



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

YANE CARMEM FERREIRA BRITO

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE GESTORES E
GERENTES EM SAÚDE: PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS

FORTALEZA - CEARÁ

2018

YANE CARMEM FERREIRA BRITO

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE GESTORES E
GERENTES EM SAÚDE: PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Orientadora: Profa. Dra. Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Brito, Yane Carmen Ferreira .
Formação e desenvolvimento profissional de
gestores e gerentes em saúde: pesquisa de métodos
mistos [recurso eletrônico] / Yane Carmen Ferreira
Brito. - 2018 .
1 CD-ROM: il.; 4 ⅝ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 107 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2018 .

Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação
em Saúde e Humanidades..

Orientação: Prof.^a Dra. Ilse Maria Tigre de
Arruda Leitão..

1. Desenvolvimento de pessoal. 2. Formação
Profissional. 3. Gestão em saúde. I. Título.

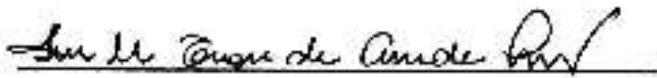
YANE CARMEM FERREIRA BRITO

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE GESTORES E
GERENTES EM SAÚDE: PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS

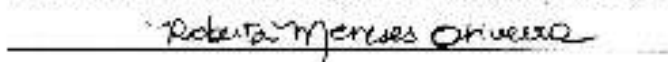
Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva
do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva. Área de
Concentração: Políticas, Gestão,
Avaliação em Saúde e Humanidades.

Aprovada em: 10 de dezembro de 2018

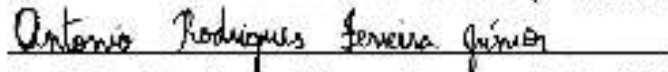
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Ilse Maria Tigre De Arruda Leitão (Presidente/Orientadora - UECE)



Prof^a. Dr^a. Roberta Meneses Oliveira (1º Membro - UFC)



Prof. Dr. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior (2º Membro - UECE)

Dedico esta obra ao meu salvador Jesus Cristo!

Primeiro, por me revelar seu glorioso plano de salvação.

Segundo, por meio da sua graça, me proporcionar mais do que eu pedi ou pensei.

Soli Deo Gloria!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo seu cuidado comigo.

Aos meus pais, por serem quem são.

A professora Ilse, por ser meu apoio acadêmico.

A CAPES, agência de fomento, por proporcionar o financiamento dos meus estudos alguns meses.

Ao Mateus, meu primo, que ajudou na parte quantitativa do trabalho.

Ao Túlio, meu namorado, pela ajuda nas coletas e na construção da análise.

A Suelen, Beatriz e Catarina, pela ajuda nas coletas.

A Larissa por me ajudar na transcrição dos áudios e na montagem do inventário.

Aos meus familiares e amigos que me apoiaram durante esse processo.

A banca examinadora – Professora Roberta, Professor Antônio e Professora Thereza -, pela disponibilidade de examinar e contribuir com o trabalho.

A todos os gestores e gerentes participantes do estudo pela consideração à pesquisa.

Ao PPSAC pela oportunidade de formação em saúde coletiva.

RESUMO

A análise da formação e do desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes de saúde é uma forma de dimensionar a gestão em saúde, já que eles são elementos fundamentais no processo de trabalho nos serviços de saúde. Dessa forma, objetivou-se por meio desse estudo, analisar a formação e o desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes em saúde. Trata-se de um estudo de métodos mistos, que utilizou dados quantitativos e qualitativos, caracterizando-se pelo desenho sequencial convergente. A amostra foi composta por 95 gestores e gerentes em saúde que atuam como coordenadores das Unidades Primárias à Saúde do município de Fortaleza, como também alunos do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: um roteiro de entrevista semiestruturada e duas escalas de percepção do desenvolvimento profissional. Os dados qualitativos foram organizados conforme análise de conteúdo de Bardin e os dados quantitativos por meio da análise por fatores, observando os desvios padrão em relação ao ponto médio. Ao final, foi feita uma associação dos dados quantitativos e qualitativos. Os resultados obtidos foram demonstram que: a formação está diretamente proporcional ao desenvolvimento profissional; ser gestor e gerente dá acesso a qualificação profissional; as demandas e responsabilidades comprometem o desenvolvimento profissional; a graduação não foca em desenvolver habilidades gerenciais; há um expressivo desenvolvimento gerencial por meio da pós-graduação e as competências gerenciais são aprendidas. Percebeu-se que a formação profissional já é compreendida como um alicerce na atuação em gestão e que muitas oportunidades de formação gerencial estão surgindo, desde a graduação até a pós-graduação. Identificou-se ainda que o desenvolvimento profissional está amplamente conectado com a formação, favorecendo uma melhor desenvoltura no trabalho dos gestores e gerentes. Assim, entende-se que a formação e desenvolvimento precisam ser mais discutidos para a obtenção de um profissional capacitado para exercer as funções gerenciais.

Palavras-chave: Desenvolvimento de pessoal. Formação Profissional. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The analysis of professional preparation and professional development of health managers is a way of dimensioning health management, since they are fundamental elements in the work process in the health services. Thus, the objective of this study was to analyze the professional preparation and professional development of health managers. It is a study of mixed methods, using quantitative and qualitative data, characterized by the convergent sequential design. The sample was composed of 95 health managers, who act as coordinators of the Primary Health Units of the city of Fortaleza as well as students of the Professional Master of Health Management of the State University of Ceará. The instruments of data collection used were: a semi-structured interview script and two scales of perception of professional development. Qualitative data were organized according to the Bardin content analysis and the quantitative data by factor analysis, observing the standard deviations from the midpoint. At the end, quantitative and qualitative data were combined. The results were: professional preparation is directly proportional to professional development; being a manager gives access to professional qualification; demands and responsibilities compromise professional development; undergraduate education does not focus on developing managerial skills; there is an expressive managerial development through graduate school and the managerial competences are learned. It was perceived that professional professional preparation is already understood as a foundation in management performance and that many management professional preparation opportunities are emerging, from undergraduate to graduate education. It was also identified that the professional development is largely connected with professional preparation, contributing to better performance in the work of the managers. Thus, it is understood that professional preparation and development need to be further discussed in order to obtain a professional qualified to perform the managerial functions.

Key-words: Personnel development. Professional qualification. Health management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa das regionais de Fortaleza, 2018.....	26
Figura 2	Organograma da seleção dos participantes da pesquisa, citando critérios de inclusão e exclusão.....	28
Figura 3	Relação da categoria profissional dos participantes do estudo.....	38
Figura 4	Porcentagem do sexo dos participantes do estudo.....	39
Figura 5	Relação do número de cursos de capacitação realizado pelos participantes do estudo.....	40
Figura 6	Relação dos participantes que realizaram pós-graduações.....	41
Figura 7	Organograma dos achados da fusão dos dados quantitativos e qualitativos.....	62
Quadro 1	Distribuição das classes temáticas e respectivas frequências, 2018. N= 86 UC.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos e laborais dos participantes da pesquisa.....	35
Tabela 2	Aspectos avaliados da EPADP e suas respectivas médias e desvio padrão.....	56
Tabela 3	Assertivas da EPEDP em relação ao grau de preparo quando começou a trabalhar e o grau de preparo atual, sob a ótica da média e desvio padrão.....	60
Tabela 4	Comparação entre os dados das entrevistas e os dados das escalas.....	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	GERAL.....	14
2.2	ESPECÍFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	GESTÃO EM SAÚDE.....	15
3.2	FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE GESTORES E GERENTES EM SAÚDE.....	19
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2	LOCAL E PERÍODO.....	25
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	27
4.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	28
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1	PERFIL DOS GESTORES E GERENTES EM SAÚDE.....	34
5.2	EXPERIÊNCIA NAS COLETAS DA DADOS.....	41
5.3	ANÁLISE QUALITATIVA DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	43
5.3.1	Classe temática I. Cursos, treinamentos e capacitações.....	44
5.3.2	Classe temática II. Formação na graduação e pós- graduação.....	48
5.3.3	Classe temática III. Escolha pela gestão/Perfil gerencial.....	52
5.4	ANÁLISE QUANTITATIVA DA ESCALA DE PERCEPÇÃO ATUAL DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL (EPADP) E ESCALA DE PERCEPÇÃO EVOLUTIVA DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL (EPEDP).....	54

5.5	COMPARAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS E OS DADOS DAS ESCALAS POR MEIO DO MÉTODO MISTO.....	61
5.5.1	A formação está diretamente proporcional ao desenvolvimento profissional.....	66
5.5.2	Ser gestor e gerente dá acesso a qualificação profissional.....	68
5.5.3	As demandas e responsabilidades comprometem o desenvolvimento profissional.....	69
5.5.4	A graduação não foca em desenvolver habilidades gerenciais.....	70
5.5.5	Há um expressivo desenvolvimento gerencial por meio da pós-graduação.....	72
5.5.6	As competências gerenciais são aprendidas.....	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICES.....	88
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	91
	APÊNDICE C – INVENTÁRIO.....	92
	ANEXO.....	99
	ANEXO A – ESCALAS DE PERCEPÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	100
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	102

1 INTRODUÇÃO

No Pacto Federativo do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, para promover um serviço de qualidade é preciso estar dotado de uma gestão em saúde capacitada e que utilize modernas práticas de se fazer gestão.

A relação entre esses entes federativos tem como obrigação constitucional organizar o sistema de saúde de forma que garanta autonomia das esferas de gestão e o fluxo de funcionamento, hierarquizando a complexidade dos serviços, constituindo uma rede contínua de cuidados (BRASIL, 2009).

Com as Normas Operacionais Básicas e o Pacto de gestão, a descentralização consolidou-se e, no âmbito da saúde, gerou uma nova organização dos serviços. Estados e municípios passaram a gerir praticamente toda a rede de serviços do SUS (MENDES *et al.*, 2011).

Assim, a nova gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação das políticas do SUS, para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde e para o atendimento das necessidades da população (FERREIRA, 2012).

A gestão em saúde, portanto, pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. (PAIM, 2003).

Ela pode, ainda, ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores e gerentes, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos. (BRASIL, 2006)

Há consenso entre os gestores participantes de uma pesquisa que a gestão na saúde está entre os principais problemas do SUS e sua transformação é um desafio prioritário. Os gestores destacaram ainda que o despreparo dos profissionais para o

exercício da administração é uma das principais fragilidades desse processo (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Diante disso, passam a surgir demandas de mudança de perfis profissionais como também gerenciais, que possam produzir uma prática condizente com a nova perspectiva de cuidado.

Ademais, as profissões da saúde passam atualmente pelo processo de reorientação da formação acadêmica em busca de um perfil de egresso mais capacitado a uma assistência humanizada, de alta qualidade e resolutividade (FINKLER *et al.*, 2013).

No ano de 2005, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, através da portaria interministerial nº 2.118, firmaram parceria para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Essa associação foi o resultado de discussões prévias que vinham desde a construção e o planejamento do SUS (GUARESCHI, 2011).

Os princípios e diretrizes do SUS e a lógica das diretrizes curriculares convergem para o olhar humanizado ao paciente e o enfrentamento dos problemas de saúde de acordo com as demandas sociais da população brasileira (BULGARELLI, *et al.*, 2014). A gestão em saúde está tentando construir ou reconstruir os serviços de saúde para que venham a ser efetivamente centrados nas pessoas, grupos ou comunidades com necessidades de saúde. Todavia, ainda é realmente necessário uma ampla renovação da concepção e prática da gestão atual em saúde. (LORENZETTI, *et al.*, 2014).

