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

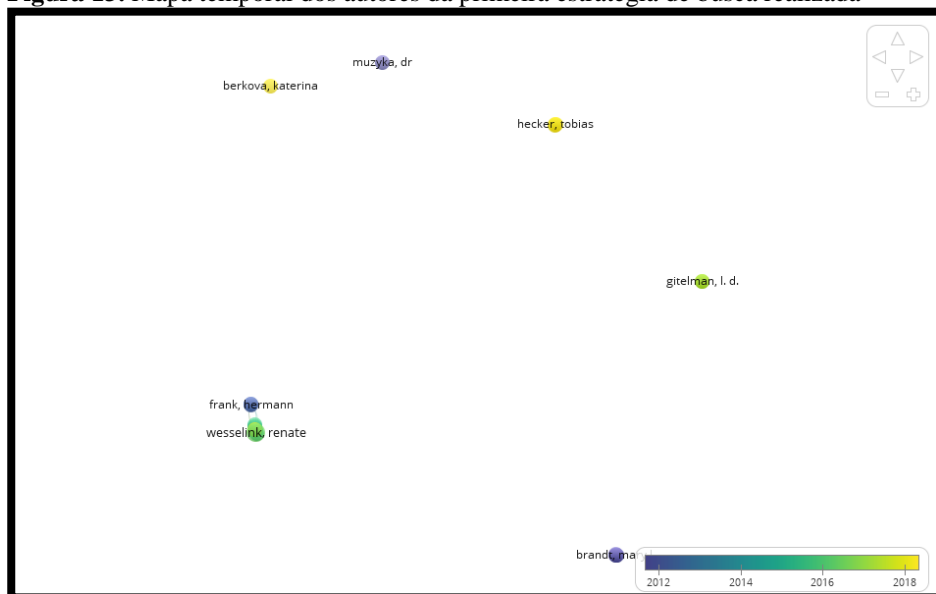


# 1	<a href="#">290</a>	<p><b>TÓPICO:</b> (((educa*) or <a href="#">Editar</a> (educat*) and (corpor*) and (compete*) and ((wor*) or (company)))</p> <p><i>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---------------------	---	--------------------------	--------------------------

Fonte: Elaborado pela autora no Web of Science.

Conforme apresentado nos mapas de temporalidade, os trabalhos sobre EC e Competências começaram a ganhar notoriedade em publicações a partir de 2012 (Figura 13) e, adicionando-se o âmbito corporativo, a partir de 2016 (Figura 14). Em ambos os casos é notável a continuidade de publicações com o passar do tempo.

**Figura 13.** Mapa temporal dos autores da primeira estratégia de busca realizada

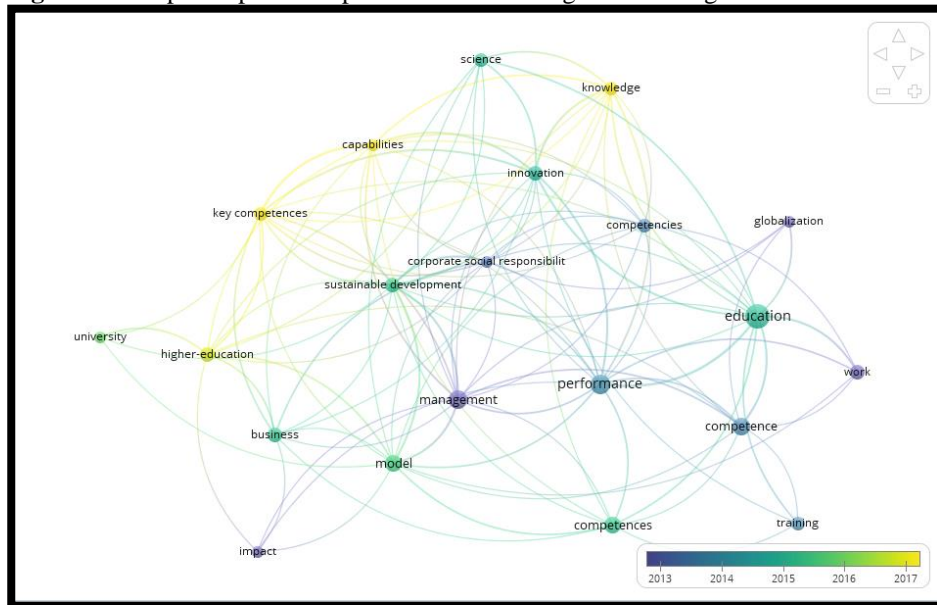


Fonte: Elaborado pela autora no *Software VOSviewer*.





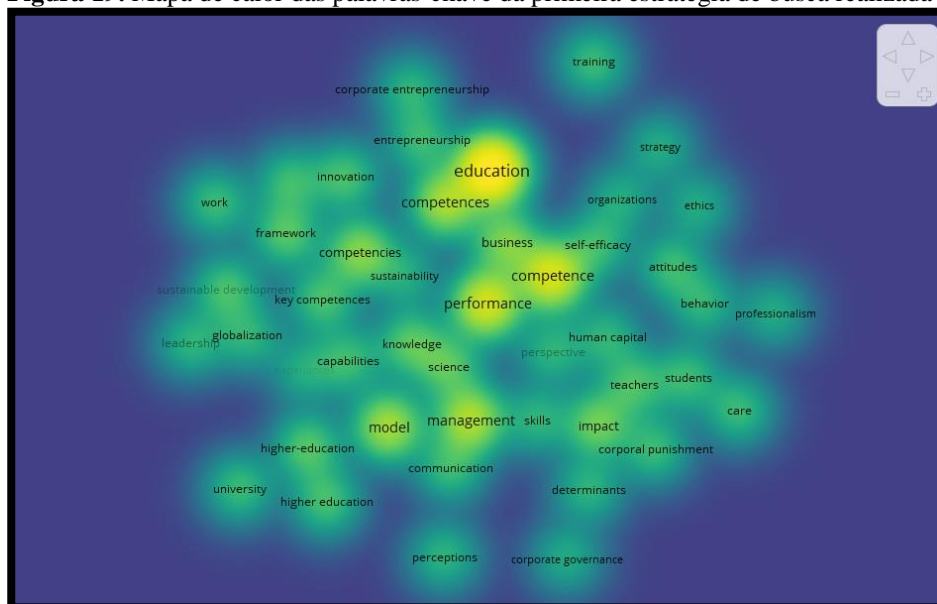
**Figura 18.** Mapa temporal das palavras-chave da segunda estratégia de busca realizada



Fonte: Elaborado pela autora no Software VOSviewer.

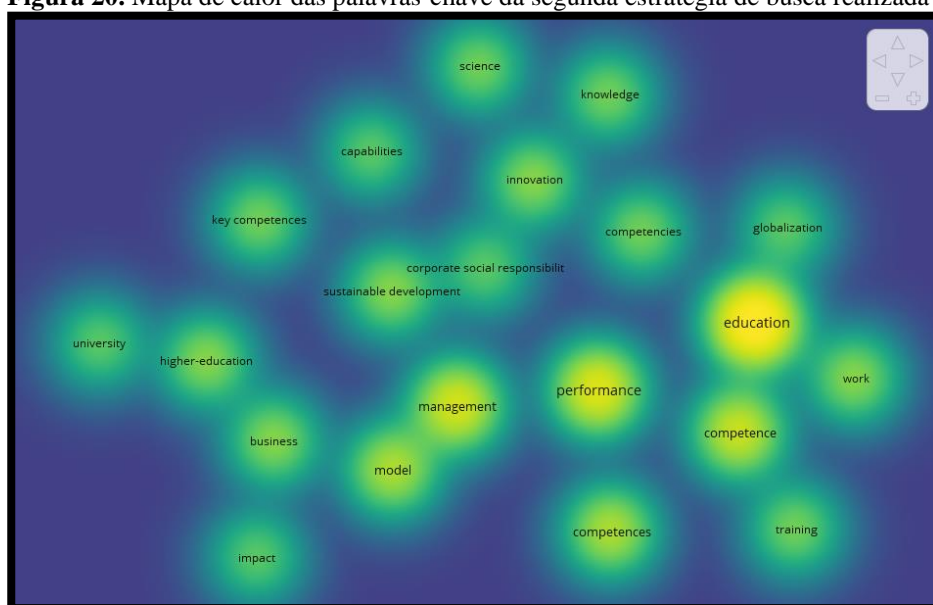
Os mapas de calor (Figuras 19 e 20) reforçam as pesquisas sobre educação, competência, performance, gerenciamento e modelo, indicando um aumento de pesquisas sobre o desenvolvimento de competências (Toledo & Domingues, 2018) e criação de modelos (Basterretxea & Albizu, 2011). Outra tendência é a associação dos treinamentos com uma maior capacidade de inovação (Dallimore et al., 2010). Todas essas análises indicam a relevância do tema da educação corporativa para melhorar a performance, desenvolver competências e inovar, o que reforçou este trabalho.

**Figura 19.** Mapa de calor das palavras-chave da primeira estratégia de busca realizada



Fonte: Elaborado pela autora no Software VOSviewer.

**Figura 20.** Mapa de calor das palavras-chave da segunda estratégia de busca realizada



Fonte: Elaborado pela autora no Software VOSviewer.

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada com dez pessoas que têm cargo de gestão em treinamentos a equipes médicas e multiprofissionais de uma rede de onze hospitais e pronto socorros na cidade de São Paulo, a qual foi escolhida por sua complexidade e constante crescimento, pois mais um hospital será inaugurado em 2020.

O tamanho da amostra foi estabelecido levando-se em consideração a quantidade de entrevistas para se chegar a saturação de código e significado (Hennink et al., 2017; Saunders et al., 2018), além de ter sido definida pelo fato de haver seis especialidades multiprofissionais contempladas pela Educação Corporativa, que compreendem enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição clínica e nutrição de produção, além dos treinamentos médicos, sendo que algumas das especialidades têm dois coordenadores e outras apenas um.

As especialidades das entrevistas seguiram a seguinte ordem, pelo cronograma de agendamento da pesquisadora com os entrevistados: a) enfermagem (entrevistado 01 – coordenador); b) fisioterapia (entrevistados 02 e 03 – ambos coordenadores); c) nutrição clínica (entrevistado 04 – coordenador); d) fonoaudiologia (entrevistado 05 – coordenador); e) farmácia (entrevistado 06 – coordenador); f) nutrição de produção (entrevistados 07 e 08 – ambos coordenadores); g) médicos (entrevistado 09 – consultor); e h) administração dos treinamentos médicos e multiprofissionais (entrevistado 10 – coordenador).

### 3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os dez gestores ou consultores de EC atendem os seguintes critérios de inclusão: a) experiência de pelo menos dois anos em cargo de gestão de treinamentos para sua equipe na rede hospitalar; b) disponibilidade de tempo do profissional em participar da entrevista; c) acessibilidade da pesquisadora ao entrevistado. O critério de exclusão compreende: a) colaborador promovido há menos de seis meses para o cargo de gestão de treinamento, caso o cargo anterior não fosse deste mesmo segmento.

### 3.2.2 ROTEIRO DE ENTREVISTA

Em entrevistas é necessário ter cuidado em relação as questões de linguagem, o roteiro utilizado e o objetivo das perguntas (Manzini, 1990). É necessário realizar um planejamento e aplicar todas as perguntas para que as respostas sejam comparadas. As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro de questionário como base para as entrevistas (Figura 31). O primeiro tema foi escolhido para conhecer a relevância da EC para a instituição na visão do entrevistado e serviu também como introdutório aos temas subsequentes. Em sequência, buscou-se compreender a estruturação da EC: como é o departamento, qual é o seu espaço físico e quais são seus recursos. Posteriormente, foram tratadas as questões relacionadas ao desenvolvimento de competências, avaliação dos treinamentos abrangendo feedback e análise de indicadores.