Percebe-se que, tanto a formação como o desenvolvimento profissional, são processos importantes para a construção de um novo perfil de profissionais que possam gerir com qualidade as unidades e os serviços de saúde.

A formação em saúde permite a produção centrada na articulação de diferentes saberes, conhecimentos e aprendizados no território da vivência/experiência do profissional, partindo desse como sujeito da problematização da própria formação. Outro modo de produção que inclua outras possibilidades para além da inculcação de um saber científico aplicado (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Já o desenvolvimento profissional pode ser entendido como uma combinação de processos, que envolvem um conjunto de modalidades de aprendizagem, com enfoque tanto em aspectos cognitivos como também em

comportamentais e afetivos, que favorecem o desempenho no trabalho e o avanço individual na carreira (PUENTE-PALACIOS; PEIXOTO, 2015).

Uma investigação sobre a formação e o desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes atuantes nos serviços de saúde é necessária para compreender como está ocorrendo essa construção formativa e de desenvolvimento profissional. Em vista disso, emergiram os seguintes questionamentos: Como acontece o processo de formação e de desenvolvimento profissional de gestores e gerentes em saúde no Ceará? Como o processo de formação está associado com a autopercepção do desenvolvimento profissional de gestores e gerentes em saúde no Ceará?

Justifica-se esse estudo pela autora ter concluído seu curso de graduação aprofundando seu conhecimento por meio da compreensão da formação de monitores de um programa de extensão em saúde e por estar inserida há mais de quatro anos no grupo de pesquisa “Gestão do trabalho e da segurança dos processos organizacionais em saúde e em enfermagem”; assim, seguindo esses caminhos, buscou interligar as temáticas e propor um estudo que contemple a formação, o desenvolvimento profissional e a gestão em saúde.

Considerando que a formação e o desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes do SUS permeia a oferta de serviços de qualidade que contemplem as demandas da comunidade, o estudo torna-se relevante devido aos benefícios que serão oferecidos aos participantes da pesquisa, na medida em que poderão incorporar novas reflexões e, posteriormente, novos comportamentos no contexto da gestão em saúde, contribuindo para a reorganização do processo de trabalho e da gestão. Os benefícios se estenderão também à população assistida nesse serviço, pois ao apontar quais são as potencialidades e fragilidades deste processo de formação e desenvolvimento, será possível buscar soluções para juntamente com as escolas formadoras e com os órgãos públicos de trabalho.

Ademais, nota-se que os estudos sobre a temática ainda são poucos e entende-se que quanto mais estudo na área, mais os serviços, os gestores e gerentes, os profissionais, os usuários, os pesquisadores, a academia e a sociedade serão beneficiados com a construção a partir das problematizações, discussões e achados resultantes das pesquisas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a formação e o desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Detectar potencialidades e fragilidades no processo de formação profissional de gestores e gerentes;
- b) Identificar a autopercepção dos gestores e gerentes sobre seu desenvolvimento profissional;
- c) Verificar a associação da autopercepção do desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes com o processo de formação profissional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi dividida em duas seções: Gestão em Saúde e Formação e Desenvolvimento Profissional de gerentes e gestores em saúde.

3.1 GESTÃO EM SAÚDE

Nos serviços de saúde, a gestão em saúde é um elemento direcionador das práticas. Dependendo do modelo de atenção seguido pelo gestor e pelo gerente, ou o que lhes é imposto a seguir, os focos das práticas podem mudar, pois em um modelo mais participativo, por exemplo, as práticas tendem a ser realizadas em um âmbito de construções coletivas.

A gestão em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (CECÍLIO, 2009).

Mais do que um administrador, o gestor em saúde é uma “autoridade sanitária”, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009). O papel do gestor de organizações de saúde é, provavelmente, um dos mais complexos cargos executivos atualmente existentes (REIS, 2004).

A gestão engloba os processos políticos implicados com a formulação e a decisão sobre os caminhos a serem tomados, assim como os processos de produção de atos de saúde (SULTI *et al.*, 2015).

Existe ainda a gestão em saúde centrada na lógica tradicional, evidenciada pelas ações burocráticas, centralizadoras e hierárquicas, pautando-se em lógicas tayloristas. Nesse cenário, as relações entre os próprios gestores, e destes com as equipes, retratam relações de poder centralizadas e formas de controle que superam a valorização da autonomia dos profissionais de saúde (SULTI *et al.*, 2015).

No desempenho da função gerencial, é habitual que o gestor ou gerente assuma o papel de controlar e regulamentar o trabalho nas unidades de saúde, pautado na administração científica, por meio de normas e padronizações técnicas (CAMPOS, 2007; VANDERLEI, ALMEIDA, 2007); pois, conforme Franco e Merhy (2013), muitos gestores ainda acreditam que ditar normas, seguir protocolos e prescrever o trabalho dos profissionais é suficiente para garantir que os processos se realizem.

Vale destacar que a consequência disso é um modo de fazer gestão pautado no 'apagar incêndio', onde as decisões são tomadas de maneira emergencial (SULTI *et al.*, 2015).

Porém, o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos. Há regularidades, padrões que se repetem, tendências que podem ser identificadas; mas chega-se a afirmar, também, e com alguma razão, que na saúde "cada caso é um caso" (CAMPOS, 2007). Mostrando ser necessária uma gestão crítica, reflexiva e participativa.

Surgem, então, estudos e formulações sobre modelos de gestão. Os modelos de gestão destinam-se a resolver problemas e desafios de negócios e podem propiciar uma nova maneira de ver uma situação que resulte em uma mudança positiva (ASSEN; BERG; PIETERSMA, 2010).

Pensar os novos modelos de gestão do trabalho no SUS implica refletir sobre as conquistas sociais dos trabalhadores e o modelo de atenção sugeridos pela Constituição Federal de 1988. Para isso, é de fundamental importância colocar, além das necessidades de saúde da população, o trabalho e o trabalhador no centro das investigações acerca das relações público-privadas estabelecidas mais recentemente na administração pública, pois isso implica considerá-los fundamentais para o processo de consolidação do SUS (CARNEIRO; MARTINS, 2015).

Os novos modelos de gestão mostram-se mais participativos, universais, integrados e focados na excelência da prestação dos serviços à população. São, finalmente, novas ideias que demandam uma nova postura dos gestores, aberta às mudanças necessárias e aos novos e inevitáveis desafios que se apresentam no mundo do século XXI (TAMADA; BARRETO; CUNHA, 2013).

A gerência em saúde deve ser enxergada como uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de

transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Partindo do pressuposto de que uma gestão eficaz dos serviços de saúde é aquela que utiliza uma administração participativa, e conseqüentemente apresenta melhorias na qualidade da assistência prestada e que isoladamente não solucionam todos os problemas, torna-se necessário um olhar mais atento à formação de recursos humanos qualificados para enfrentar os desafios existentes e uma vontade política para transformar os serviços de saúde, que certamente constituirão os pilares básicos da qualidade dos serviços de saúde prestados à população (WEIGELT *et al.*, 2012).

De acordo com uma pesquisa desenvolvida por Lorenzetti *et al.* (2014), para os próprios gestores e gerentes, o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, a lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e os processos de gestão e de organização do trabalho são exemplos de fragilidades encontradas na gestão em saúde.

Exemplo disso foram os resultados encontrados por Santos *et al.* (2016), sobre formação e experiência profissional para assumir o cargo de gerência, e identificaram que a maioria dos gerentes possuía ensino superior completo, entretanto, os cursos de pós-graduação foram escassos. Além disso, foram identificados gerentes que possuíam apenas o ensino médio, não possuindo qualquer formação compatível com o cargo de gerência em saúde

A partir da crescente demanda de formação profissional para o SUS e da incorporação da formação para a saúde como uma das ênfases nas Diretrizes Curriculares Nacionais, os cursos de graduação vêm se redimensionando no sentido de formar novos perfis profissionais para atuar nos serviços de atenção à saúde da população brasileira (GUARESHI, 2011).

A discussão sobre reestruturação curricular e seus desafios concretizou-se com o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS). Este foi adotado pelo Ministério da Saúde para dimensionar a tarefa de criar uma ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e prática (FIÚZA *et al.*, 2012).

A EPS é considerada como um quadrilátero de formação, constituído de elementos que interagem e articulam na produção de novos saberes e práticas. Dentre os elementos, o ensino corresponde à formação baseada na produção de

subjetividade, de habilidades técnicas, de pensamentos e o adequado conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde. Além disso, a realização das práticas de atenção à saúde funciona como ação problematizadora, que permitem a construção de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão dos usuários no planejamento terapêutico (CECCIM, 2005).

A adoção do conceito EPS pode favorecer a criação de uma cultura de gestão em saúde profissionalizada, associada ao desenvolvimento profissional dos quadros que integram a gestão (BRASIL, 2011).

A EPS é uma estratégia importante para a concretização das mudanças nas práticas de saúde, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, pois o serviço é aqui compreendido como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, cuja finalidade é melhorar a assistência em saúde (VIANA *et al.*, 2015).

Ela permite revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que, para serem propostas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema (BRASIL, 2005).

A mudança dos processos educativos perpassa por uma transformação social e cultural que ocorre nos espaços de trabalho, no cotidiano e na esfera micropolítica. A EPS é apontada como um caminho para a melhoria na qualidade, por ter o processo de trabalho como base na educação dos profissionais de saúde (FIÚZA *et al.*, 2012).

Essas ainda são mudanças em construção: as lutas entre o novo e o velho estão em plena vigência. Assim como na construção das novas práticas de saúde, essas novas maneiras de produzir conhecimento e formação em saúde demandam o enfrentamento de problemas ainda sem resposta. Não sabemos o final da história, mas sem dúvida podemos afirmar que os projetos que conseguiram construir processos coletivos de mudança e propiciar a constituição de uma massa crítica de sujeitos deram alguns passos seguros em direção à utopia que buscamos na saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Fica claro que viabilizar tais transformações nos processos de formação na gestão em saúde é uma ação constante e necessita de muito esforço conjunto,

tornando-se indispensável a parceria entre agentes formadores, financiadores, gestores e população (BRASIL, 2011).

No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Ressalta-se que a subjetividade permeia as relações de poder advindas da dimensão político-partidária. A ascensão à posição de gestor, em muitos locais, ainda não é decorrente de avaliação meritória, mas proveniente de indicação política, relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato ou com instâncias políticas superiores. Por exemplo, cada vez que muda o prefeito, ocorrem indicações para cargos considerados de confiança que se estendem também aos escalões técnicos no âmbito dos serviços de saúde, gerando descontinuidade de ações em função de interesses partidários e não em função de avaliações ancoradas em necessidades reais (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

Contudo, talvez o agravante mais preocupante ainda seja o despreparo dos profissionais que assumem os cargos de gestão/gerência do serviço público de saúde, evidenciando a situação de cargos de liderança ocupados por profissionais que não foram capacitados para tal função, uma vez que a formação e a educação permanente destes profissionais se encontram, em grande parte das vezes, desalinhadas das tendências de gerenciamento (SANTOS *et al.*, 2016)

Assim, para o alcance da eficiência e eficácia da gestão em saúde no Brasil, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, se pensa em um esforço nacional permanente na capacitação e/ou profissionalização da gestão; uma forte modernização através do uso de tecnologias eletrônicas de comunicação e informação; bem como, uma redução da instabilidade e rotatividade dos gestores na área pública, decorrente das implicações político partidárias (LORENZETTI *et al.*, 2014).

3.2 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS GESTORES E GERENTES EM SAÚDE

No interior da reforma sanitária, o SUS assume a reorientação dos serviços de saúde, sendo chamado a promover mudanças nesse campo por iniciativas, estratégias e programas que caminhem na direção do desenvolvimento em formação do profissional de saúde (MOREIRA *et al.*, 2016).