Como a GT permite descobrir o fenômeno durante o processo da pesquisa (Charmaz, 2006), o roteiro serviu apenas como base para as entrevistas, de forma que perguntas foram adicionadas ou alteradas para atingir o objetivo esperado naquela questão (Birks & Mills, 2015; Charmaz, 2006; Urquhart, 2012). Foi solicitado aos respondentes que o áudio das entrevistas fosse gravado para ser transcrito na íntegra para avaliação (vide Apêndice deste trabalho).

Pelo desenho da entrevista, planejou-se que caso um dos respondentes não autorizasse a gravação do áudio, suas respostas seriam anotadas durante a entrevista e a partir das notas seria realizada a transcrição da entrevista. No entanto, todos os participantes aceitaram que suas respostas fossem gravadas tornando a transcrição no Apêndice deste trabalho fidedigna.

A ética nesta pesquisa é uma das prioridades, portanto, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação e as entrevistas iniciaram somente após autorização.

**Figura 31.** Proposta de modelo de entrevista.

TEMA	PERGUNTA	OBJETIVO	CONTRIBUIÇÃO PARA O MODELO
Relevância da EC	Como foi o processo decisório de criação do departamento/setor de EC nesta instituição?	Identificar quais lacunas impulsionaram o surgimento do departamento/setor	Processo decisório; Legislação
Estruturação da EC	O que abrange a EC?	Compreender a estrutura do departamento/setor; identificar se são utilizados equipamentos de simulação realística (ESR); se há espaço definido destinado aos ESR; quem é o público-alvo dos treinamentos.	Legislação
Desenvolvimento de competências	Como é o processo de identificação dos cursos necessários e sua organização?	Identificar os indicadores utilizados pela instituição; conferir se algo no discurso relaciona o treinamento ao desenvolvimento de competências.	Identificação de lacunas
Avaliação de treinamentos	De que forma os treinamentos são avaliados pela gestão e alta direção? Os treinamentos são avaliados pelos participantes? Há feedback?	Identificar os indicadores utilizados pela instituição; conferir se algo no discurso relaciona o treinamento ao desenvolvimento de competências; verificar se os participantes avaliam o treinamento, seu desempenho e competências desenvolvidas.	Avaliação e reestruturação
Análise de dados da EC	A instituição acompanha o desempenho dos colaboradores antes e depois do curso quanto ao tema ensinado? Há indicadores?	Verificar se a instituição avalia o quanto as competências dos colaboradores foram impactadas pelo treinamento.	Desenvolvimento de competências

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra e vinculadas no software *Atlas.TI* versão 7.5 em unidade hermenêutica contato com oito documentos primários e constam no apêndice deste trabalho. Foram então realizadas as codificações: aberta, com o objetivo de conceituação, axial e seletiva, para reduzir os dados e por fim elaboradas categorias em termos de suas propriedades (Strauss & Corbin, 1998).

A fim de garantir a qualidade do estudo, foram utilizadas a técnica de amostragem em diferentes contextos, realizando entrevista com diferentes pessoas, e de auditoria no software a partir do resgate de interpretação e confirmação do resultado (Strauss & Corbin, 1998).

### 3.4 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

**Figura 32.** Cronograma de Execução

Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
Levantamento bibliográfico	Escolha do método e delineamento da entrevista. Envio do projeto ao CEP	Entrevista e transcrição	Entrevista e transcrição	Entrevista, transcrição e análise no software Atlas	Descrição dos resultados obtidos

Fonte: Elaborado pela autora.

O cronograma previsto para a pesquisa foi executado após aprovação pelo Sistema CEP/CONEP (carta CONEP 061/2012) registrado com número de CAAE 28772719.4.0000.8114 e Parecer número 3.836.281, emitidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa Prevent Senior, em São Paulo. As entrevistas foram realizadas após aprovação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo entrevistado em duas vias com o mesmo teor, as quais foram assinadas também pela pesquisadora.



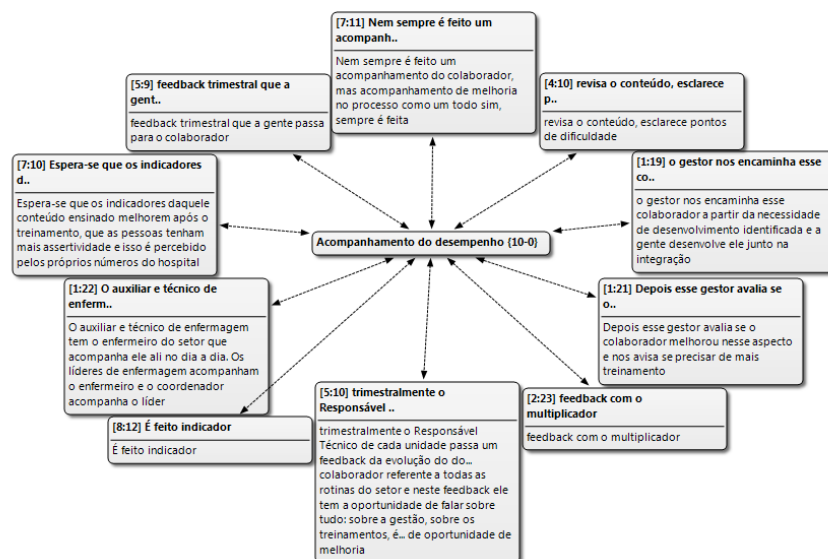
#### 4. RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO

As respostas dos entrevistados foram assinaladas como citações no software *Atlas.ti* e delas foram extraídos códigos, os quais foram revisados e recodificados até serem agrupados em: a) acompanhamento do desempenho; b) organograma; c) avaliação do treinamento; d) estrutura do treinamento; e) planejamento dos temas; e f) relevância da EC. Esses códigos foram definidos conforme objetivos do roteiro de entrevista. Posteriormente, os códigos foram agrupados nas seguintes famílias: a) macroestrutura, composta por organograma + estrutura do treinamento + planejamento dos temas; e b) aquisição de competências, abrangendo acompanhamento do desempenho + avaliação do treinamento.

Quanto ao código “acompanhamento do desempenho” (Figura 33), os colaboradores da medicina nem sempre são acompanhados diretamente por um período após o treinamento, diferentemente das demais especialidades multiprofissionais. No entanto, em todas as equipes, os indicadores do processo são avaliados – e em caso de melhorias consequentemente refletem a internalização do tema aprendido, pois indicam que o colaborador está realizando os procedimentos de forma condizente com o protocolo do treinamento.

No caso da enfermagem, o responsável técnico pela unidade acompanha diretamente o colaborador que participou o treinamento e reporta ao coordenador de enfermagem e educadores o progresso individual, especialmente nos casos em que é necessário aprimorar alguma competência. No caso da fisioterapia, é realizado feedback com o multiplicador após os treinamentos para avaliar sua eficácia. O departamento de farmácia realiza feedback trimestral ao colaborador em que pode ser discutido o desempenho, entre outros.

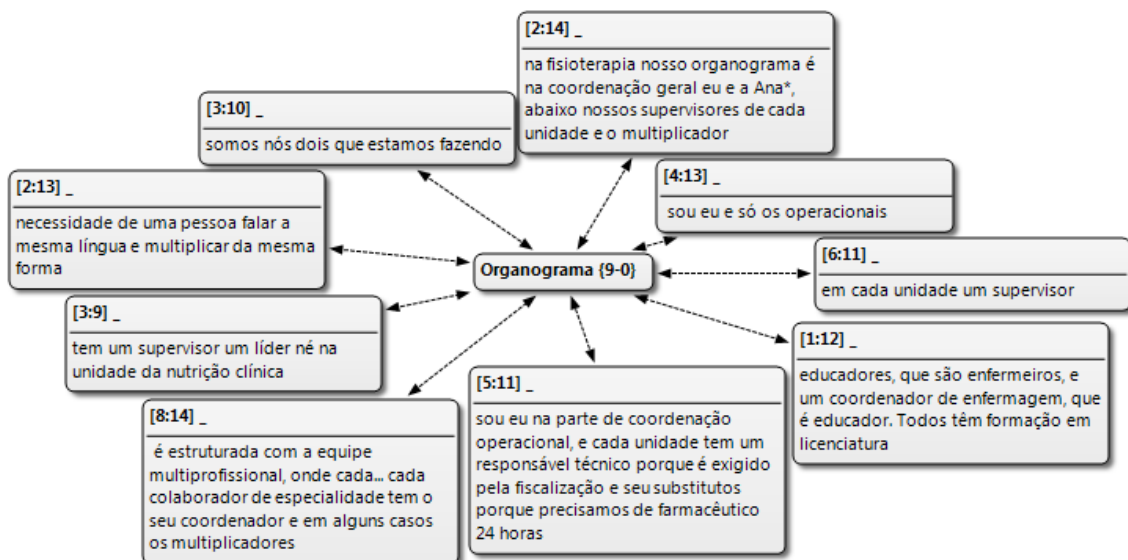
**Figura 33.** Acompanhamento do desempenho



Fonte: Elaborado pela autora no software *Atlas.ti*.

Os entrevistados foram questionados quanto a estrutura de seu departamento (Figura 34). A partir das respostas, constata-se que apenas as especialidades de enfermagem e fisioterapia têm o cargo de educador para auxiliar na multiplicação dos treinamentos. A fisioterapia conseguiu um educador “devido à necessidade de uma pessoa falar a mesma língua e multiplicar da mesma forma”, pois antes deste educador compor o corpo estrutural, os treinamentos eram multiplicados pela própria equipe, como é o caso das demais especialidades, em que o coordenador elabora e ministra o treinamento a líderes e supervisores, os quais são responsáveis por replicá-lo aos cargos abaixo dos deles. Todas as especialidades apresentam um coordenador, que é também responsável pela decisão do conteúdo e elaboração dos treinamentos – e, em algumas especialidades, execução também.

**Figura 34.** Organograma

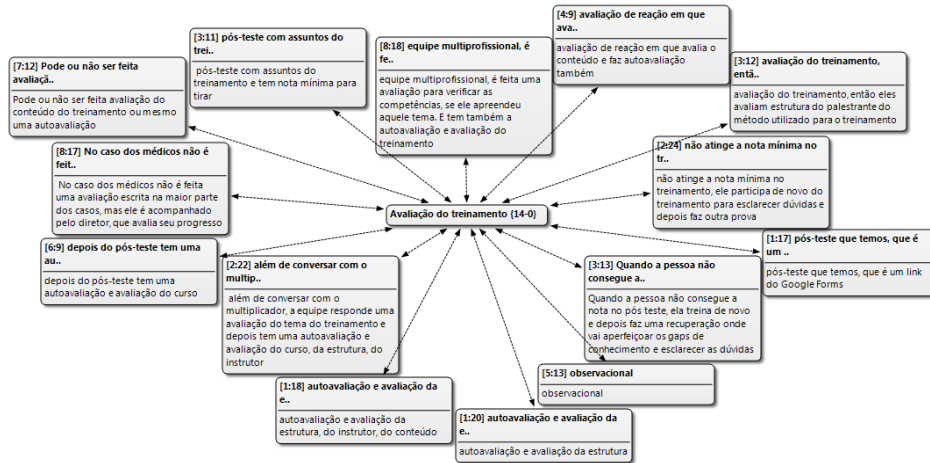


Fonte: Elaborado pela autora no *software Atlas.ti*.

As formas de avaliação do treinamento (Figura 35) compreendem avaliação observacional, autoavaliação e pós-teste, tendo este último nota de corte. As pessoas que não apresentam o resultado mínimo esperado têm a oportunidade de esclarecer dúvidas, participar novamente do treinamento e realizar um teste de recuperação até que consiga a nota mínima.