A instituição da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, é a responsável por formular políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Com o órgão, as questões do trabalho voltam a ser discutidas, levando a uma reflexão sobre que modelo de Estado deve orientar as relações com a sociedade. Dentre as funções do órgão, estão: regular a mobilidade profissional, valorizar a força de trabalho e gerar satisfação com o trabalho, compreender o processo de trabalho, implementar a educação permanente, reconhecer as mesas de negociação como espaço democrático e redução dos conflitos nas relações de trabalho, instituir processos de avaliação de desempenho com participação dos trabalhadores (BRASIL, 2002).

A formação e o desenvolvimento profissional para o SUS tendem a proporcionar mudanças, tanto nas instituições de formação, em seus programas de graduação e pós-graduação, quanto nas instituições prestadoras de serviços de saúde, em seus projetos de significar os espaços do trabalho como espaços de aprendizagem (ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016).

O conceito de formação não é equivalente ao de desenvolvimento profissional. A formação está localizada no tempo e parte da aplicação da teoria à prática. No entanto, a formação pode ser encarada como um modo de promover o desenvolvimento profissional, cabendo ao profissional tirar partido das oportunidades de formação que correspondam às suas necessidades e objetivos (BAPTISTA, 2010).

Assim, a formação profissional de saúde pode ser entendida como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos

epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Já o desenvolvimento profissional é um processo reflexivo e contínuo que se preocupa com as necessidades pessoais do profissional. Pressupõe uma aprendizagem ao longo de toda a carreira, em contextos diversificados, em que o profissional assume um papel fundamental, sendo as suas potencialidades valorizadas (BAPTISTA, 2010).

Então, tanto a formação como desenvolvimento são mais complexos do que os pré-conceitos estabelecidos. Eles não podem tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A formação profissional em saúde tem sido historicamente mediada por um modelo educacional centrado no professor, nas metodologias bancárias e na estruturação curricular baseada em disciplinas, o que evidencia a fragmentação e a especialização do conhecimento (PEREIRA; LAGES, 2013).

Mas ao longo das últimas duas décadas, várias estratégias de aproximação entre as políticas assistenciais e de formação profissional em saúde vêm sendo desenvolvidas (BEZERRA, 2016). Cria-se estratégias de estruturação de processos educativos que assegurem novas práticas sanitárias, superando esses modelos tradicionais centrados nas abordagens de doença e riscos. É preciso considerar também, a adequação do perfil profissional e o desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016)

O SUS, os gestores, as instituições de ensino e profissionais inseridos nesse processo, se deparam com uma série de dilemas, em razão das necessidades históricas de redimensionar suas funções e competências de acordo com a realidade complexa que é a situação de saúde da população brasileira. Os interesses dos diversos atores são distintos, mas a escuta das necessidades educacionais dos profissionais é um vértice importante para o fortalecimento do SUS e para a efetiva mudança nas condições de saúde do povo brasileiro (FIÚZA *et al.*, 2012).

A área de formação e do desenvolvimento na saúde busca alterar o histórico papel centralizador do Governo Federal na gestão e no financiamento de ações de educação na saúde, na medida em que no desenho da política está previsto um esforço cooperativo e compartilhado entre os diferentes níveis de governo (União, estados e municípios), instituições formadoras e instâncias de controle social, não apenas no acompanhamento das ações a serem desenvolvidas, mas, sobretudo no processo decisório em torno da educação na saúde (SENNA; ARANTES; WIESE, 2016).

Como política pública, surge a Educação Permanente em Saúde (EPS), que vem com a proposta de possibilitar a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (MOREIRA *et al.*, 2016).

Pode-se inferir que o objetivo da EPS é o de desenvolver nas organizações de saúde oportunidades de formação e crescimento para os profissionais envolvidos na assistência ao usuário (CUNHA, 2013), já que ela baseia-se na aprendizagem significativa, através da qual se desenvolvem experiências pedagógicas no âmbito dos serviços de saúde que facilitem a reflexão sobre as práticas de saúde apreendidas e sua “reatualização” (FIÚZA *et al.*, 2012).

A Educação a Distância (EaD) se agrega à EPS e tem se mostrado bastante útil, uma vez que rompe com as barreiras físicas e permite que o aluno escolha a hora e local de estudo, além de propiciar uma interação em tempo real entre alunos e professores, o que gera um acesso mais democrático ao conhecimento (SILVA *et al.*, 2015).

A EaD surge como uma proposta que, quando utilizada corretamente, pode constituir-se um instrumento facilitador aos processos de formação, de capacitação e de desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS. Cabe ressaltar que, apesar, da agilidade que essa modalidade de aprendizagem apresenta, a realidade vivenciada pelos serviços, no que se refere à disponibilidade de recursos da área de informática, ainda é bastante limitada, o que pode ser um importante entrave à essa proposta (BRASIL, 2011).

No campo da pós-graduação, há algumas experiências exitosas relacionadas aos mestrados profissionais, que têm possibilitado a um grupo menor de

dirigentes ou profissionais dos serviços, frente às necessidades institucionais, desenvolverem capacidade crítica, abordagem científica das questões dos serviços e propostas de intervenções e inovação tecnológica referentes ao seu trabalho, de alta relevância. Assim, esses cursos aproximam os serviços das universidades e centros de pesquisa (BRASIL, 2011).

O mestrado profissional é uma necessidade manifestada pelos profissionais de saúde. Muitos deles já possuem outras modalidades de pós-graduação como formação e desejam ainda o mestrado profissional como etapa seguinte nesse processo formativo (FIÚZA *et al.*, 2012).

O mestrado profissional tem motivado o reingresso nas universidades dos profissionais envolvidos apenas com a assistência. Esses profissionais estudam sua própria realidade de trabalho e, por meio da atualização do conhecimento e da capacitação, aplicam os resultados produzidos no curso *stricto sensu* nas suas organizações de serviço, melhorando a qualidade da assistência (FERREIRA, *et al.*, 2015).

Na graduação em saúde, os cursos vêm se redimensionando no sentido de formar novos perfis profissionais para atuar nos serviços de atenção à saúde da população brasileira (GUARESHI, 2011). Nesse ensejo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) surgem como um elemento fundamental no aporte à construção de tais políticas (BRASIL, 2011).

Há ruptura com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação e já em 2001-2004 acontece a aprovação das DCNs. Tais diretrizes, para os cursos de graduação na área da saúde, constituem mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano, biomédico e curativo; para outro, orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência (STELLA; PUCCINI, 2008).

Assim, ações de reorientação foram criadas e implantadas no âmbito da graduação, que pudessem, desde a academia, formar um profissional, enquanto estudante, preparado para o SUS. Exemplos dessas ações são: VerSUS, AprenderSUS, EnsinaSUS, PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

O investimento na formação, capacitação e desenvolvimento de trabalhadores é um assunto cada vez mais importante nos recursos humanos e tem

modificado a forma como as empresas trabalham. O ensino de mão única, padronizado, deu lugar a projetos colaborativos e customizados, em uma construção coletiva de conhecimento (MOREIRA *et al.*, 2016). Já que trabalhadores mais qualificados produzem melhor para o sistema de saúde e, se esse processo for desenvolvido de forma adequada, os trabalhadores tendem a ficar mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho (BRASIL, 2011).

Como relatado, ainda prevalece a cultura de que qualquer profissional sabe gerir e que a administração se aprende na prática. Raros são os gestores que passaram por bons programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho (AMARAL, 2011). Faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS; e identifica-se como origem deste problema, a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como, a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área (LORENZETTI *et al.*, 2014).

A alta rotatividade dos gestores e a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, calcado em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas, geram como consequências uma capacidade gerencial distante das necessidades e complexidade do setor saúde (LORENZETTI *et al.*, 2014).

A mudança dos processos formativos e de desenvolvimento perpassa por uma transformação social e cultural, que ocorre não apenas nas políticas públicas, mas também nos espaços de trabalho, no cotidiano, na esfera micropolítica (FIÚZA *et al.*, 2012). Fica claro que viabilizar tais transformações nos processos de formação e de desenvolvimento profissional é uma ação constante e necessita de muito esforço conjunto, tornando-se indispensável a parceria entre agentes formadores, financiadores, gestores e população (BRASIL, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é uma pesquisa de métodos mistos, utilizando dados quantitativos e qualitativos, caracterizando-se pelo desenho sequencial convergente.

“A pesquisa de métodos mistos proporciona mais evidências para o estudo de um problema do que pesquisa quantitativa ou qualitativa isoladamente” (CRESWELL; CLARK, p. 28, 2013), já que este tipo de pesquisa “[...] encoraja o uso de múltiplas visões de mundo, em vez de associação típica de alguns paradigmas [...]” (CRESWELL; CLARK, p. 28, 2013).

De acordo com Creswel e Clarck (2013, p. 74),

O projeto convergente ocorre quando o pesquisador usa o momento simultâneo para implementar os elementos quantitativos e qualitativos durante a mesma fase do processo da pesquisa, prioriza igualmente os métodos e mantém os elementos independentes durante a análise e depois mistura os resultados durante a interpretação geral.

O método escolhido foi, particularmente, importante para o que o estudo propõe, pois possibilita associar a estatística descritiva à investigação das relações humanas, no intuito de compreender melhor o tema estudado e facilitar a interpretação dos dados (POLIT; BECK, 2011).

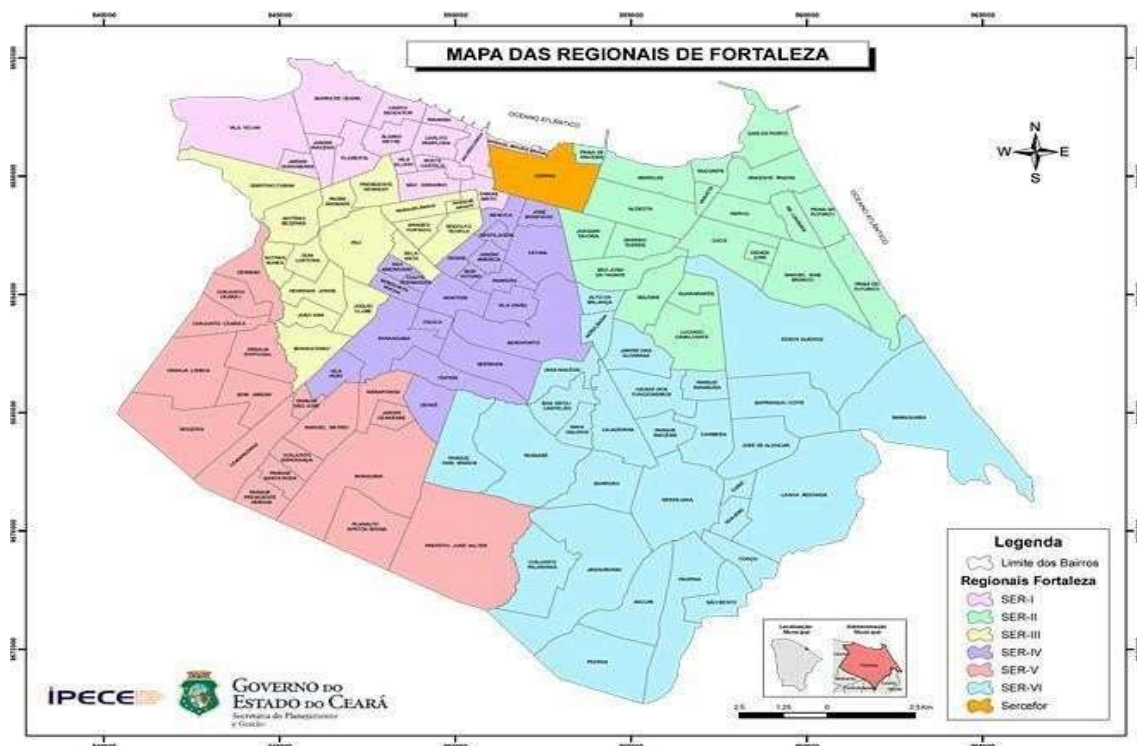
4.2 LOCAL E PERÍODO

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, nas 113 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e no Mestrado Profissional de Gestão em Saúde (MEPGES) da Universidade Estadual do Ceará.

As UAPS ficam a cargo de responsabilidade das Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) do município de Fortaleza, no estado do Ceará, encontrando-se dividido em seis CORES.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza é o órgão da administração direta da Prefeitura, que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (FORTALEZA, 2016).

Figura 1 - Mapa das Regionais de Fortaleza, 2018.



Fonte: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/140x.htm>.

Já o Mestrado Profissional de Gestão em Saúde, tem como objetivo formar mestres capacitados para gestão de serviços e redes de saúde, com incorporação de conhecimento e práticas nos serviços, nos três níveis de atenção em saúde. Possui público alvo os profissionais graduados (modalidade bacharelado) nas diversas áreas da saúde (de acordo com a Resolução Nº 287, de 08 de Outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde), administração e economia com atuação profissional em gestão da saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, 2018).

O currículo do Curso do MEPGES é estruturado em disciplinas obrigatórias (21 créditos), atividades obrigatórias (14 créditos), disciplinas optativas (8 créditos) e dissertação (9 créditos); perfazendo um total de 52 créditos (780 horas). O curso tem duração mínima de dezoito meses e máxima de vinte e quatro meses, sendo o primeiro ano destinado às disciplinas.

Vale ressaltar também, que quando comparado às outras modalidades de Pós-Graduação, o Mestrado Profissional pode ser considerado, ainda, recente, tendo passado a ser incentivado na segunda metade dos anos de 1990 (MACHADO, et. al, 2016).

O período de coleta de dados abrangeu os meses de janeiro a agosto de 2018.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

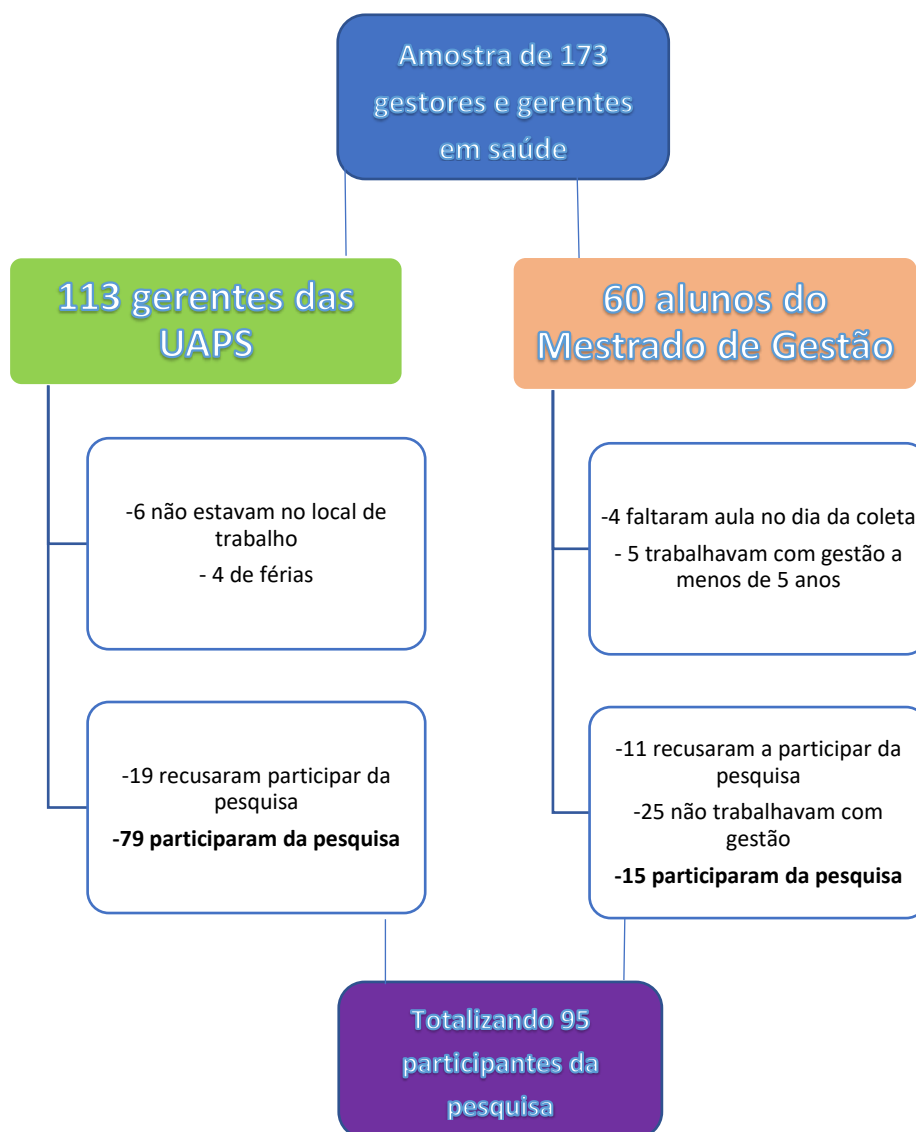
Os participantes da pesquisa, inicialmente, eram os 113 gerentes em saúde que atuam como coordenadores das Unidades Primárias à Saúde do município de Fortaleza e os 60 alunos do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Totalizando 173 entrevistados.

Os 173 participantes foram convidados a participar da pesquisa com prévia orientação sobre seus objetivos e agendamentos. Os critérios de inclusão considerados foram: estar em função de gestão em saúde; trabalhar com gestão há, pelo menos, um ano. E como critérios de exclusão adotados: gestores em afastamento legal de trabalho ou em período de férias.

No fim, os participantes da pesquisa foram 95 gestores e gerentes em saúde e, dos 60 alunos de mestrado, somente quinze participaram da pesquisa; onze se recusaram a participar, quatro não estavam no dia da aula de mestrado, cinco trabalhavam com gestão há menos de um ano e 25 não trabalhavam na função de gestor ou gerente.

Já na Atenção Primária de Saúde, totalizaram 79 coordenadores das UAPS que participaram da pesquisa. Dos que não participaram, seis não foram encontrados em seu local de trabalho, após várias idas da pesquisadora; quatro encontravam-se de férias e dezenove recusaram participar, principalmente por não ter tempo para responder os instrumentos e a entrevista.

Figura 2 - Organograma da seleção dos participantes da pesquisa, citando critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: elaborado pela autora

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram aplicados, simultaneamente, os seguintes instrumentos de coleta de dados: escalas de percepção do desenvolvimento profissional (ANEXO A); e roteiro de entrevista semiestruturada com questionário sociodemográfico e laboral e com pergunta em profundidade (APÊNDICE B).

As escalas utilizadas foram duas: a primeira, Escala de Percepção Total do Desenvolvimento Profissional (EPADP), voltada para a percepção do respondente

sobre o estado atual de seu desenvolvimento profissional; e a segunda, Escala de Percepção Evolutiva do Desenvolvimento Profissional (EPEDP), para a visão evolutiva desse desenvolvimento resultante da comparação entre o momento atual e o ingresso no mundo de trabalho (PUENTE-PALACIOS; PEIXOTO, 2015).

A EPADP é constituída com oito itens associados a uma escala do tipo *likert* e de concordância de 11 pontos, variando de 0 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente). Já a EPEDP, é composta por 13 itens associados a uma escala de 11 pontos na qual 0 significa “nenhum preparo”, e 10, que o profissional se considera totalmente preparado.

Acredita-se que ambas as escalas podem contribuir não apenas para diagnosticar a percepção de desenvolvimento profissional, mas também para investigar a existência de correlações com outros atributos relativos a comportamentos organizacionais ou às práticas de gestão de pessoas (PUENTE-PALACIOS; PEIXOTO, 2015).

Foi adotado também um roteiro de entrevista semiestruturada, utilizando a gravação para garantir maior fidedignidade ao processo de transcrição e análise de dados. Minayo (2010) sugere, entre outros fatos, a atenção do pesquisador ao planejar a entrevista, a obtenção de algum conhecimento prévio sobre o entrevistado, ouvir mais do que falar e o registro dos dados e informações durante a entrevista. Desta forma, a entrevista cumpre seu papel de fornecer dados relevantes ao pesquisador.

O questionário sociodemográfico e laboral reúne as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação como gestor, nome do local de trabalho, pós-graduação, quantidade de empregos, carga horária semanal de trabalho e tipo de vínculo empregatício. E a questão norteadora será: Em seu processo formativo (Graduação, Projetos de Pesquisas, Projetos de Extensão, Estágios Curriculares e Extracurriculares, Pós-graduação, entre outros) quais foram as fragilidades e potencialidades encontradas para hoje você desenvolver suas atividades como gestor ou gerente?

Para Minayo (2013), o roteiro da entrevista deve servir como guia para o andamento da interlocução, de forma que permita flexibilidade nas conversas, conseguindo absorver novos temas e questões relevantes trazidas pelo entrevistador.

Após o esclarecimento sobre a pesquisa, o participante, mediante autorização prévia através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE A), concede a entrevista, que foi gravada para dar maior fidedignidade dos dados e, posteriormente, ocorreu a transcrição das falas na íntegra.

A identificação dos gestores e gerentes pesquisados se deu através do uso da letra “G”, seguida da enumeração sequencial, garantindo o anonimato do participante.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nas escalas de percepção foram armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel®, e posteriormente foram processados no programa de análise estatística SPSS versão 20.0.

Para fins de organização dos dados quantitativos, estes foram distribuídos em tabelas e quadros, de acordo com o seguimento da análise. Foram calculados média e desvio padrão das variáveis quantitativas.

Já os resultados das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Esta é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A análise de conteúdo realiza-se em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na primeira fase, é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente, na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos.

A fase de pré-análise consiste na organização propriamente dita, momento em que se organiza o material, escolhem-se os documentos a serem analisados, formulam-se hipóteses ou questões norteadoras. No caso das entrevistas, estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituirá o corpus da pesquisa. Em seguida, deve-se proceder à preparação do material, a qual se faz pela "edição" das entrevistas transcritas. Pode-se organizar esse material em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, fazendo uso de lápis colorido para sublinhar as semelhanças com a mesma cor. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos

interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2011).

A fase de Exploração do material é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011).

A codificação compreende a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância. Já a unidade de contexto (UC), é o parágrafo que serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

Vale ressaltar que muitos dos entrevistados não conseguiram captar a essência da pergunta norteadora e responderam sobre as fragilidades e potencialidades na prática da gestão e não sobre a formação. Estas unidades de contexto foram, então, descartadas.

A etapa seguinte consiste na categorização. Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (Unidades de Contexto) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

Então, inicia-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles.

Por fim, ocorreu a análise de dados por meio do método misto, que consiste em técnicas analíticas também à mistura das duas formas de dados (quantitativo e qualitativo) simultaneamente e sequencialmente (CRESWELL; CLARK, p. 189, 2013).

Os dados qualitativos e quantitativos foram fundidos mediante integração para determinar combinações, respondendo a seguinte pergunta: Até que ponto os

resultados quantitativos e qualitativos convergem? (CRESWELL; CLARK, p.199, 2013).

Diante disso, foi usada a estratégia de comparação na análise dos dados fundidos chamada de comparação lado a lado em uma tabela resumida, destacando as informações similares encontradas nas duas fontes de dados (CRESWELL; CLARK, p. 199-200, 2013).