A avaliação observacional é realizada pelo acompanhamento do colaborador em suas atividades em que o quesito aprendido no treinamento é avaliado. Na autoavaliação o colaborador tem oportunidade de refletir sobre o seu aprendizado e avaliar o curso. O pós-teste é composto por questões múltipla-escolha relacionadas ao tema ministrado.

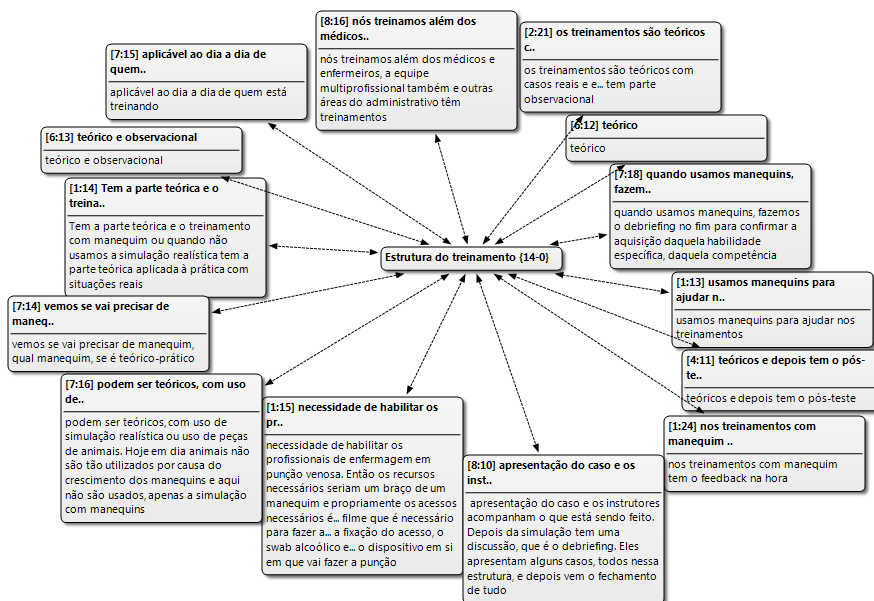
Figura 35. Avaliação do treinamento



Fonte: Elaborado pela autora no software Atlas.ti.

Os treinamentos podem ser teóricos, práticos e/ou observacionais (Figura 36). Os treinamentos práticos incluem principalmente o uso de ESR, em que é apresentado o caso, os colaboradores que estão treinando realizam procedimentos no manequim e depois de todo o cenário é realizado o *debriefing* (Iglesias & Pazin-Filho, 2015; Quilici et al., 2015). A estrutura é planejada de forma que seja aplicável ao dia a dia de quem está treinando, portanto, dependendo do tema, do setor e da equipe treinada será identificada a necessidade de utilização de ESR.

Figura 36. Estrutura do treinamento

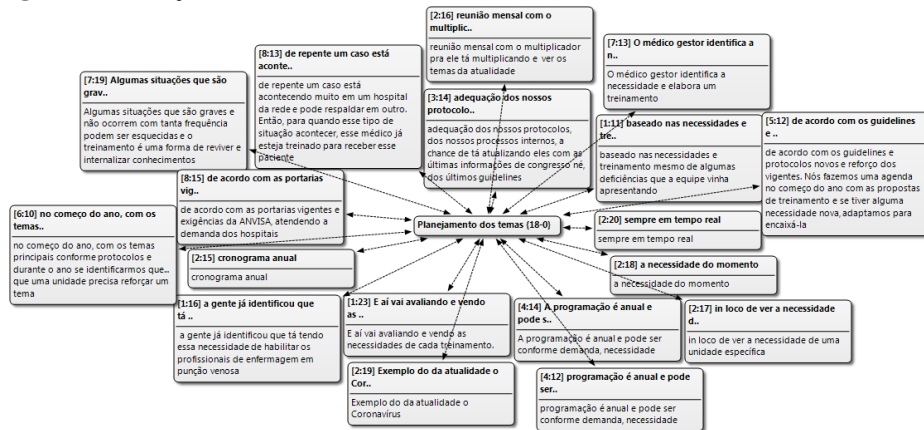


Fonte: Elaborado pela autora no software Atlas.ti.

Os temas são planejados no início do ano, período em que é elaborado o cronograma anual, e, ao longo do ano caso surja alguma necessidade, as equipes adaptam (Figura 37). Em

2019 iniciou um surto de um tipo novo de coronavírus na China, o COVID-19. Brevemente o vírus se espalhou para outros países. Neste ínterim, um dos pedidos dos colaboradores da fisioterapia foi um treinamento sobre o vírus. São situações externas, como o caso do COVID-19, e internas, como no caso da alta incidência de determinada situação – ou ausência de casos graves por longo período, que fazem com que novos assuntos sejam inseridos no cronograma de treinamentos da área e os protocolos são criados, adaptados e discutidos.

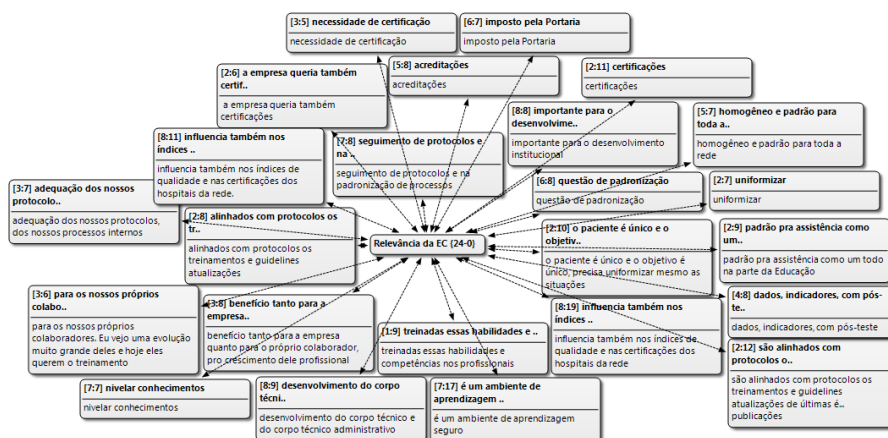
Figura 37. Planejamento dos temas



Fonte: Elaborado pela autora no *software Atlas.ti*.

A pergunta inicial da entrevista foi sobre a relevância da EC (Figura 38), para iniciar a abordagem dos treinamentos e compreender o motivo de as especialidades estarem inseridas em um contexto de EC. O principal motivo é a padronização de procedimentos em todos os hospitais da rede seguindo os protocolos e legislação da área, importantes também para certificações e acreditações. A rede hospitalar pesquisada conquistou em alguns departamentos e unidades a ISO 9001:2015 e incentiva seus colaboradores a buscarem padronização para aumentar a quantidade de locais certificados.

Figura 38. Relevância da EC

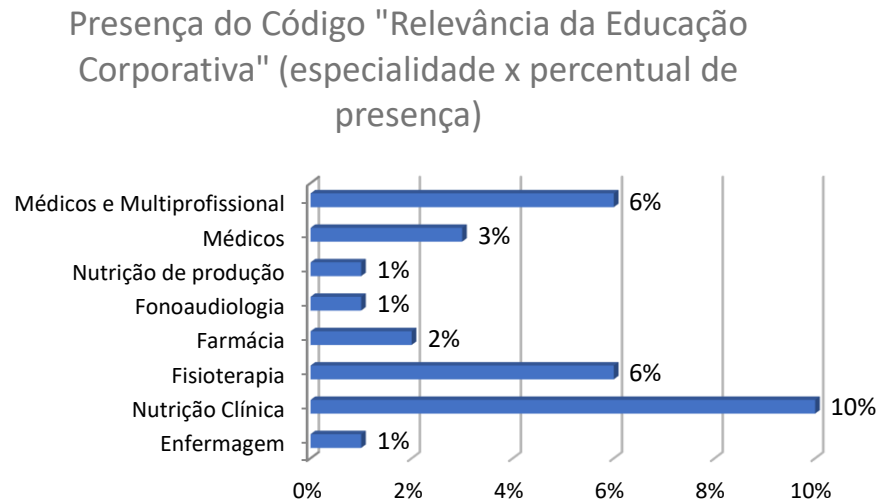


Fonte: Elaborado pela autora no *software Atlas.ti*.



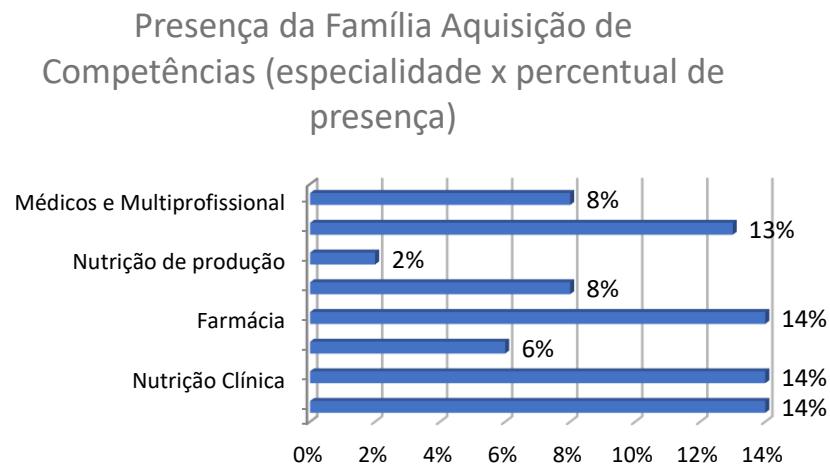
(Figura 41), totalizando 79, ressaltando a importância para esta equipe da verificação das competências adquiridas. Os códigos de estrutura do treinamento, planejamento dos temas e organograma (Figura 42), por sua relação, foram unificados na família Macroestrutura resultando no maior índice de presença nas entrevistas: 124, reforçando que o tema foi bastante abordado a fim de possibilitar a pesquisadora a construção de seu modelo.

**Figura 40.** Frequência do Código Relevância da Educação Corporativa.

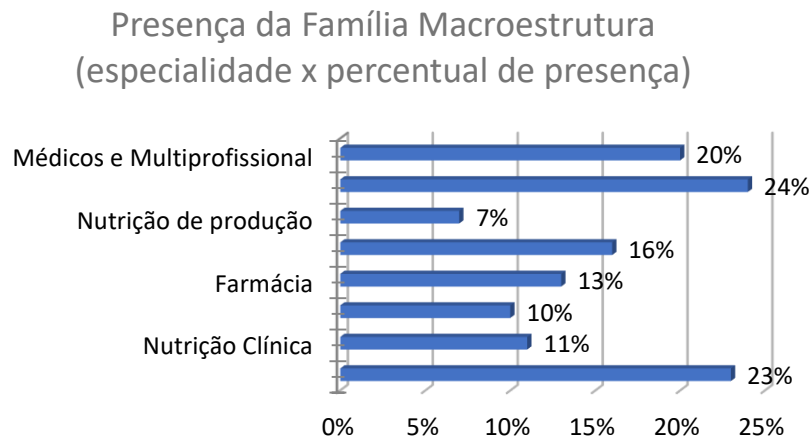


Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 41.** Frequência da Família Aquisição de Competências.



Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 42.** Frequência da Família Macroestrutura.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.1 ESTRUTURA DA EC

A partir da análise dos resultados, foi possível estruturar a educação corporativa da equipe multiprofissional desta rede hospitalar. O fluxograma foi desenhado utilizando o software Bizagi (Figura 43).

Na EC desta rede hospitalar, sua estrutura está de acordo com os objetivos da GC propostos por Davenport (1998): é criado um repositório de conhecimento a partir dos treinamentos, os quais são disponibilizados em um site ao qual os colaboradores têm acesso, além de o material ser utilizado no treinamento.

No mês de dezembro, o coordenador da especialidade define o cronograma anual de treinamentos com base na legislação vigente de acordo com o público-alvo. A consulta a legislação vigente e novos protocolos pode ser feita por meio eletrônico, no site do conselho federal ou regional de cada especialidade:

- Enfermagem – Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): <http://www.cofen.gov.br/>
- Farmácia – Conselho Federal de Farmácia (CFF): <http://www.cff.org.br/>
- Fisioterapia – Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO): <https://www.coffito.gov.br/>
- Fonoaudiologia – Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA): <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/>
- Nutrição – Conselho Federal de Nutricionistas (CFN): <https://www.cfn.org.br/>

O coordenador também define os materiais necessários para o treinamento, o conteúdo teórico a ser ministrado, o público-alvo e o objetivo do treinamento (ISO, 2001; Scorsolini-

Comin et al., 2011). Nos casos em que o coordenador tem apoio de um educador ou equipe que possa multiplicar, ele transmite o treinamento para que este seja ministrado.

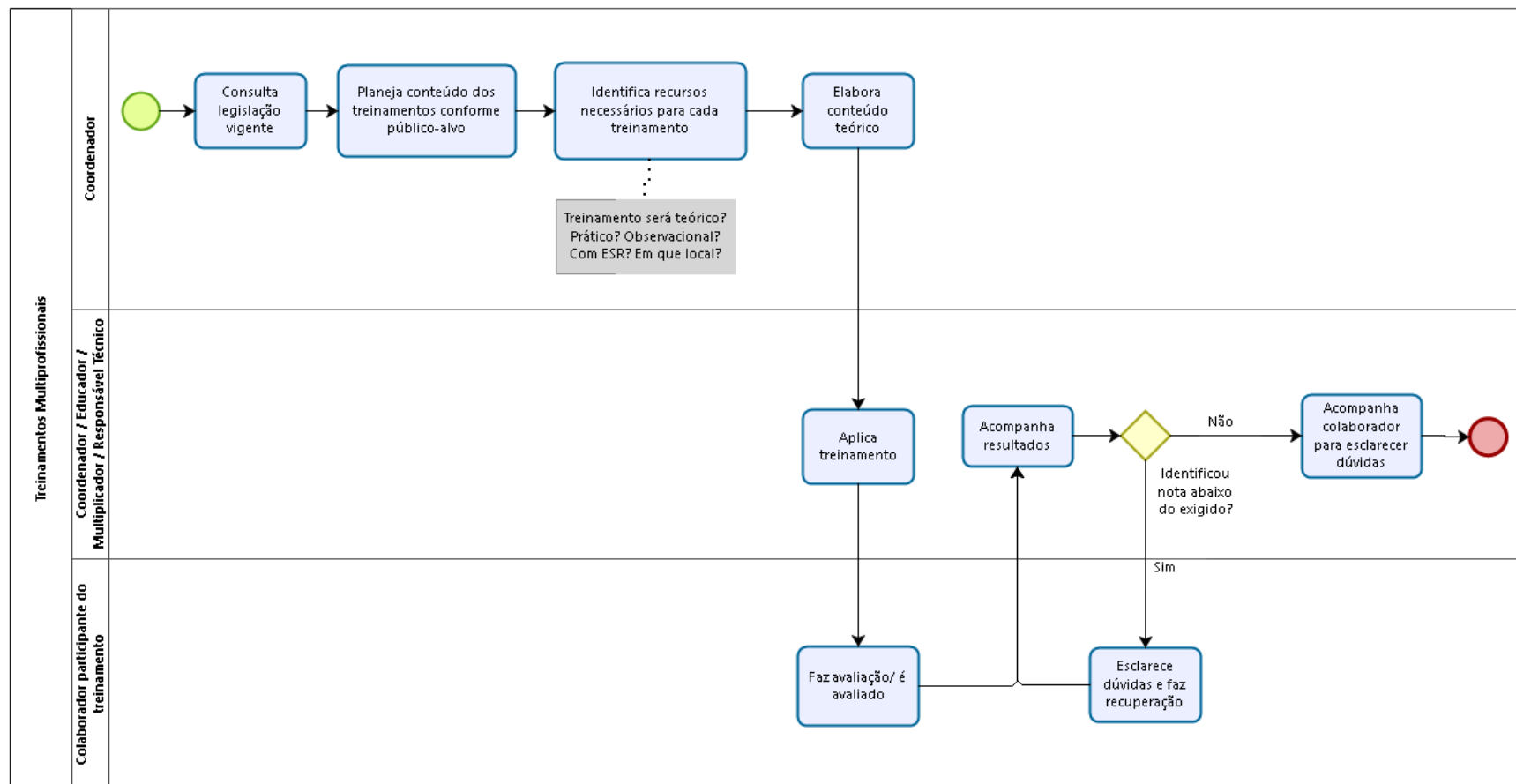
Após o treinamento, os colaboradores são avaliados pelo preenchimento de um pós-teste ou é realizada avaliação observacional com seguimento de roteiro pelo colaborador que aplicou o treinamento ou por alguém que tenha sido treinado por ele. Caso não demonstrem ter internalizado o conhecimento necessário das competências transferidas por meio da avaliação, o colaborador é convidado a esclarecer as dúvidas e faz recuperação até que as competências sejam adquiridas. No caso das especialidades multiprofissionais, espera-se aproveitamento e resultado mínimos de 80% do treinamento ministrado.

Além do pós-teste, os colaboradores treinados realizam uma avaliação do curso, do tema, do instrutor, uma reflexão de seu empenho no curso e de seus benefícios práticos. Esta autoavaliação é importante para que os coordenadores avaliem constantemente a eficácia e entrega de seus treinamentos, a fim de aprimorá-los constantemente (ISO, 2001; Mourão & Marins, 2009). A autoavaliação da rede hospitalar pesquisada contém perguntas cujas opções de resposta são escalas de 0 a 10 – Escala *Likert* –, das quais é possível calcular o *Net Promoted Score* e avaliar a satisfação dos participantes do treinamento. Cada especialidade realiza sua avaliação, mas de forma geral, as perguntas do questionário compreendem:

- 1) Dê uma nota de 0 (zero) a 10 (dez) para o quanto você recomenda este treinamento.
- 2) Dê uma nota geral entre 0 (zero) e 10 (dez) para a equipe de treinamento.
- 3) Dê uma nota geral entre 0 (zero) e 10 (dez) para o conteúdo do treinamento.
- 4) A equipe de treinamento demonstrou domínio sobre o assunto abordado?
- 5) Dê uma nota geral entre 0 (zero) e 10 (dez) para a infraestrutura disponível.
- 6) Dê uma nota geral entre 0 (zero) e 10 (dez) para a equipe de treinamento.
- 7) A equipe de treinamento relacionou o conteúdo teórico com a prática?



**Figura 43.** Apresentação do fluxograma da estrutura dos treinamentos da equipe multiprofissional.



Fonte: Elaborado pela autora usando o *software Bizagi*.

No caso dos treinamentos médicos, como os temas são definidos conforme demanda, de acordo com a ocorrência de um assunto (em excesso ou ausência), o treinamento é planejado e ministrado para as partes interessadas.

Roteiro para elaboração de treinamentos em hospitais:

- 1) Identificação dos temas relevantes através da análise da demanda, da legislação, dos protocolos da área e da solicitação dos colaboradores.
- 2) Elaboração do treinamento. Considerar: público-alvo, tipo do treinamento (teórico, teórico-prático, prático, com ESR – que materiais serão utilizados), tempo disponível, competência esperada que seja aprimorada/desenvolvida e local em que será ministrado).
- 3) Definição de quem ministrará o treinamento. Importante lembrar da lista de presença, exigência de algumas especialidades para comprovar treinamentos, além de exigência de certificações e creditações hospitalares.
- 4) Elaboração da avaliação. Identificar quem fará a avaliação: participante do treinamento responderá teste ou a avaliação será observacional? No caso de avaliação observacional, quem realizará? No caso de teste, será composto por quantas questões? Alternativas ou discursivas?
- 5) Acompanhamento do desempenho: o colaborador que participou do treinamento internalizou a competência esperada? Apresentou bom desempenho? Que medidas serão tomadas? Será necessário que o colaborador realize novamente o mesmo treinamento? De que forma este colaborador que não atingiu o esperado poderá esclarecer suas dúvidas (pessoalmente, por e-mail, por telefone)?
- 6) Aplicar o treinamento.
- 7) Acompanhar o feedback dos participantes e de quem ministra o treinamento. Revisitar todos os itens do roteiro e verificar se é necessário realizar alguma alteração no treinamento.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Em âmbito hospitalar, os treinamentos são fundamentais para que os procedimentos sejam padronizados, isto é, que diferentes colaboradores com a mesma função, realizem a mesma sequência de ações em cada tarefa que o cargo demanda (Manzo et al., 2012, Oliveira & Matsuda, 2016). Além de ser uma tendência dos Institutos de Ensino e Pesquisa, que vem ganhando notoriedade nos hospitais (Vecina Neto & Malik, 2017), é também importante para que o hospital consiga certificações e/ou acreditações (Vecina Neto & Malik, 2017).

Os treinamentos devem ser acompanhados pela gestão através de indicadores. Apesar de a rede hospitalar avaliar indicadores como, por exemplo, o aprendizado do participante do treinamento e sua reação (autoavaliação) contemplando a aplicabilidade, o impacto no negócio ainda não é avaliado, como proposto pelo modelo Kirkpatrick (Bates, 2004), ou seja, incluindo este item na avaliação é possível ter uma visão mais abrangente da EC – e para isso é necessário avaliar os indicadores de resultado.

O processo de avaliação e acompanhamento dos colaboradores para seu desenvolvimento de competências na rede hospitalar pesquisada abrange os programas propostos pela EC, aperfeiçoamento e atualização, com avaliação de desempenho após o treinamento e autoavaliação (Sarquis et al., 2016).

A rede hospitalar pesquisada incentiva os treinamentos e busca padronizá-los pelo seguimento dos mesmos processos por todas as equipes multiprofissionais que compõe o departamento de EC, processos dos quais foi possível elaborar o roteiro apresentado no item Estrutura da EC deste trabalho.

Como implicação para a prática, o roteiro poderá ajudar outros hospitais a planejarem ou revisarem a estruturação de sua EC visando a melhores resultados. A pesquisa foi realizada em uma rede privada de hospitais em São Paulo, no entanto, este roteiro pode ser adaptado a realidade de cada instituição aplicando-se a hospitais públicos e privados, pois a educação corporativa em saúde é de extrema relevância para as atividades hospitalares, além de receber incentivos fiscais pelo desenvolvimento da inovação e tecnologia.

## 5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS

Todos os métodos têm possibilidades e limitações (Vergara, 2006). Uma das limitações do método escolhido, GT, é a dificuldade de estabelecer confiabilidade devido a subjetividade dos dados, limitação esta que foi reduzida pela quantidade e característica bem definida dos entrevistados pelos critérios de inclusão e exclusão. As limitações durante a elaboração deste trabalho foram o tempo de execução e de espera para receber autorização do CEP para sua continuidade. Como sugestão de pesquisas futuras está a comparação de indicadores de hospitais com a EC estruturada e inclusive sua comparação interna, caso o hospital tenha registro dos dados relacionados a erros em seus processos por desconhecimento do fluxo correto por parte do colaborador.