4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto de pesquisa intitulado: FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE GESTORES/GERENTES EM SAÚDE: PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS, submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará/UECE, foi aprovado pelo parecer de nº 2.943.833, CAAE: 76969617.9.0000.5534 e encaminhado às Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza.

A participação na pesquisa só se iniciou mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em duas vias e assinado pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias constam o contato telefônico do responsável pela pesquisa e do CEP local.

A pesquisa respeita a condição humana e cumpre todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Segundo a referida resolução: A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012b, p.3).

É assegurado que as informações coletadas somente serão utilizadas para os fins dessa pesquisa. Cabe ressaltar que os resultados obtidos serão devolvidos aos entrevistados através de relatórios enviados às Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza e à Coordenação do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS GESTORES E GERENTES EM SAÚDE

Para descrever os participantes da pesquisa, foi utilizado um questionário que contemplava as seguintes variáveis socioeconômicas e laborais: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação na gestão, pós-graduação, cursos de capacitação, quantidade de empregos, carga horária semanal. A partir desses dados foi possível traçar um perfil dos gestores e gerentes.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e laborais dos participantes da pesquisa.

Continua)

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	76	80%
Masculino	19	20%
Idade		
20-30	10	11%
30-40	44	46%
40-50	28	29%
50-60	11	12%
>60	2	2%
Estado Civil		
Solteiro	27	29%
Casado	60	63%
Divorciado	7	7%
Viúvo	1	1%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	52	55%
Dentista	17	18%
Fisioterapeuta	6	6%

Continuação)

Ass. Social	5	5%
Psicólogo	3	3%
Administrador	3	3%
Farmacêutico	3	3%
Médico	2	2%
Adm. Hospitalar	1	1%
Biomédico	1	1%
Nutricionista	1	1%
Gestão	1	1%
Tempo de Formação		
<5 anos	13	14%
5-10 anos	22	23%
>5 anos	61	63%
Tempo de atuação		
<5 anos	64	68%
5-10 anos	17	18%
>5 anos	13	14%
Pós-graduação		
Sim	91	96%
Não	4	4%
Cursos de capacitação		

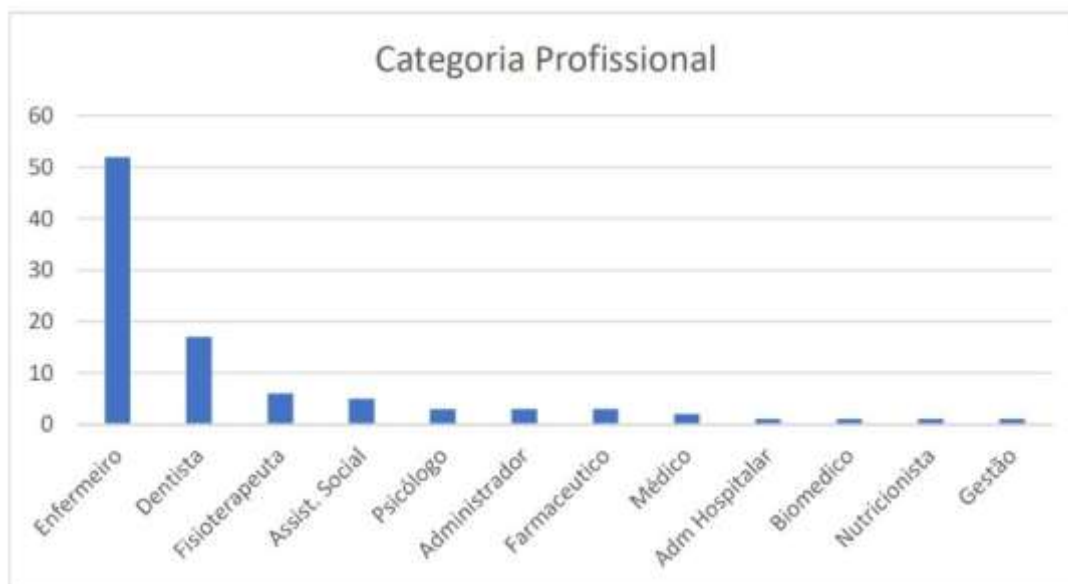
Conclusão)

0	23	24%
1	48	51%
2	17	18%
3	5	5%
4	2	2%
Quant. De empregos		
1	61	65%
2	20	21%
3	11	12%
4	0	0%
5	1	1%
6	1	1%
CH semanal		
20 horas	2	2%
30 horas	1	1%
40 horas	72	72%
>40 horas	18	19%

Fonte: elaborado pela autora

Os dados apresentados revelam que a maior parte dos gerentes e gestores que participaram da pesquisa são do sexo feminino (80%) e casados (63%). A categoria profissional de maior participação no estudo foi dos profissionais enfermeiros (55%). O período de idade predominante de gestores e gerentes foi de 30 a 40 anos (43%). A maioria tinha tempo de formação maior que cinco anos (63%), mas, também a maioria, tinha tempo de atuação na gestão menor que cinco anos (68%). Identificou-se ainda que 96% dos participantes tinham pós-graduação e 51% tinham apenas um curso de capacitação. A maioria deles responderam que possuem apenas um emprego (65%) e que a carga horária semanal é de 40 horas (72%).

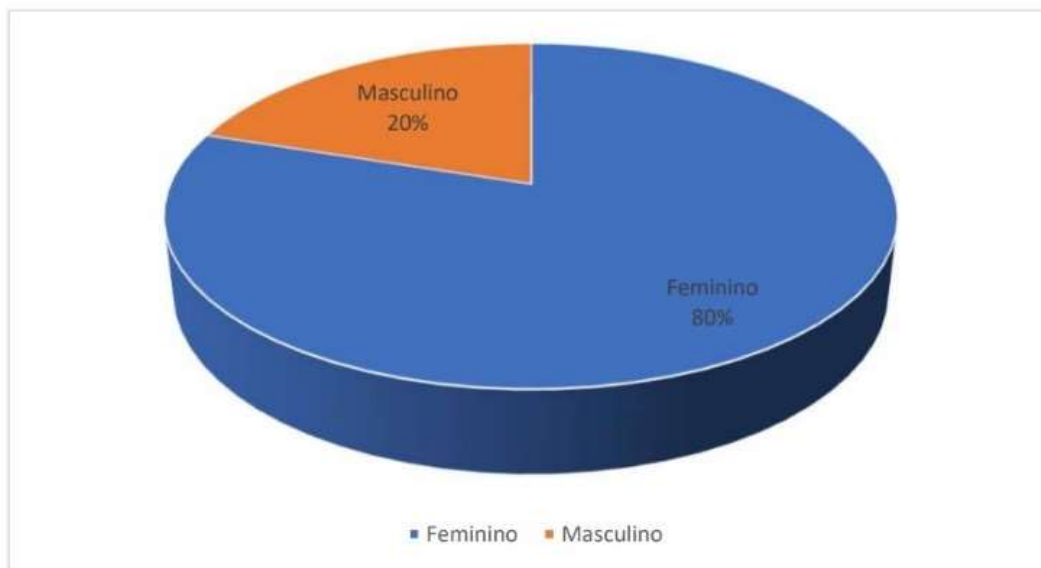
Figura 3 - Relação da categoria profissional dos participantes do estudo.



Fonte: elaborado pela autora

Com relação ao aspecto do sexo, Leitão (2016) afirma que é evidenciado e compatível com a literatura o sexo feminino ser o predominante, pois acredita-se que as transformações econômicas, financeiras e sociais, ocorridas no Brasil ao final do século XX e início do século XXI, facilitam a inserção da mulher no mercado de trabalho, principalmente no terceiro setor, o de serviços.

Figura 4 - Porcentagem do sexo dos participantes do estudo.



Fonte: elaborado pela autora

Em se tratando de estado civil, JANUÁRIO (2009) afirma que os casados são os mais propensos a desenvolver o comprometimento afetivo, enquanto aqueles que reforçam a relação custo benefício, favorável à permanência no emprego, são os mais propensos a desenvolver o comprometimento instrumental.

Como representação da faixa etária utilizou-se o intervalo de tempo de dez anos. Percebeu-se que, se por um lado o quadro gerencial possui maior maturidade profissional, por outro, os profissionais mais jovens, ou em início de carreira, têm tido menos oportunidades de assumir cargo gerencial (COELHO *et al.*, 2015).

A respeito do tempo de formação e de atuação como gestor, em um estudo mais da metade da amostra exercia a gestão há menos de um ano e os autores entenderam que é no início do exercício profissional que os indivíduos se encontram em um período de sensibilização, quando acontece a transição das expectativas idealistas para a realidade da prática cotidiana (POLETTTO *et al.*, 2016; MARTÍNEZ, 1997).

Relacionado a realização de cursos de pós-graduações, obteve-se que quase a totalidade tinha pós-graduação. Corroborando com o achado, o estudo de LIMA; ANTUNES; SILVA, (2015) coloca que a maioria dos participantes realizaram curso de especialização em busca de qualificação profissional para a gestão dos serviços de saúde. Já sobre cursos de capacitação, percebeu-se que a maioria tinha apenas um curso.

Figura 5 - Relação do número de cursos de capacitação realizados pelos participantes do estudo.



Fonte: elaborado pela autora

Figura 6 - Relação dos participantes que realizaram pós-graduações



Fonte: elaborado pela autora

Já referente a quantidade de empregos e a carga horária semanal, corroborando com o estudo de Machado et. al. (2016), tem-se que a carga horária cumprida pela maioria dos coordenadores era de 40 horas semanais, devido a rotina de trabalho diurna e por possuir um único emprego, o que se pode explicar pelas grandes demandas que a gestão implica, dificultando a procura de mais empregos.

5.2 EXPERIÊNCIA NAS COLETAS DE DADOS

Realizar pesquisa nunca foi fácil. Encontrar uma lacuna ainda não estudada, utilizar técnicas específicas para tentar responder uma questão, seguir passos rigorosos, encontrar resultados, analisar dados e sistematizar tudo são alguns desafios encontrados por um pesquisador.

Nessa pesquisa, especificamente, não foi diferente. Apesar de gostar bastante de pesquisa, encontrei tantas dificuldades na construção dessa dissertação de mestrado que pensei até que não iria conseguir finalizar.

O período de coletas de dados, para mim, foi o mais trabalhoso e desafiador. Foram exatos oito meses. Inicialmente seriam seis meses, mas por várias dificuldades encontradas no campo, tivemos que criar um adendo esticando o período para oito meses. É sobre essa fase da pesquisa que irei contar mais detalhadamente.

A minha coleta de dados se deu com uma turma de um mestrado profissional em gestão e com coordenadores de unidades primárias à saúde, onde identifiquei vários cenários e territórios. Desde um mestrado em uma das maiores universidades estaduais do norte-nordeste, até comunidades violentíssimas na grande capital Fortaleza.

Inicialmente, realizei a coleta com os alunos do mestrado. Para mim seria fácil abordá-los e convidá-los a participar. Compareci, então, em um final de semana de aula para poder abordar todos os alunos. Durante um intervalo e outro das aulas abordava-os e convidava-os a participar da pesquisa.

Para minha surpresa, expressiva quantidade de alunos não trabalhava com gestão diretamente. Dessa forma, não se encaixavam no perfil dos participantes do estudo. Faço ainda um acréscimo a questão que um dos requisitos para ingressar no mestrado era trabalhar com gestão.