## REFERÊNCIAS

- Akaike, M., Fukutomi, M., Nagamune, M., Fujimoto, A., Tsuji, A., Ishida, K., & Iwata, T. (2012). Simulation-based medical education in clinical skills laboratory. *The Journal of Medical Investigation*, 59(1, 2), 28–35.
- Antonello, C. S. (2005). A metamorfose da aprendizagem organizacional: Uma revisão crítica. *Aprendizagem organizacional e competências*. Porto Alegre: Bookman, 12–33.
- Ausubel, D. P. (1963). *The psychology of meaningful verbal learning*.
- Baptista, R. C., Pereira, F., & Martins, J. C. (2014). Simulação no ensino de graduação em enfermagem: Evidências científicas. *A simulação no ensino de enfermagem*.
- Barbano, D. B. A. (2013). *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
- Basterretxea, I., & Albizu, E. (2011). Management training as a source of perceived competitive advantage: The Mondragon Cooperative Group case. *Economic and Industrial Democracy*, 32(2), 199–222.
- Bastos, A. V. B., Fernandes, S. R. P., & Viana, A. V. (1999). Desenvolvimento de Competências e Aprendizagem Organizacional: Avaliação do programa Cuidar-se para Cuidar. *Anais do 23 ENANPAD*.
- Bates, R. (2004). A critical analysis of evaluation practice: The Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Evaluation and program planning*, 27(3), 341–347.
- Bear, D. J., Tompson, H. B., Morrison, C. L., Vickers, M., Paradise, A., Czarnowsky, M., Soyars, M., & King, K. (2008). Tapping the potential of informal learning: An ASTD research study. *Alexandria, VA: American Society for Training and Development*.
- Bell, M. (1984). *Learning and the accumulation of industrial technological capacity in developing countries*. Macmillan.
- Birks, M., & Mills, J. (2015). *Grounded theory: A practical guide*. Sage.
- Boff, L. H. (2001). Gestão de conhecimento. *Global Manager*, 1(1), 7–18.

- Brandão, H. P., & Bahry, C. P. (2005). Gestão por competências: Métodos e técnicas para mapeamento de competências. *Revista do Serviço Público*, 56(2), 179–194.  
<https://doi.org/10.21874/rsp.v56i2.224>
- Brasil. (2004). Portaria nº 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 eo desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. (2005). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens–ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude–CNJ ea Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
- Brasil. (2005). Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
- Brasil. (2009). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013, novembro 19). *PORTARIA Nº 2.761*.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)
- Brasil. Ministério da Saúde, M. da E. (2007). Portaria interministerial Nº 45/2007 de 12 de janeiro de 2007. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. (2012). Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020). Finep: Histórico e Legislação. Disponível em: <<http://www.finep.gov.br/a-finep-externo/fndct/historico-e-legislacao>>. Acesso em 22/05/2020.

- Brasilien, Brasil, & Brasil (Orgs.). (2012). *Glossário temático: Gestão do trabalho e da educação na saúde* (2. ed). Ministério da Saúde.
- Bruner, J. (1977). Early social interaction and language development. *Studies in mother-child interaction*, 271–289.
- Camargo, R. F. (2018). *Certificação e Acreditação Hospitalar: Conheça as principais como a ONA e veja como conseguiu-las*. <https://www.treasy.com.br/blog/acreditacao-hospitalar/>
- Cardoso, F. H. (1996). *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm)
- Cepeda, R. M. (2013). *Resolução nº424, de 08 de julho de 2013 – Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia*. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. *Handbook of qualitative research*, 2, 509–535.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chatain, O., & Meyer-Doyle, P. (2017). Alleviating managerial dilemmas in human-capital-intensive firms through incentives: Evidence from M&A legal advisors. *Strategic Management Journal*, 38(2), 232–254.
- Chiavenato, I. (2008). *Gestão de pessoas*. Elsevier Brasil.
- Cinnirella, F., & Streb, J. (2017). The role of human capital and innovation in economic development: Evidence from post-Malthusian Prussia. *Journal of Economic Growth*, 22(2), 193–227. <https://doi.org/10.1007/s10887-017-9141-3>
- Coelho Junior, F. A., & Borges-Andrade, J. E. (2008). Uso do conceito de aprendizagem em estudos relacionados ao trabalho e organizações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 221–234. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200002>

- Corbin, J. (2017). Grounded theory. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 301–302.
- Costa, L. C.; Gadelha, C. A. G.; Borges, T. R.; Burd, P.; Maldonado, J.; Vargas, M. (2012). .A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. São Paulo: Rev. Saúde Pública.
- Costa, C. M., & Mendonça, S. (2019). Knowledge-intensive consumer services. Understanding KICS in the innovative global health-care sector. *Research Policy*, 48(4), 968–982.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Dallimore, P., Chan, C. C., & Lim, L. L. (2010). *Perceptions of human capital measures: From corporate executives and investors*.
- Davenport, T. H., De Long, D. W., & Beers, M. C. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan management review*, 39(2), 43–57.
- Davini MC. (1994). Práticas laborais em los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud. P. 109-25. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.100).
- Delors J. (1999). Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez.
- Deming, D. J. (2017). The growing importance of social skills in the labor market. *The Quarterly Journal of Economics*, 132(4), 1593–1640.
- Demssie, Y. N., Wesselink, R., Biemans, H. J. A., & Mulder, M. (2019). Think outside the European box: Identifying sustainability competencies for a base of the pyramid context. *Journal of Cleaner Production*, 221, 828–838.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2019.02.255>
- Dilly, C. M. L. e Jesus, M. C. P. (1995), Processo educativo em enfermagem; das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe Editorial.
- Dutra, J. S. (2016). *Gestão de pessoas: Modelo, processos, tendências e perspectivas*.



- Easterby-Smith, M., Snell, R., & Gherardi, S. (1998). Organizational learning: Diverging communities of practice? *Management learning*, 29(3), 259–272.
- Eboli, M. (2004). Educação corporativa. *Revista T&D–Inteligência Corporativa*, 137(12), 48.
- Eboli, M. (2008). Educação corporativa e desenvolvimento de competências. *DUTRA JS; FLEURY, M. TL; RUAS, RL Competências: conceitos, métodos e experiências. São Paulo: Atlas*, 172–192.
- Eboli, M. P. (1999). Universidade corporativa: Ameaça ou oportunidade para as escolas tradicionais de administração? *Revista de Administração-RAUSP*, 34(4), 56–64.
- Erasmus, B. J., Loedolff, P. V. Z., Mda, T. V., & Nel, P. S. (2009). *Managing training and development in South Africa*.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. de P. L., Moraes, E. P. de, & Souza, E. M. de. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 847–852.
- Ferigotti, C. M. S. (2007). Aprendizagem e acumulação de competências inovadoras em produtos na Electrolux do Brasil (1980-2003). *RAC-Eletrônica*, 1(1), 100–118.
- Ferraz, A., & Belhot, R. V. (2010). Taxonomia de Bloom: Revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest. Prod., São Carlos*, 17(2), 421–431.
- Ferreira, R. P. N., Guedes, H. M., Oliveira, D. W. D., & de Miranda, J. L. (2018). Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 8.
- Fleury, A., & Fleury, M. T. L. (1995). *Aprendizagem e inovacao organizacional as experiencias: De japao, coreia e brasil*.

- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de administração contemporânea*, 5(SPE), 183–196.
- Forrest, K., McKimm, J., & Edgar, S. (2013). *Essential simulation in clinical education*. Wiley-Blackwell.
- França, T., Medeiros, K. R. de, Belisario, S. A., Garcia, A. C., Pinto, I. C. de M., Castro, J. L. de, & Pierantoni, C. R. (2017). Política de educação permanente em saúde no Brasil: A contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 1817–1828.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia [Pedagogy of autonomy]*. São Paulo: Paz e Terra.
- Furukawa, P. de O., & Cunha, I. C. K. O. (2010). Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1061–1066. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600030>
- Gardner, H., & Veronese, M. A. V. (1995). *Inteligências múltiplas: A teoria na prática*.
- Garvin, D. (1993). Building a Learning Organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 378–391.
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, USA.
- Gonzalez, R. V., Martins, M. F., & Toledo, J. C. (2009). Gestão do conhecimento em uma estrutura organizacional em rede. *Ciência da Informação*, 38(1), 57–73.
- Grant, R. M. (1991). The resource-based theory of competitive advantage: Implications for strategy formulation. *California management review*, 33(3), 114–135.
- Guerra, N., Modecki, K., & Cunningham, W. (2014). *Developing social-emotional skills for the labor market: The PRACTICE model*. The World Bank.

- Hallberg, L. R. (2006). The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 1(3), 141–148.
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: How many interviews are enough? *Qualitative health research*, 27(4), 591–608.
- Iglesias, A. G., & Pazin-Filho, A. (2015). Emprego de simulações no ensino e na avaliação. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 48(3), 233–240.
- Ilggen, D. R., & Pulakos, E. D. (1999). *The Changing Nature of Performance: Implications for Staffing, Motivation, and Development. Frontiers of Industrial and Organizational Psychology*. ERIC.
- Illeris, K. (2003). Towards a contemporary and comprehensive theory of learning. *International Journal of Lifelong Education*, 22(4), 396–406.  
<https://doi.org/10.1080/02601370304837>
- ISO, N. (2001). 10015. *NBR ISO 10015–Gestão da Qualidade-Diretrizes para Treinamento*.
- Jones, S. R., Torres, V., & Arminio, J. (2013). *Negotiating the complexities of qualitative research in higher education: Fundamental elements and issues*. Routledge.
- Junior, F. A. C., & Borges-Andrade, J. E. (2008). Uso do conceito de aprendizagem em estudos relacionados ao trabalho e organizações. *Paidéia*, 18(40), 221–234.
- Junior, F. H., Eboli, M. P., & Martins, E. C. (2008). Corporate Education and the Role of the Chief Learning Officer. *Review of Business Management*, 10(27), 105–117.
- Justo, H. (1975). *Carl Rogers: Teoria da personalidade, aprendizagem centrada no aluno*. Livraria S. Antônio.
- Kirkpatrick, D. L. (2009). *Evaluating Training Programs: The Four Levels: Easyread Edition*. ReadHowYouWant. com.

- Klass, D. (2007). A performance-based conception of competence is changing the regulation of physicians' professional behavior. *Academic Medicine*, 82(6), 529–535.
- Kogut, B., & Zander, U. (1992). Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology. *Organization science*, 3(3), 383–397.
- Kolb, D. A. (1984). Experience as the source of learning and development. *Upper Sadle River: Prentice Hall*.
- Kozlowski, S. W., Brown, K. G., Weissbein, D. A., Cannon-Bowers, J. A., & Salas, E. (2000). *A multilevel approach to training effectiveness: Enhancing horizontal and vertical transfer*.
- Krpalek, P., Krelova, K. K., & Berkova, K. (2018). The importance of metacognitive strategies for building competitive business competencies. *JOURNAL OF COMPETITIVENESS*, 10(3), 69–85.
- Kurcgant P. (1993). Educação continuada: caminho para a qualidade. *Rev Paul Enferm.* 12(2):66-71
- Lastres, H. M. M., & Albagli, S. (1999). *Chaves para o terceiro milênio na era do conhecimento. Informação e globalização na era do conhecimento*. Campus.
- Lave, J. (2015). Aprendizagem como/na prática. *Horizontes Antropológicos*, 21(44), 37–47. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832015000200003>
- Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives: Le modèle: agir avec compétence en situation-Les réponses à plus de 100 questions*. Editions Eyrolles.
- Lei, D., Hitt, M. A., & Bettis, R. (1996). Dynamic core competences through meta-learning and strategic context. *Journal of management*. 22(4), 549-569.
- Lemos, M., & Fontoura, M. S. (2009). A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS-BA. *Rev. baiana saúde pública*, 33(1), 113–120.