Ainda com esse grupo, tive outros desapontamentos. Pois como alunos de mestrado, vivenciando os mesmos desafios de uma construção de dissertação como eu, alguns deles não foram cooperativos, se recusaram a participar ou até mesmo não deram a devida atenção na hora que eu estava explicando as escalas, por exemplo. Me fazendo refletir que talvez para muitos a “minha pesquisa” é importantíssima, mas “a sua pesquisa” nem tanto. Ou talvez, o mestrado seja apenas mais um título. Enfim, foi desapontador.

Nas UAPS não foi diferente. O primeiro grande desafio foi percorrer toda a extensão territorial do município de Fortaleza para convidar os coordenadores e realizar a pesquisa com os mesmos. Particularmente, como ser humano e amante da Atenção Primária à Saúde, foi muito enriquecedor constatar que a APS atinge todas as populações e que existem as mais diversas realidades, foi um choque engrandecedor.

Tive a oportunidade de conhecer as mais diferentes realidades sociais, como uma pequena unidade no centro de um dos bairros mais elitizados do município. E ali se produzia saúde, para todos, inclusive. O filho do rico ia tomar vacina lá e o filho do pobre (que moravam na periferia do bairro elitizado) ia para ser atendido pelo médico especialista em medicina de família e comunidade, por exemplo.

Outra realidade (que muito se repete no município) foram as unidades dentro de comunidades, onde a criminalização é “formalizada” no território, onde realmente quem manda é o bandido. “Entrar de carro com vidros baixos”, diziam as

letras pichadas no muro da escola. Esgoto a céu aberto e ruas tão estreitas que dois carros em direções opostas não tinham como trafegar.

Estruturalmente, encontrei ainda unidades com padrões diferenciados. Bairros em que a unidade é uma casa adaptada e em outros lugares as unidades tem o padrão estrutural padronizado, com entrada ampla, NAC (Núcleo de Atendimento ao Cliente) bem na frente da porta, banheiros para usuários, inclusive para pacientes com limitações motoras, consultórios, sala de vacina, farmácia, copa, sala dos ACS, odontologia, esterilização já no final da unidade. Todos os compartimentos em seus locais com um propósito.

Em relação aos participantes da pesquisa, encontrei dos mais diversos tipos. As abordagens iniciais não achei difícil, muitas vezes eu ligava informando que iria à unidade para realização da pesquisa, outras vezes só chegava na unidade e perguntava pelo coordenador e os profissionais da unidade me direcionavam até eles.

Encontrei gerentes atenciosos e sensibilizados a pesquisa, que inclusive liam todo o TCLE, queriam entender a pesquisa, falaram pontos bons e ruins dos instrumentos. Mas também encontrei coordenadores que não deixavam nem explicar a pesquisa, respondiam rapidamente sem analisar nada, alguns arrogantes.

Assim, quis, por meio desse pequeno relato, mostrar que não foi fácil desenvolver essa pesquisa e que foi uma experiência que deixou em mim várias marcas. Me ensinou e me fez pensar sobre várias questões referentes a pesquisa, a assuntos trabalhistas, de saúde e de aspectos sociais e humanos.

5.3 ANÁLISE QUALITATIVA DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

As interlocuções resultantes das entrevistas semiestruturadas, dizem respeito ao processo formativo dos gerentes e gestores em saúde e as nuances da construção do ser gestor.

Apresenta-se, a seguir, o Quadro 1 com o resultado da análise de conteúdo temática, que foram apreendidas em três classes temáticas: cursos, treinamentos e capacitações; formação na graduação e pós-graduação; escolha pela gestão/perfil gerencial.

Quadro 1 - Distribuição das classes temáticas e respectivas frequências, 2018.**N= 86 UC.**

CLASSES TEMÁTICAS	f (%)
Cursos, treinamentos e capacitações	30 (35%)
Formação na graduação e pós-graduação	46 (54%)
Escolha pela gestão/ Perfil gerencial	10 (11%)

Fonte: elaborado pela autora

5.3.1 Classe temática I. Cursos, treinamentos e capacitações

Foram reunidos nessa classe, 30 unidades de contexto (UC) que agruparam falas dos entrevistados referentes a busca por qualificação profissional durante o exercício na gestão. A maioria dos entrevistados citou como uma grande potencialidade formativa a participação em cursos, treinamentos e/ou capacitações. Como as falas exemplificam:

Uma potencialidade são os cursos específicos na área de gestão [G92].

Em cada treinamento que eu fiz em gestão, a gente melhora algo [...] então, os cursos de gestão, voltados para gestão, são necessários, porque as leis modificam. Então, você tem que está se atualizando. Não tem como dizer que um gestor que é um gestor já se graduou o suficiente, ele tem que se manter constantemente em treinamento [G3].

Uma potencialidade que percebo é a realização de curso e participação de capacitações [G11].

Os cursos, treinamentos e capacitações são uma ferramenta para construção da gestão em saúde, pois permitem a reflexão acerca do processo de trabalho (BOMFIM et al., 2017). E a percepção dos entrevistados sobre a importância das atualizações mostra a sensibilidades deles para um processo formativo contínuo. Contrariando pesquisas que afirmam que a falta de interesse de alguns gestores e

gerentes para aderirem aos treinamentos é fator limitador da qualificação (FARIA, et al, 2017).

Além do mais, o gestor em saúde lida, constantemente, com o enfrentamento de problemas, ora tendo que atender às exigências de seus superiores, ora tendo que atender às demandas da população assistida e dos servidores, o que exige flexibilidade e capacidade de gerenciar conflitos (POLETTTO *et al.*, 2016).

Por isso, a preocupação com a realização de processos educativos que tenham relação com o cotidiano do trabalho, isto é, que os problemas da prática sejam os motivadores dos temas a serem abordados em processos educativos, indicando o propósito de qualificar os serviços (SENA *et al*, 2017), já que a formação tradicional não tem suprido em formar gestores e gerentes em saúde capazes de atender as demandas. Como nas falas a seguir:

[...]alguns cursos baseados em evidências científicas com casos relacionados a vivência diária são necessários [G78].

[...] Foi menos conteúdo e mais casos reais por problematização [G89].

Percebe-se, então, a importância de processos formativos de gestão possuírem como alicerce a pedagogia da problematização, que mostra uma educação acontecendo no seio da realidade. O gestor é capacitado por meio de técnicas pedagógicas onde a realidade é estudada, onde casos reais (ou até mesmo fictícios) são discutidos e analisados com o intuito de melhorar e solucionar os problemas enfrentados nos serviços de saúde.

O discurso aponta algumas qualidades sobre a sua estruturação da problematização, uma delas é que ele trabalha sob um enfoque problematizador baseado na construção compartilhada do conhecimento, na experiência cotidiana desses profissionais e nos princípios do SUS (MELO; QUINTÃO; CARMO, 2015).

O Ministério da Saúde, para responder a demanda da qualificação profissional, aprovou em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), por meio da Portaria GM/MS n.198 (BRASIL, 2004), que posteriormente foi revogada pela Portaria GM/MS n 1996 de 2007 (BRASIL, 2007). Os cursos, treinamentos e capacitações são exemplo de ação de Educação Permanente em Saúde (SILVA, MATOS, FRANÇA, 2017).

A produção de inquietação social, inerente a uma pedagogia pela autonomia utilizada na EPS, é essencial para uma educação que seja problematizadora, crítica e transformadora (SCHOTT, 2018). Na gestão, então, pode gerar um gestor e gerente capaz de resolver problemas em um menor espaço de tempo ou até mesmo gerar soluções nunca identificadas e implementadas são desafios almejados.

Assim, a educação permanente pode ser pensada como uma estratégia em prol do processo de formação de líderes, bem como para a qualificação da gestão prestado pelos profissionais de saúde (AMESTOY *et al.*, 2017).

O gerente e gestor necessita então, dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, bem como, ter uma visão geral no contexto em que elas estão inseridas e compromisso social com a comunidade (COELHO *et al.*, 2015).

Além do mais, cursos, treinamentos e palestras podem auxiliar a transformação da prática cotidiana dos gestores e gerentes a fim de produzir mudanças na forma de pensar, gerenciais e agir com a equipe, criando possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em novas direções (CAMELO, *et al.*, 2016).

Nos discursos dos entrevistados, percebeu-se ainda que para os gerentes e para os gestores, ter um cargo de chefia facilita o acesso aos cursos, treinamentos e capacitações:

Com relação as potencialidades para a questão da formação, eu vejo que o cargo em si, ele já se constitui em uma potencialidade de você ter mais acesso à formação [G48].

[...]maior acesso as informações e cursos oferecidos[...] [G60].

Porém, ao passo de ter mais acesso, a carga horária semanal, as demandas do trabalho e a grande responsabilidade acabam dificultando a conclusão ou até mesmo a inserção nos cursos ofertados, como os discursos seguintes elucidam:

Com relação a fragilidade, ao tempo em que o gerente se encontra numa posição sobrecarregada com suas atribuições e com suas atividades, ele, às vezes, deixa de cumprir as capacitações que começou ou deixa de fazer capacitações que seriam necessárias também [G48].

Então, na verdade, é um contraditório, ao tempo em que ele tem essa facilidade, o cargo em si lhe tira da possibilidade de ampliar seus conhecimentos [G48].

A não conclusão de cursos se torna prejudicial para o desenvolvimento profissional do gestor e gerente, pois como Coelho et al (2015) dizem, o despreparo do gestor influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e da dinâmica das equipes envolvidas nos serviços podendo levar à ineficácia e ineficiência dos processos.

Para alguns entrevistados, a dificuldade na adesão aos cursos, treinamentos e capacitações é a oneração dos valores dos cursos para a área da gestão:

Como fragilidades percebo que o preço dos cursos de gestão é elevado.
[G59]

Os cursos voltados para formação de um gestor são cursos onerosos, quando não são gratuitos [G48].

Foi citado também a proposta de formação por meio da Educação a Distância (EaD), que constitui uma potencialidade, pois na EaD há a oportunidade de um grande alcance e acesso, já que não precisa estar fisicamente em sala de aula e as atividades e aulas podem ser acompanhadas e resolvidas de acordo com o tempo do discente, favorecendo para uma gestão que não possui muito tempo ao seu favor:

Potencialidade: realização de cursos em formato EaD [G60].

A educação a distância vem suprir as necessidades de aprendizagem dos dias atuais. Segundo Machado e Moraes (2015), trata-se de uma modalidade de ensino inerente aos avanços tecnológicos, assim como a necessidade de qualificação das profissionais. Nesse contexto, torna-se imprescindível àqueles que lutam por uma formação crítica e propositiva compreender tais mudanças (SILVA; RABELO, 2017).

Dessa forma, os cursos, treinamentos e capacitações surgem como um instrumento facilitador para o serviço; contudo, estes requerem uma construção diuturna e realimentada, a cada momento, com questionamentos que surgem ao longo da vivência na prática profissional. Sendo assim, é preciso continuar estimulando a

ideia de inovação e de questionamento constantes, pensando a possibilidade de EPS como estratégia para mudança da organização do processo de trabalho e da qualidade da gestão (SENA *et al.*, 2017).

Assim, os órgãos competentes pelos serviços de saúde precisam investir no preparo de gestores e gerentes para que eles consigam lidar com os desafios dessa função, para que eles sejam elementos facilitadores dos processos e contribuam para o alcance de metas organizacionais.

5.3.2 Classe temática II. Formação na graduação e pós-graduação

Essa classe temática reuniu a maioria das falas dos entrevistados, totalizando 46 UC, que expressam a gestão mediante os processos formativos durante a graduação e as pós-graduações.