- Loiola, E., & Bastos, A. V. B. (2003). A produção acadêmica sobre aprendizagem organizacional no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(3), 181–201.
- Maculan Filho, N. (2006). Resolução N° 02/2006, de 17 de maio de 2006. *Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências*.
- Maligieri, L. A. O. (2019). *Investimento em Educação Corporativa desponta como Alternativa para Melhorar a Qualificação de Profissionais*.  
<https://www.linkedin.com/pulse/investimento-em-educa%C3%A7%C3%A3o-corporativa-desponta-como-de>
- Manzini, E. J. (1990). *A entrevista na pesquisa social*. (Vol. 26). Didática.
- Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M, Feldman LB. As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Enfermería Global*. [online]. 2012 [citado 2014 ago 16];25:272-81
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2014). *Designing qualitative research*. Sage publications.
- Marsick, V. J., Volpe, M., & Watkins, K. E. (1999). Theory and practice of informal learning in the knowledge era. *Advances in Developing Human Resources*, 1(3), 80–95.
- Marsick, V., & Watkins, K. (2015). *Informal and Incidental Learning in the Workplace (Routledge Revivals)*. Routledge.
- Martins, G. D. M., Caregnato, R. C. A., Barroso, V. L. M., & Ribas, D. C. P. (2016). Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: Trajetória histórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3).
- McGuire, F. (1998). *Simulation in healthcare, in handbook of simulation: Principles, methodology, advances, applications, and practice*. Hoboken. NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Meister, J. C. (1999). *Educação corporativa: A gestão do capital intelectual através das universidades corporativas*. Makron Books.

- Mesquita, R., & Duarte, F. (1996). *Dicionário de psicologia*. Plátano Lisboa.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series*. Jossey-Bass Publishers, 350 Sansome Way, San Francisco, CA 94104.
- Michaelis. (2020). *Dicionário Michaelis*. Michaelis On-Line. <https://michaelis.uol.com.br/>
- Miles, I. (2005). Knowledge intensive business services: Prospects and policies. *foresight*, 7(6), 39–63.
- Milioni, A. D. (2006). Evolução do T&D. In *Guia Brasileiro de Recursos Humanos* (12º ed). Fênix.
- Mills, J., Platts, K., Bourne, M., & Richards, H. (2002). *Strategy and Performance: Competing through Competences*. Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511754692>
- Mitchell, R., Obeidat, S., & Bray, M. (2013). The effect of strategic human resource management on organizational performance: The mediating role of high-performance human resource practices. *Human Resource Management*, 52(6), 899–921.
- Morin, E. (2008). *O método 1: A natureza da natureza*. Sulina.
- Morris, C. (2015). An industry analysis of the power of human capital for corporate performance: Evidence from South Africa. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 18(4), 486–499.
- Mourão, L., & Marins, J. (2009). Avaliação de Treinamento e Desenvolvimento nas Organizações: Resultados Relativos ao Nível de Aprendizagem. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 9(2), 72–85.
- Muhr, T. (1991). ATLAS/ti—A prototype for the support of text interpretation. *Qualitative sociology*, 14(4), 349–371.

- Noe, R. A., Clarke, A. D., & Klein, H. J. (2014). Learning in the twenty-first-century workplace. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 245–275.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1997). Criação de Conhecimento na Empresa: Como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. -Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Manual de Oslo. Financiadora de Estudos e Projetos.*
- Norman, G. R., & Brooks, L. R. (1997). The non-analytical basis of clinical reasoning. *Advances in health sciences education*, 2(2), 173–184.
- O'Connor, S. E., Pearce, J., Smith, R. L., Vogeli, D., & Walton, P. (1999). Monitoring the quality of pre-registration education: Development, validation and piloting of competency based performance indicators for newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 19(4), 334–341.
- Oguisso T. (2000). A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Nursing (São Paulo)*. 3(20):22-9.
- Oliveira Jr., M. M. (2008). Competências essenciais e conhecimento na empresa. In *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas*, 121–156.
- Oliveira, J. L. C. e Matsuda, L. M. (2016). Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery.
- Orvis, K. A., & Leffler, G. P. (2011). Individual and contextual factors: An interactionist approach to understanding employee self-development. *Personality and individual differences*, 51(2), 172–177.
- Osagie, E. R., Wesselink, R., Blok, V., Lans, T., & Mulder, M. (2016). Individual competencies for corporate social responsibility: A literature and practice perspective. *Journal of Business Ethics*, 135(2), 233–252.

Portaria 529, 2013, nº 529 (2013).

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

Paiva Sampaio, N. S., Borges-Andrade, J. E., & Leão Bonatti, C. (2019). Aprendizagem no Trabalho: Pesquisa nas organizações públicas e privadas brasileiras. *Psicología desde el Caribe*.

Panúncio-Pinto, M. P., & de Almeida Troncon, L. E. (2014). Avaliação do estudante—aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 47(3), 314–323.

Paschoal AS. (2004). O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (109-114). Sage publications.

Pazin Filho, A., & Scarpelini, S. (2007). SIMULAÇÃO: DEFINIÇÃO. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 40(2), 162. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i2p162-166>

Pereira, C. E., Bosquetti, M. A., Paula, P., & Eboli, M. (2006). Educação corporativa e desenvolvimento de competências: Um estudo de caso no setor de auditoria. *ENANPAD—Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, Salvador*.

Peres, A. M., & Ciampone, M. H. T. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3), 492–499.

Phillips, J. J. (2007). *Measuring ROI: The process, current issues, and trends*. Doctoral Thesis, ROI Institute Inc). Retrieved from: [http://www ....](http://www....)

Piaget, J. (1973). *Psicologia e Epistemologia: Por uma teoria do conhecimento*. Forense Universitária.

Pies, I., Beckmann, M., & Hielscher, S. (2010). Value creation, management competencies, and global corporate citizenship: An ordonomic approach to business ethics in the age of globalization. *Journal of Business Ethics*, 94(2), 265–278.



- Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1997). The core competence of the corporation. In *Strategische Unternehmensplanung/Strategische Unternehmensführung* (p. 969–987). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Quilici, A. P., Bicudo, A. M., Gianotto-Oliveira, R., Timerman, S., Gutierrez, F., & Abrão, K. C. (2015). Faculty perceptions of simulation programs in healthcare education. *International journal of medical education, 6*, 166.
- Raelin, J. A. (1997). A model of work-based learning. *Organization science, 8*(6), 563–578.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *Bmj, 320*(7237), 768–770.
- Rodrigues, H. H. de C., Machado Neto, V., & Sovierzoski, M. A. (2016). Das técnicas tradicionais até a simulação realística com recursos de engenharia biomédica aplicado ao desenvolvimento de habilidades das ciências da saúde. *J. health inform, 8*(supl. I), 469–480.
- Romano, M. M. D., & Pazin Filho, A. (2007). Simulação em manequins: Aspectos técnicos. *Medicina (Ribeirão Preto. Online), 40*(2), 171–179.
- Ronnie, J., Neto, J. V., Quelhas, O. L. G., & de Matos Ferreira, J. J. (2017). Knowledge Intensive Business Services (KIBS): Bibliometric analysis and their different behaviors in the scientific literature: Topic 16–Innovation and services. *RAI Revista de Administração e Inovação, 14*(3), 216–225.
- Rosen, M. A., Hunt, E. A., Pronovost, P. J., Federowicz, M. A., & Weaver, S. J. (2012). In situ simulation in continuing education for the health care professions: A systematic review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 32*(4), 243–254.
- Rothgeb, M. K. (2008). Creating a nursing simulation laboratory: A literature review. *Journal of Nursing Education, 47*(11), 489–494.
- Ruas, R., Antonello, C. S., & Boff, L. H. (2005). *APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E COMPETÊNCIAS*. 26.

- Sablok, G., Stanton, P., Bartram, T., Burgess, J., & Boyle, B. (2017). Human resource development practices, managers and multinational enterprises in Australia: Thinking globally, acting locally. *Education+ Training*, 59(5), 483–501.
- Salum NC, Prado M. (2000). Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador(a) de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* ;9(2 Pt1):298-311.
- Sarquis, A. B., Monken, S. F., Tondolo, V. A. G., Tondolo, R. da R. P., & Zacarias, G. M. (2016). Gestão da Aprendizagem Organizacional: Um estudo no corpo de bombeiros militar de Santa Catarina. *Revista Eletrônica de Administração e Turismo-ReAT*, 9(5), 998–1016.
- Saúde (BR), M. da. (2009). Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde ea comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. *Diário Oficial da União*.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893–1907.
- Schoemaker, P. J., & Amit, R. (1997). The competitive dynamics of capabilities: Developing strategic assets for multiple futures. *Wharton on dynamic competitive strategy*, 368–394.
- Schot, J., & Steinmueller, E. (2016). Framing innovation policy for transformative change: Innovation policy 3.0. *SPRU Science Policy Research Unit, University of Sussex: Brighton, UK*.
- Schot, J., & Steinmueller, W. E. (2018). Three frames for innovation policy: R&D, systems of innovation and transformative change. *Research Policy*, 47(9), 1554–1567.

- Scorsolini-Comin, F., Inocente, D. F., & Miura, I. K. (2011). Aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento: Pautas para a gestão de pessoas. *Revista brasileira de orientação profissional*, 12(2), 227–240.
- Senge, P. M. (2014). *The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization*. Crown Business.
- Sessa, V. I., & London, M. (2015). *Continuous learning in organizations: Individual, group, and organizational perspectives*. Psychology Press.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. Cultrix; 33-64.
- Sousa, A. T. O. de, Formiga, N. S., Oliveira, S. H. dos S., Costa, M. M. L., & Soares, M. J. G. O. (2015). A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 713–722.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: Studying how things work*. Guilford Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. *Handbook of qualitative research*, 17, 273–85.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Sage publications  
Thousand Oaks, CA.
- Struchiner, M., & Giannella, T. R. (2010). Formação de profissionais de saúde e educação a distância: Elementos fundamentais. *Educação Profissional em Saúde e Cidadania, sn*, 21–21.
- Tavares, M. de F. L., Rocha, R. M. da, Bittar, C. M. L., Petersen, C. B., & Andrade, M. de. (2016). A promoção da saúde no ensino profissional: Desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1799–1808.
- Teixeira, C., & Pereira, L. (2015). ROI in Training: How do HR Executives make investment decisions? *International Journal of Scientific and Research Publications*, 5.

- Toledo, G. S., & Domingues, C. R. (2018). Produção sobre Educação Corporativa no Brasil: Um estudo bibliométrico. *Revista de Gestão e Secretariado*, 9(1), 108–127.  
<https://doi.org/10.7769/gesec.v9i1.755>
- Trends, G. H. C. (2016). *Deloitte University Press*.
- Urquhart, C. (2012). *Grounded Theory for Qualitative Research: A Practical Guide*. SAGE.
- Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2017). *Gestão em Saúde* (353<sup>o</sup>–389<sup>o</sup> ed). Guanabara Koogan.
- Vergara, S. C. (2006). Projetos e relatórios de pesquisa. *São Paulo: Atlas*.
- Viana, D. M. S., Nogueira, C. A., de Souza Araújo, R., de Matos Vieira, R., de Siqueira Rennó, H. M., & de Oliveira, V. C. (2015). A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*.
- Vygotsky, L. S. (1989). *Linguagem e pensamento*. São Paulo.
- Wallon, H. (1968). *A evolução psicológica da criança* (185-213). Edições 70.
- Wenger, E. (2010). Communities of practice and social learning systems: The career of a concept. In *Social learning systems and communities of practice* (p. 179–198). Springer.
- WHO / *Patient safety*. ([s.d.]). WHO. Recuperado 14 de junho de 2019, de <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- Yang, W., & Yan, M. (2010). The policy to promote the innovative development of knowledge intensive business services. *International Journal of Business and Management*, 5(11), 190.