As falas seguintes refletem a percepção dos gerentes e dos gestores sobre a graduação e seu viés gerencial. Eles identificam que a graduação não gera subsídios formativos para a atuação na gerência:

Na graduação, a questão de gestão, a gente não tem muitas cadeiras em relação a gestão. (G87)

Na graduação não vi muito a parte de gestão. Vi mais SUS e Saúde Coletiva. [G76]

[...]Inexistência do conteúdo na grade curricular. [G55]

Durante a graduação não houve praticamente formação que desenvolvesse atividades de gestão. Deixou muito a desejar [G45]

É notório que muitos dos entrevistados ficaram insatisfeitos com a graduação no quesito da formação gerencial, gerando possíveis reflexos na atuação do gestor ou gerente. Como as falas expressam, as falhas formativas existem nos cursos de graduação em saúde.

Ademais, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Biomedicina, Educação Física (bacharelado), Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, a gestão é mencionada como ato de administrar e gerenciar a “força de trabalho, recursos humanos e materiais de informação” e, “os profissionais

devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes de equipe de saúde” (COSTA *et al.*, 2018).

Mas, percebe-se que muitos dos profissionais de saúde não estão preparados para atuar na gestão. Pode-se inferir que essa situação é consequência de um ensino na graduação deficiente sobre o tema. Este deve ser trabalhado tanto na teoria quanto na prática, pois somente ao vivenciar situações com a equipe é que se pode realmente aprender e aperfeiçoar as habilidades essenciais para o exercício da liderança (COSTA *et al.*, 2017).

É necessário, assim, repensar os cursos de graduação em saúde e a aproximação entre os profissionais do serviço e os estudantes que futuramente estarão no mercado de trabalho, incentivando o diálogo entre a universidade e a rede de serviços no quesito gestão (BATISTA, CARMONA, FONSECA, 2014).

Alguns entrevistados, inclusive, reafirmaram que a sua graduação não tem disciplinas ou contato com a gestão:

Na formação, graduação em Medicina, não temos contato com a gestão em saúde. Não há treinamentos em habilidades em gestão, assim como trabalho em equipe [G42].

Bem, como eu sou farmacêutica, na minha graduação a gente não teve nenhuma cadeira de gestão e nem de administração nessa parte (G39).

Dessa forma, estudar a formação em saúde oferecida nos cursos de graduação, em relação a gestão nos parece importante para superar alguns impasses ou mesmo críticas sobre o distanciamento do acadêmico em saúde e os processos gerenciais (BATISTA, CARMONA, FONSECA, 2014).

Apesar desses achados, uma categoria profissional da saúde teve destaque. A enfermagem foi citada como um curso de graduação que leva o discente a pensar e a atuar na gestão. Na realidade, devido a enfermagem ser composta por uma equipe, o enfermeiro possui um perfil gerencial marcante já na graduação. Dessa forma, muitos dos enfermeiros gestores e gerentes, participantes das pesquisas, ressaltaram as potencialidades que o curso de graduação em enfermagem trouxe para a atuação na gestão:

A formação, por ser enfermeira, a própria graduação ela já nos direciona pra esse cargo de gestão, diferente de outras formações [G10].

A Enfermagem especificamente ainda tem algumas vantagens. Ela prepara uma certa liderança para gerir a equipe de enfermagem, mas isso de uma forma muito superficial [G49].

Como sou enfermeira, vejo como potencialidade em nossa formação como gestora, o perfil gerencial que é delineado na nossa formação acadêmica: grau de conhecimento técnico e processo de trabalho em si que requer que o enfermeiro seja líder de equipe de enfermagem [G50].

Na prática da enfermagem, a divisão de tarefas – a fragmentação do trabalho – ajudou a manter a divisão entre um trabalho que requer pouca qualificação (representado pelo cuidado), exercido pelas auxiliares de enfermagem, e um trabalho especializado, ‘mais intelectualizado’ (de controle, de liderança, de coordenação, de interlocução com o médico), exercido pelas enfermeiras. No trabalho desenvolvido pela enfermagem, observamos uma polarização das qualificações. Essa polarização aconteceu mediante a divisão social do trabalho e a hierarquização obedecendo às clivagens capitalísticas de classe (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Corroborando com esses achados AMESTOY *et al.* (2017) afirmam que quanto à formação acadêmica na enfermagem, são aspectos positivos relacionados a formação da liderança na graduação, o aporte teórico fornecido pelos docentes de enfermagem. Cabe considerar que, o conteúdo programático disponibilizado no processo ensino-aprendizagem oferece subsídios para que o discente possa se aproximar da temática liderança e, por consequência, poderá subsidiar seu exercício na prática.

Assim, o enfermeiro é reconhecido por militar na liderança dos serviços de saúde, onde tende a gerenciar os processos e metas incutidos na busca da qualificação do serviço de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Ampliando ainda a discussão, no contexto formativo do gestor e gerente, identifica-se ainda, por meio das respostas à questão da entrevista, o surgimento da pós-graduação como supridora do que graduação não conseguiu desenvolver:

Na pós-graduação em gestão, aprendi diversas ferramentas de como gerenciar a unidade de saúde. Muitas lacunas da graduação puderam ser preenchidas nesse curso. [G41]

Como gestor a graduação não acrescentou muito, minha melhora na formação como gestor foi na especialização e principalmente na experiência vivida. [G13]

Já no mestrado, temáticas com gestão em saúde pública são priorizadas e é possível ter contato com atividades/conhecimentos de temas e pensamentos de gestão.[G42]

A especialização em gestão nos deu embasamento para atuarmos com mais segurança na área, dando ideia de liderança, detalhando melhor as competências do gestor, destacando habilidades e atitudes da função, proporcionando atitudes críticas e reflexivas para posicionamentos frente ao trabalho. [G17]

Os cursos de pós-graduação em gestão em saúde tem como objetivos formar profissionais capazes de: compreender os conceitos básicos e terminologias nas áreas funcionais de organizações de saúde e Sistema Único de Saúde – SUS; demonstrar habilidades para analisar, diagnosticar e oferecer soluções para situações organizacionais complexas na área; desenvolver aptidões como comunicação oral e escrita, trabalho em equipe, liderança para o desenvolvimento gerencial na saúde (MACHADO; PRADO, 2016).

Dessa forma, os entrevistados acreditam que o déficit que a graduação traz pode ser amenizado na pós-graduação; uma vez que assuntos ou dúvidas gerenciais nunca discutidos na base, são amplamente discutidos na pós-graduação.

Os cursos de pós-graduação objetivam, assim, qualificar os profissionais da saúde oportunizando o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos na área da gestão em saúde. Destina-se a pessoas graduadas em curso superior nas áreas das ciências da saúde ou na área de gestão, que exerçam ou queiram exercer atividades nos serviços de saúde (MACHADO; PRADO, 2016).

Além do mais, a pós-graduação é considerada como oportunidade de transformação e de grande contribuição ao aprimoramento profissional (COSTA *et al.*, 2014).

Localmente, a Prefeitura Municipal de Fortaleza tem dado a oportunidade de formação por meio de MBA (Master in Business Administration, que em português significa Mestre em Administração de Negócios) para os gerentes das UAPS. E muitos dos entrevistados citaram esse curso como uma potencialidade:

Eu estou fazendo agora o MBA, então no MBA você vai fazer a pratica você está estudando e colocando a teoria na pratica. Eu estou adorando o curso de MBA e processo de gestão na atenção à saúde. (G87).

A Prefeitura de Fortaleza deu essa oportunidade para todos os gestores, a fazerem esse curso, então eu acho que é muito enriquecedor para o seu dia a dia para sua vida prática, estar sendo de suma importância (G87).

Os cursos de MBA consolidaram-se como meio de alavancagem profissional e formação de líderes (WOOD JR & CRUZ, 2014). A Educação Executiva Brasileira refere-se ao conjunto de cursos de pós-graduação lato sensu, na área gerencial, que garantem aos seus alunos o título de especialista, incluindo os cursos de MBA, conforme consta na Resolução nº 01, de 08 de junho de 2007 (Ministério da Educação e Cultura, 2007).

Diante disso, o destaque positivo na busca da formação em liderança são os profissionais especialistas e os que estão se especializando (CAVEIÃO; NASCIMENTO; VISENTIN, 2018).

Além do mais, o trabalho do gestor em saúde exige grande responsabilidade, pois esse profissional lida diretamente com questões que envolvem a capacidade de resolução, tanto para as necessidades básicas quanto para a crescente complexidade dos cuidados em saúde de uma população (POLETTTO *et al.*, 2016). Por isso, atentar e discutir o processo formativo da gestão em saúde é importante.

5.3.3 Classe temática III. Escolha pela gestão/Perfil gerencial

Essa classe temática emergiu por meio de algumas falas que contemplam a questão do perfil gerencial e a liderança dos gestores e gerentes, um assunto complexo e reflexivo. Foram apenas 10 UC, numericamente sem muito significado, mas o conteúdo das falas pode trazer muitas reflexões sobre a formação e a atuação na gestão.

A liderança sempre teve papel fundamental para as organizações como uma forma de organizar e influenciar as pessoas que estão dentro da organização, para que coadunem os objetivos institucionais (MANTOVANI; CARDOSO, 2016).

O perfil do líder de sucesso é algo que muitos líderes buscam. Influenciar, motivar, trazer as pessoas para junto de si, formar times vencedores são atitudes que os líderes buscam e, por se tratar de pessoas, nem sempre esses pontos possuem padrões estabelecidos de comportamento (MANTOVANI; CARDOSO, 2016).

Diante disso, questiona-se: ser gerente ou gestor, exercer liderança, é uma questão de vocação ou de formação? O profissional de saúde já possui inerente a ele

habilidades gerenciais ou ele pode ser capacitado para ser gestor? Para um dos entrevistados:

Ninguém é preparado para gerir, gerência é uma formação diária [G4].

A questão de ser gestor é uma formação contínua. A formação da liderança está relacionada à construção de experiências profissionais, e isto remete a necessidade na busca pelo conhecimento contínuo, para que o gestor desenvolva cada vez mais (CAVEIÃO; NASCIMENTO; VISENTIN, 2018).

Dessa forma, é possível que todas as pessoas possam se tornar líderes, pois aprendem habilidades através de ensinamentos e de experiências de vida (SIMÕES; FÁVERO, 2010).

Por isso há a necessidade de gestores e gerentes se aperfeiçoarem por meio de cursos, treinamentos e capacitações, pois se realmente a etiologia da atuação de um bom gestor for baseado na formação, quanto mais a busca de atualizações e conhecimentos e experiências vividas, melhor o líder será.

Para outro entrevistado a gestão é um chamado:

[...]Muita gente não tem esse chamado, é um chamado, gerir é um chamado [...] você tem que gostar, você tem que se interessar de cuidar das pessoas, de entender de processos e de uma série de outras coisas [G4].

Essa gestão pode ser intitulada como uma gestão autêntica, ou seja, deriva sua liderança de sua essência interior e não apenas de seu cargo ou posição. O conceito de liderança autêntica é uma construção recente e tem origem nos trabalhos de Kernis (2003), que colocou a autenticidade como fundamental para a gestão.

Outro ponto que é discutido é o fato da liderança envolver personalidade. Pessoas mais resolutivas, que gostam de encarar desafios podem ser mais propensas a se tornarem líderes eficientes? Como a fala afirma:

Mas a personalidade ajuda nesse processo [de formação de gestão] [G7].

Em um estudo, os entrevistados evidenciam que as características pessoais influenciam diretamente no desenvolvimento de uma boa gestão (RODRIGUES *et al.*, 2015), concordando com a fala acima.

Já em outro estudo, os gestores e gerentes classificaram que não são atraídos pelas demandas gerenciais (LANZONI *et al.*, 2015), reafirmando a necessidade da empatia e chamado para o cargo de chefia.