### Apêndice A – Transcrição da Entrevista de Enfermagem

ENTREVISTA 01	CÓDIGOS
<p>P: Como foi o processo decisório para a criação do departamento de Educação Corporativa para Enfermagem?  R: Foi baseado nas necessidades e treinamento mesmo de algumas deficiências que a equipe vinha apresentando e houve a necessidade de ter um grupo específico para que sejam treinadas essas habilidades e competências nos profissionais.</p>	<p>Planejamento dos temas  Relevância da EC</p>
<p>P: O que abrange esse departamento? Como ele é composto?  R: Ele é composto por cinco educadores, que são enfermeiros, e um coordenador de enfermagem, que é educador. Todos têm formação em licenciatura.  P: Como são estruturados os treinamentos? Vocês usam algum equipamento?  R: Sim. É... usamos manequins para ajudar nos treinamentos, como RCP por exemplo. Tem a parte teórica e o treinamento com manequim ou quando não usamos a simulação realística tem a parte teórica aplicada à prática com situações reais.</p>	<p>Estrutura do treinamento</p>
<p>P: Como vocês identificam os recursos necessários para treinamentos, o que é importante ter para treinar?  R: Baseado em treinamentos específicos. Um exemplo, é... punção de acessos vasculares. Então, essa é a necessidade do treinamento. Então a gente já identificou que tá tendo essa necessidade de habilitar os profissionais de enfermagem em punção venosa. Então os recursos necessários seriam um braço de um manequim e propriamente os acessos necessários é... filme que é necessário para fazer a... a fixação do acesso, o swab alcoólico e... o dispositivo em si em que vai fazer a punção. Esses são os recursos necessários que nada mais é do que a gente ensinar demonstrando na prática. Então como é um treinamento que necessita de demonstração, a gente precisa tá levando todos os materiais e recursos necessários para realizar o procedimento: luva, todos os insumos.</p>	<p>Estrutura do treinamento  Planejamento dos temas</p>
<p>P: Tem alguma avaliação depois dos colaboradores que participaram do treinamento e esses colaboradores avaliam o curso, existe esse feedback?  R: Sim. O próprio pós-teste que temos, que é um link do Google Forms, no final do pós-teste já existe uma avaliação complementar que é já avaliando a parte do treinamento, uma autoavaliação e avaliação da estrutura, do instrutor, do conteúdo.</p>	<p>Avaliação do treinamento  Estrutura do treinamento</p>

<p>P: Vocês acompanham o desempenho dos colaboradores antes e depois do curso para identificar se tem alguma competência que tenha que ser treinada, alguma habilidade?</p> <p>R: Então, a princípio nós não. Esse gap quem faz é o gestor da... do profissional. Eles identificam ali no dia a dia qual que é a necessidade, a deficiência, e nos encaminham porque agora a gente tem um processo de integração contínua, seja ela para novos colaboradores ou para outro colaborador já que tenha alguma que venha apresentando alguma deficiência, o gestor nos encaminha esse colaborador a partir da necessidade de desenvolvimento identificada e a gente desenvolve ele junto na integração. Depois esse gestor avalia se o colaborador melhorou nesse aspecto e nos avisa se precisar de mais treinamento.</p>	<p>Acompanhamento do desempenho</p>
<p>P: Então é esse gestor quem avalia se a pessoa aprendeu com aquele treinamento, se tem algo que ela precisa fazer novamente. É o gestor que avalia e avisa vocês?R: Isso, exatamente. Aí é por categoria. O auxiliar e técnico de enfermagem têm o enfermeiro do setor que acompanha ele ali no dia a dia. Os líderes de enfermagem acompanham o enfermeiro e o coordenador acompanha o líder. E aí vai avaliando e vendo as necessidades de cada treinamento.</p>	<p>Acompanhamento do desempenhoPlanejamento dos temas</p>

### Apêndice B – Transcrição das Entrevistas de Fisioterapia

ENTREVISTAS 02 E 03	CÓDIGOS
<p>P: Como foi o processo decisório para a criação do departamento de Educação Corporativa na fisioterapia?</p> <p>R1: Como a empresa se tornou agora se tornou... agora tem quase 12 unidades é... tem profissionais, cada um estudou de um jeito, né e embora a gente faça especialização em respiratória, que é nosso foco hospitalar, é... cada um vem de uma formação diferenciada, então, como o paciente é único e o objetivo é único, precisa uniformizar mesmo as situações. E também a empresa queria também certificações e... etc. Então a gente viu a necessidade, foi chamado a gente pela parte da Diretoria, foi criado, as pessoas né, pontos e sugestão e daí a gente desenvolveu, foi procurando pessoas que tem essa capacidade multiplicadora para poder estar replicando o treinamento. E na nossa experiência, por tudo o que a gente já passou, no caso da Fisioterapia, isso foi fantástico porque nosso viés em termos técnicos é cada um tem uma avaliação de forma diferente, só que como mexemos com máquina e sobre a vida né humana então é são alinhados com protocolos os treinamentos e guidelines atualizações de últimas é... publicações que o tempo todo tá alterando né. Então... isso foi fantástico na ponta para a gente poder uniformizar e... cada hospital fazia de um jeito. Então a gente tem um padrão pra assistência como um todo na parte da Educação.</p>	<p>Relevância da EC Áreas/Setores</p>
<p>P: Como o departamento de fisioterapia é estruturado? E os treinamentos, como são identificados?</p> <p>R1: Na fisioterapia, a gente conseguiu até conquistar uma vaga que não existia de educador né porque se viu essa a necessidade de uma pessoa falar a mesma língua e multiplicar da mesma forma. Então na fisioterapia nosso organograma é na coordenação geral eu e a Ana*, abaixo nossos supervisores de cada unidade e o multiplicador, que para esse educador a gente cria um cronograma anual né... e aí tem esse... tem uma reunião mensal com o multiplicador pra ele tá multiplicando e ver os temas da atualidade. Lógico que a gente também faz in loco de ver a necessidade de uma unidade específica se for pedida ou dada a especialidade ou cirúrgica ou não a característica da unidade a gente também muda de acordo com a equipe. Pra gente poder ver a necessidade do momento né. E os próprios fisioterapeutas também pedem. Exemplo do da atualidade o Coronavírus. Ah, e como é um profissional que atua diretamente com essa parte respiratória então a gente também se mobiliza pra poder proteção do funcionário e gente poder tá atualizando o que tá se fazendo no mundo pra tá sempre em tempo real aí, nessas... aprendizado.</p> <p>R2: Os treinamentos são alinhados entre o multiplicador e os coordenadores, e atendemos também os pedidos dos colaboradores e as necessidades pontuais identificadas. Eles são... os treinamentos são teóricos com casos reais e e... tem parte observacional também... dependendo do tema.</p>	<p>Planejamento dos temas Estrutura do treinamento</p>

P: Tem alguma avaliação dos colaboradores a respeito do curso / o colaborador que participou do treinamento dá algum feedback sobre o treinamento ministrada/ feedback?

R1: No nosso caso, como a gente teve as duas situações né da gente multiplicador e agora com educador, eu sempre faço um feedback com o multiplicador, pergunto como que foi naquela unidade né e ele mesmo me fala que nossa que foi mais difícil a compreensão em uma, mais fácil na outra, então ele também vai dando esse termômetro pra gente saber como tá a equipe, se precisa o próprio gestor da unidade refazer ou os dois colocam, como a gente trabalha muito com as escalas semanais, as folgas que atrapalham né, a Fisio então são duas folgas por semana então talvez tenha que fazer uma reciclagem, fazer... voltar no assunto.

R2: E além de conversar com o multiplicador, a equipe responde uma avaliação do tema do treinamento e depois tem uma autoavaliação e avaliação do curso, da estrutura, do instrutor... nós acompanhamos a opinião da equipe para planejar os próximos treinamentos. Quando o colaborador não atinge a nota mínima no treinamento, ele participa de novo do treinamento para esclarecer dúvidas e depois faz outra prova. E fazemos isso sempre que é necessário até a pessoa aprender e internalizar.

Acompanhamento do  
desempenho  
Avaliação do  
treinamento

\* Nome substituído para preservar a identidade do participante.



### Apêndice C – Transcrição da Entrevista de Nutrição Clínica

ENTREVISTA 04	CÓDIGOS
<p>P: Como foi o processo decisório para a criação do departamento de Educação Corporativa da especialidade?</p> <p>R: A gente, na verdade já, a gente já fazia alguns treinamentos, mas a obrigatoriedade né o..o.. o tempo, né, foi determinado pela empresa, é... acredito também que foi uma grande mudança não só por essa necessidade de certificação, mas para a própria, pra nosso próprio, para os nossos próprios colaboradores. Eu vejo uma evolução muito grande deles e hoje eles querem o treinamento, é eles não veem o treinamento como uma obrigação. Eles querem porque eles sabem que ali eles vão aprender mais, vão tá se atualizando. E a gente tem feito isso mesmo, além dos é... da adequação dos nossos protocolos, dos nossos processos internos, a chance de tá atualizando eles com as últimas informações de congresso né, dos últimos guidelines e tudo. Então eu percebo que isso foi benefício tanto para a empresa quanto para o próprio colaborador, pro crescimento dele profissional.</p>	<p>Relevância da EC Planejamento dos temas</p>
<p>P: O que abrange o departamento, como ele é estruturado?</p> <p>R. Na Nutrição Clínica então eu... a gente não tem ninguém específico da Educação Corporativa e aí esse ano eu e a Joana* vamos nos revezar pra gente dar os treinamentos. Então é... a gente tem um supervisor um líder né na unidade da nutrição clínica, mas é, ele participa do treinamento e é, somos nós dois que estamos fazendo.</p>	<p>Áreas/Setores</p>
<p>P: Tem alguma avaliação dos colaboradores a respeito do curso / o colaborador que participou do treinamento dá algum feedback sobre o treinamento ministrada/ feedback?</p> <p>R. Eles fazem um pós-teste com assuntos do treinamento e tem nota mínima para tirar. Quando acaba o pós teste geralmente vem uma tela de avaliação do treinamento, então eles avaliam estrutura do palestrante do método utilizado para o treinamento. E feita essa avaliação após a resposta dele do pós teste. Quando a pessoa não consegue a nota no pós teste, ela treina de novo e depois faz uma recuperação onde vai aperfeiçoar os gaps de conhecimento e esclarecer as dúvidas.</p>	<p>Avaliação do treinamento</p>

\* Nome substituído para preservar a identidade do participante.

**Apêndice D – Transcrição da Entrevista de Fonoaudiologia**

<b>ENTREVISTA 05</b>	<b>CÓDIGOS</b>
<p>P: Como surgiu a necessidade de estruturação da Educação Corporativa na especialidade?  R: Mensalmente eu fazia reuniões técnicas e nessas reuniões eu já fazia alguns treinamentos, e então veio a proposta de ser feito tudo pelo... pela Educação Corporativa, com dados, indicadores, com pós-teste e tudo direitinho.</p>	Relevância da EC
<p>P: O que abrange o departamento, como ele é estruturado?  R. Na Fonoaudiologia eu procuro fazer sempre com todas juntas porque sou eu e só os operacionais, então eu tenho que juntar todas pra fazer um treinamento único. Todas vão num dia só numa unidade e aí o treinamento é feito pra todas.</p>	Áreas/Setores
<p>P: Como são selecionados os temas?  R: A programação é anual elaborada no início do ano com os principais temas e pode ser conforme demanda, necessidade.</p>	Planejamento dos temas
<p>P: Como são feitos os treinamentos?  R. São teóricos e depois tem o pós-teste para avaliar o que foi aprendido.</p>	Estrutura do treinamento
<p>P: Tem nota mínima neste pós-teste?  R. Sim. Quando não atinge a nota mínima, revisa o conteúdo, esclarece pontos de dificuldade e depois faz a recuperação.</p>	Acompanhamento do desempenho
<p>P: Tem algum feedback do treinamento?  R. Tem avaliação de reação em que avalia o conteúdo e faz autoavaliação também.</p>	Avaliação do treinamento

### Apêndice E – Transcrição da Entrevista de Farmácia

ENTREVISTA 06	CÓDIGOS
<p>P: Como o departamento de Farmácia foi incluído no escopo da Educação Corporativa?</p> <p>R: Nós já fazíamos é... os treinamentos, mas mais por conta de padrão de... de processo de cada unidade, pra poder... todos, até novos colaboradores, os colaboradores mais antigos poderem treinar os novos, então tinha esse treinamento interno e não era algo homogêneo e padrão para toda a rede. E com a implantação da Qualidade dentro da Instituição e de novas né creditações e... com essa melhoria do processo cada vez mais ficou melhor.</p>	Relevância da EC
<p>P: O que abrange o departamento, como ele é estruturado?</p> <p>R: Na parte da... da Farmácia é... sou eu na parte de coordenação operacional, e cada unidade tem um responsável técnico porque é exigido pela fiscalização e seu substitutos porque precisamos de farmacêutico 24 horas em período integral durante o funcionamento do estabelecimento, então é... a grade funciona dessa maneira: tem a coordenação, um responsável técnico por cada unidade, seus substitutos para poder fazer o horário de 24 horas, auxiliares e técnicos de farmácia.</p>	Áreas/Setores
<p>P: Como são identificadas as necessidades de treinamentos?</p> <p>R: É de acordo com os guidelines e protocolos novos e reforço dos vigentes. Nós fazemos uma agenda no começo do ano com as propostas de treinamento e se tiver alguma necessidade nova, adaptamos para encaixá-la.</p>	Planejamento dos temas
<p>P: Tem alguma avaliação dos colaboradores a respeito do curso / o colaborador que participou do treinamento dá algum feedback sobre o treinamento ministrada/ feedback?</p> <p>R: Para a farmácia a gente... como a gente não tinha prova lincada, não tinha essa pergunta né, é pela parte observacional mesmo, a gente... usa no feedback trimestral que a gente passa para o colaborador. Então trimestralmente o RT de cada unidade passa um feedback da evolução do do... colaborador referente a todas as rotinas do setor e neste feedback ele tem a oportunidade de falar sobre tudo: sobre a gestão, sobre os treinamentos, é... de oportunidade de melhoria.</p>	Avaliação do treinamento Acompanhamento do desempenho

### Apêndice F – Transcrição das Entrevistas de Nutrição Produção

ENTREVISTAS 07 E 08	CÓDIGOS
<p>P: Como o departamento passou a fazer parte do escopo da Educação Corporativa?</p> <p>R1: Nós já fazíamos os treinamentos né, que é algo imposto pela Portaria mesmo que a gente segue, porém obviamente não era nada formatado com o padrão que a empresa exigia né, a gente tinha lista de presença, mas era mais setorial nessa questão de padronização. Veio a Educação Corporativa e a gente entrou né na questão de padronização, é foi muito útil para o setor né porque a parte operacional ela lida dia a dia com questões de seguimento de portaria tudo o que rege o setor de alimentação, de segurança do alimento. Então foi bem importante também e elas acabaram se inteirando também, aprenderam muito com isso, e... agora a gente tá seguindo né com essa questão de treinamento e vamos melhorar aí daqui para frente.</p>	Relevância da EC
<p>P: O que abrange o departamento, como ele é estruturado?</p> <p>R1: Da parte de nutrição de... é... nutrição produção, nós temos em cada unidade um supervisor, que fica responsável pelo pessoal de alta gestão é... e são eles os responsáveis por aplicar o treinamento com equipe de copeira, fazer os.... na época né que era pré-teste e pós-teste e até então a gente não tem nenhum responsável propriamente da Educação Corporativa né. Foi designada a Maria* no ano passado e provavelmente neste ano a gente tenha alguma novidade tá... para isso.</p>	Áreas/Setores Estrutura do treinamento
<p>P: Como o conteúdo dos treinamentos é definido?</p> <p>R2: Isso é feito no começo do ano, com os temas principais conforme protocolos e durante o ano se identificarmos que... que uma unidade precisa reforçar um tema, e que o tema é interessante pra todas, fazemos esse treinamento em todas as unidades porque tem que ter um padrão pra todas né...</p>	Planejamento dos temas
<p>P: Tem alguma avaliação dos colaboradores a respeito do curso / o colaborador que participou do treinamento dá algum feedback sobre o treinamento ministrada/ feedback?</p> <p>R1: Informalmente eles elogiavam bastante a questão de treinamento, da importância né, de quanto era válido essa questão do treinamento contínuo. Eles gostavam... gostam né bastante.</p> <p>R2: E tem o pós-teste pra gente avaliar o quanto a pessoa aprendeu e depois do pós-teste tem uma autoavaliação e avaliação do curso pra gente saber se precisa melhorar algo e já mexer no treinamento seguinte se for o caso.</p>	Avaliação do treinamento

\* Nome substituído para preservar a identidade do participante.

### Apêndice G – Transcrição da Entrevista de Medicina

ENTREVISTA 09	CÓDIGOS
<p>P: Como foi o processo decisório para iniciar os treinamentos médicos?</p> <p>R: É uma demanda necessária porque é uma forma de... de nivelar conhecimentos. E... além disso, ajuda no seguimento de protocolos e na padronização de processos. Algumas situações que são graves e não ocorrem com tanta frequência podem ser esquecidas e o treinamento é uma forma de reviver e internalizar conhecimentos. Por isso, compramos equipamentos de simulação realística para tornar esse aprendizado mais próximo da realidade e chamar os médicos para treinar.</p>	<p>Relevância da EC Planejamento dos temas Áreas/Setores</p>
<p>P: O que abrange esse departamento? Como ele é composto?</p> <p>R: Os treinamentos podem ser teóricos, com uso de simulação realística ou uso de peças de animais. Hoje em dia animais não são tão utilizados por causa do crescimento dos manequins e aqui não são usados, apenas a simulação com manequins. Alguns deles são mais tecnológicos e interagem conforme o aluno realiza os procedimentos, é um ambiente de aprendizagem seguro. E quando usamos manequins, fazemos o debriefing no fim para confirmar a aquisição daquela habilidade específica, daquela competência.</p>	<p>Estrutura do treinamento Relevância da EC</p>
<p>P: Como vocês identificam os recursos necessários para treinamentos, o que é importante ter para treinar?</p> <p>R: Identificamos pela prática. O médico gestor identifica a necessidade e elabora um treinamento. Ajudo na estruturação e organização e aí vemos se vai precisar de manequim, qual manequim, se é teórico-prático. Hoje treinamento só teórico não faz sentido, tem que ter prática também, tem que ser aplicável ao dia a dia de quem está treinando.</p>	<p>Planejamento dos temas Estrutura do treinamento</p>
<p>P: Tem alguma avaliação depois dos colaboradores que participaram do treinamento e esses colaboradores avaliam o curso, existe esse feedback?</p> <p>R: Depende da solicitação do médico. Pode ou não ser feita avaliação do conteúdo do treinamento ou mesmo uma autoavaliação.</p>	<p>Avaliação do treinamento</p>
<p>P: Vocês acompanham o desempenho dos colaboradores antes e depois do curso para identificar se tem alguma competência que tenha que ser treinada, alguma habilidade?</p> <p>R: De certa forma sim. O médico gestor identifica a necessidade de treinamento. Chamamos pessoas por ele indicada para treinar. Espera-se que os indicadores daquele conteúdo ensinado melhorem após o treinamento, que as pessoas tenham mais assertividade e isso é percebido pelos próprios números do hospital. Nem sempre é feito um acompanhamento do colaborador, mas acompanhamento de melhoria no processo como um todo sim, sempre é feita.</p>	<p>Acompanhamento do desempenho</p>

**Apêndice H – Transcrição da Entrevista da Administração dos Treinamentos Médicos e Multiprofissionais**

<b>ENTREVISTA 10</b>	<b>CÓDIGOS</b>
<p>P: Qual é a importância da Educação Corporativa?</p> <p>R: Eu acredito que a Educação Corporativa ela é muito importante para o desenvolvimento institucional. Quando pensamos em, falamos em desenvolvimento institucional é o desenvolvimento do corpo técnico e do corpo técnico administrativo porque não há muitas empresas que fazem formação pra esse corpo administrativo. É mais voltado pra aqueles setores que chamam mais a atenção, no caso médicos e enfermeiros e acabam esquecendo dos demais colaboradores. Aqui nós treinamos além dos médicos e enfermeiros, a equipe multiprofissional também e outras áreas do administrativo têm treinamentos, mas ainda não são da Educação Corporativa, são treinamentos de cada equipe mesmo.</p>	<p>Relevância da EC Estrutura do treinamento</p>
<p>P: Como é estruturada a Educação Corporativa? Quais são os departamentos, o que tem de materiais?</p> <p>R: Eu acredito que a Educação Corporativa poderia ganhar um escopo aqui dentro da instituição, que é o que disse antes do administrativo, que pode fazer parte da Educação Corporativa também. Mas por enquanto ela é estruturada com a equipe multiprofissional, onde cada... cada colaborador de especialidade tem o seu coordenador e em alguns casos os multiplicadores, e eles fazem os treinamentos para essas equipes de acordo com as portarias vigentes e exigências da ANVISA, atendendo a demanda dos hospitais. Tem treinamentos para médicos, para público interno e público externo, tem aperfeiçoamento dos equipamentos que nós utilizamos. Tem cursinhos de atualização, temas assim que estão em alta. Esporadicamente em alguns treinamentos é utilizada simulação realística, mais desenvolvida com os médicos residentes, médicos e enfermeiros.</p>	<p>Áreas/Setores Planejamento dos temas</p>
<p>P: No caso da simulação realística, como é o fluxo?</p> <p>R: Tem a apresentação do caso e os instrutores acompanham o que está sendo feito. Aí... é... depois da simulação tem uma discussão, que é o debriefing. Eles apresentam alguns casos, todos nessa estrutura, e depois vem o fechamento de tudo.</p>	<p>Estrutura do treinamento</p>
<p>P: Como é identificada a necessidade do treinamento?</p> <p>R: Quando há altos índices nos hospitais, assim, é feito um levantamento e esse levantamento é feito e visto pelo médico diretor e ele vê a necessidade de um enfermeiro e um médico estarem antenados com esse assunto porque de repente um caso está acontecendo muito em um hospital da rede e pode respaldar em outro. Então, para quando esse tipo de situação acontecer, esse médico já esteja treinado para receber esse paciente.</p>	<p>Planejamento dos temas</p>

<p>P: É feita alguma avaliação desse profissional, antes e depois deste treinamento, se ele foi capaz de desenvolver competências, se ele internalizou conhecimento?</p> <p>R: O ideal é que seja feito pelo menos um formulário para ver o tipo de conhecimento que ele adquiriu. No caso dos médicos não é feita uma avaliação escrita na maior parte dos casos, mas ele é acompanhado pelo diretor, que avalia seu progresso. Já no caso da equipe multiprofissional, é feita uma avaliação para verificar as competências, se ele apreendeu aquele tema. E tem também a autoavaliação e avaliação do treinamento.</p>	Avaliação do treinamento
<p>P: Os dados da Educação Corporativa são avaliados pelo setor administrativo, tem uma análise de indicadores?</p> <p>R: Tem. É feito indicador até mesmo pela qualidade, que aponta o tipo de treinamentos, a quantidade de treinamentos feitos pela equipe multiprofissional nos últimos anos e isso ajuda e influencia também nos índices de qualidade e nas certificações dos hospitais da rede.</p>	Acompanhamento do desempenho Relevância da EC