Pode pensar ainda no equilíbrio da vocação e formação, como a fala a seguir sugere:

A pessoa nasce para ser gestor ou pessoa se qualifica para ser gestor? Ou as duas coisas juntas? [G54].

Por fim, não existe um perfil estereotipado de líder que pode ser considerado o mais adequado. Deve, isto sim, adaptar-se às circunstâncias que envolvem as organizações, e com flexibilidade e uma postura participativa, que pode, pelos autores citados, ser considerada a qualidade mais valorizada ao líder, acompanhar as tendências e imposições a ele colocadas (MANTOVANI; CARDOSO, 2016).

Neste sentido, traçar as características de um gestor não significa necessariamente dizer que todos os gestores são iguais; significa dizer que o gestor possui um conjunto de habilidades para exercer uma boa gestão (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Diante disso, conclui-se que a discussão da formação de gestores e gerentes é necessária pois é uma forma de permitir aos centros formadores, análises relevantes da formação acerca, principalmente, de características peculiares para a função gerencial.

5.4 ANÁLISE QUANTITATIVA DA ESCALA DE PERCEPÇÃO ATUAL DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL (EPADP) E ESCALA DE PERCEPÇÃO EVOLUTIVA DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL (EPEDP)

A análise dos dados das escalas foi realizada a partir da análise por fatores (univariada), observando o desvio padrão em relação ao ponto médio. Dessa forma, foi possível identificar pontos importantes para o desenvolvimento profissional dos gestores e gerentes, expressos nas tabelas a seguir:

Tabela 2 - Aspectos avaliados da EPADP e suas respectivas médias e desvio padrão.

Aspectos avaliados	Média	Desvio Padrão
1. Atualmente domino todas as habilidades necessárias para a realização do meu trabalho	7.92	1,476
2. Minha chefia já fez elogios sobre meu desenvolvimento profissional	8.03	1,997
3. Atualmente, sinto-me bem preparado para realizar as atividades que me são destinadas	8.45	1,331
4. Tive um expressivo desenvolvimento profissional desde que comecei a trabalhar	8.91	1,186
5. Meus colegas elogiam meu crescimento profissional	8.43	1,664
6. Com meus conhecimentos atuais consigo realizar satisfatoriamente meu trabalho	8,66	1,098
7. Tenho me tornado um profissional mais qualificado	9,19	1,066
8. Considero que meu desempenho como profissional tem melhorado	9,17	0,775

Fonte: elaborado pela autora

Como a EPADP é formada por uma escala de *likert*, o valor mínimo é 0 (discordando totalmente da assertiva) e o valor máximo é 10 (concordando totalmente com a assertiva), podendo ser classificado também com valores entre os citados, que será disposto de acordo com o grau de concordância ou discordância com a assertiva.

Como resultado básico, encontrou-se que todas as assertivas tiveram concordância acima de cinco, inferindo que as respostas dos participantes foram de concordância com a assertiva. Mostrando que os gestores e gerentes se auto percebem, em relação ao desenvolvimento profissional, positivamente.

Ampliando a discussão das assertivas e para facilitar a compreensão dos dados, dividiu-se as oito assertivas em dois conjuntos: assertivas relacionais e assertivas de atuação. O primeiro conjunto compreende as assertivas: “Minha chefia já fez elogios sobre meu desenvolvimento profissional” e “Meus colegas de trabalho elogiam meu crescimento profissional”.

A opinião da chefia e dos colegas de trabalho é um bom indicador do crescimento e desenvolvimento profissional. Esses dois grupos estão em constante contato com o gestor e gerente, e, dessa forma, conseguem visualizar o trabalho executado pelos profissionais e também as possíveis evoluções que acontecem na atuação deles.

Além disso, pode-se considerar que eles são duas pontas de pressão para os gestores e gerentes– um pressiona de cima e o outro pressiona do lado. Isso quer dizer, que o chefe cobra resultados e melhoras e os colegas cobram resolutividade de problemas. Mostrando, assim, o quanto o olhar deles está focado nos gestores e gerentes.

A chefia foi uma assertiva com menor média de concordância e desvio padrão mais alto, mostrando que não há um feedback da chefia para com o trabalho dos gestores e gerentes e que pode ser um resultado divergente entre os entrevistados. Isso pode ser desmotivador para os entrevistados já que uma liderança participativa e bem exercida tem capacidade de transformar o clima organizacional, alcançar com mais facilidade os objetivos e metas (JACINTO *et al.*, 2018).

Já os colegas são peças fundamentais na construção gerencial, pois como coloca JOÃO *et al.* (2017), um dos métodos de avaliação de satisfação no trabalho é a confiança e a colaboração dos colegas profissionais.

O conjunto das assertivas de atuação é compreendido pelas seguintes assertivas: “Atualmente domino todas as habilidades necessárias para a realização do meu trabalho”; “Atualmente, sinto-me bem preparado para realizar as atividades que me são destinadas”; “Tive um expressivo desenvolvimento profissional desde que comecei a trabalhar”; “Com meus conhecimentos atuais consigo realizar satisfatoriamente meu trabalho”; “Tenho me tornado um profissional mais qualificado”; “Considero que meu desempenho como profissional tem melhorado”.

Já no grupo das assertivas de atuação, identificou-se que duas assertivas ganharam o maior grau de concordância: “Tenho me tornado um profissional mais qualificado” e “Considero que meu desempenho como profissional tem melhorado”. Ambas assertivas tiveram um desvio padrão classificado como satisfatório, pois mostram que as respostas foram bem homogêneas.

Esse resultado mostra que para os gestores e gerentes, a variável tempo é muito importante para o desenvolvimento profissional, já que eles percebem que tiveram evolução em sua trajetória profissional. Os resultados de outro estudo mostrou justamente que as habilidades gerenciais foram desenvolvidas com o passar do tempo e com o interesse do profissional (LANZONI *et al.*, 2015).

Assim, o tempo está intrinsicamente ligado a experiência e o saber da experiência é um saber oriundo da prática (CAMPOS; DINIZ, 2001). Portanto, em gestão, pode-se perceber que o desenvolvimento profissional acontece proporcionalmente ao tempo, que esse é influenciado pela prática.

No estudo de CAMELO *et al.* (2016), houve a ampliação da discussão do tempo trabalhado na gestão, já que os gerentes foram escolhidos para a função por meio do requisito experiência, e que assim teriam mais conhecimento e habilidades para atuar nesse contexto.

Pode inferir, assim, que o percurso e as experiências profissionais possuem um saber próprio, que tem relevância no desenvolvimento de cada profissional, principalmente, do gestor, que lida com questões únicas e desafiadoras no dia a dia gerencial.

Ademais, ser gestor demanda que os mesmos saibam mobilizar e transferir conhecimentos para resolver situações práticas em resposta às exigências e às necessidades das organizações (CAMELO, *et. al.*, 2016).

A assertiva que mais teve discordância, comparada com as outras, foi a “Atualmente domino todas as habilidades necessárias para a realização do meu

trabalho” ($x=7,92$). Apesar de ser classificada como a que mais discorda, ela apresenta uma concordância percentualmente maior que 50%. Sendo avaliada ainda como uma assertiva com uma boa concordância, o seu desvio padrão encontrou-se mediano em relação aos outros desvios, podendo levar a conclusão de que as respostas não são tão homogêneas entre os participantes.

Ressalta-se que a dicotomia existente nesse resultado possivelmente seja pela palavra “todas”. A concordância aconteceu pela maioria, mas possivelmente muitos dos gestores encararam “todas as habilidades” como perfeição na atuação e acabaram não classificando essa assertiva tão positivamente. Ressalta-se ainda que, talvez, para os participantes, eles possuem várias habilidades gerenciais, mas não todas. Mostrando também que gestão é um aprendizado diário.

Salienta-se, assim, que as habilidades gerenciais devem ser continuamente desenvolvidas, tanto no âmbito do ensino quanto no trabalho, a fim de favorecer meios, através da gestão consciente e inovadora, para que o ambiente laboral galgue níveis mais elevados à qualidade (ROSIN *et al.*, 2016).

Além do mais, a gestão em saúde apresenta-se como um complexo que compreende a diversidade das atividades administrativas da assistência como uma rede, que muda, se atualiza, possui várias conexões com outros setores, necessitando, portanto, de formação e qualificação continuada.

Na Escala a seguir é mostrado ainda a comparação do grau de preparo dos gestores e gerentes em relação a várias áreas de atuação:

Tabela 3 - Assertivas da EPEDP em relação ao grau de preparo quando começou a trabalhar e o grau de preparo atual, sob a ótica da média e desvio padrão.

Aspectos a serem avaliados	Grau de preparo quando começou a trabalhar		Grau de preparo atual	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Realizar as atividades de forma autônoma	5,57	1,849	8,73	0,928
2. Planejar trabalho	5,83	1,950	8,67	1,207
3. Executar as tarefas demandadas	6,72	1,922	8,96	1,257
4. Tomar decisão na realização das tarefas	6,93	1,875	9,07	1,240
5. Trabalhar em equipe	7,52	1,956	9,23	0,792
6. Fazer autoavaliação do seu desempenho	6,77	1,954	8,75	1,031
7. Propor melhorias	6,96	1,879	9,12	0,861
8. Demonstrar conhecimento técnico	6,61	1,875	8,97	0,844
9. Trabalhar sozinho	6,56	2,107	8,07	1,806
10. Interagir com os colegas	7,72	1,90	9,14	1,234
11. Atuar nos diferentes processos de trabalho	6,75	1,968	8,89	1,180
12. Ter atitudes adequadas ao ambiente de trabalho	7,52	1,844	9,24	0,808
13. Interagir com a chefia	7,55	1,867	9,13	0,970

Fonte: elaborado pela autora

Na EPEDP avaliou-se o grau de preparo dos gestores e gerentes, por meio, também, de uma escala *likert*, onde o valor mínimo é 0 (identificando-se com nenhum preparo para ação avaliada) e o valor máximo é 10 (identificando-se como total preparo para determinada ação). Sendo que os valores entre 0 e 10 sugerem níveis de preparo, onde os números mais próximos de 0 sugerem um grau menor de preparo e os números mais próximos de 10 sugerem um maior grau de preparo.

Nos resultados encontrados percebeu-se, inicialmente, uma diferença significativa entre as médias do grau de preparo referente ao início da carreira e o grau de preparo atual. Enquanto o primeiro teve média entre 5 e 7, o segundo teve média 8 e 9. Já o desvio padrão manteve maior quando começou a trabalhar e menor no preparo atual.

Mais uma vez percebe-se como a variável tempo tem sua importância quando avaliado o desenvolvimento profissional. LANZONI et. al. (2015) ainda ampliam a discussão quando afirma que assumir o cargo de chefia sem maturidade suficiente é uma limitação, embora considerem que com o passar do tempo e com a vivência nesta atividade tornam-se mais preparados e qualificados.

O resultado nessa escala responde, justamente, o que ela se propõe: fazer a comparação entre o preparo nos tempos de atuação, no caso, o preparo quando começou a trabalhar e o preparo atual. E basicamente, todas as assertivas tiveram concordância acima de cinco, inferindo que as respostas dos participantes foram de concordância com a assertiva.

Percebeu-se ainda que teve várias assertivas em que o desvio padrão, na parte do grau de preparo atual, não chegou nem a um, mostrando a grande homogeneidade das respostas na percepção atual, ou seja, aquela média foi dada pela maioria dos participantes.

Destaca-se ainda que, comparativamente, as assertivas que mais obtiveram diferença nas médias nas duas investigações (quando começou a trabalhar e atual) foram: “Realizar as atividades de forma autônoma” (diferença entre as médias de 3,16) e “Planejar o trabalho” (diferença entre as médias de 2,84).

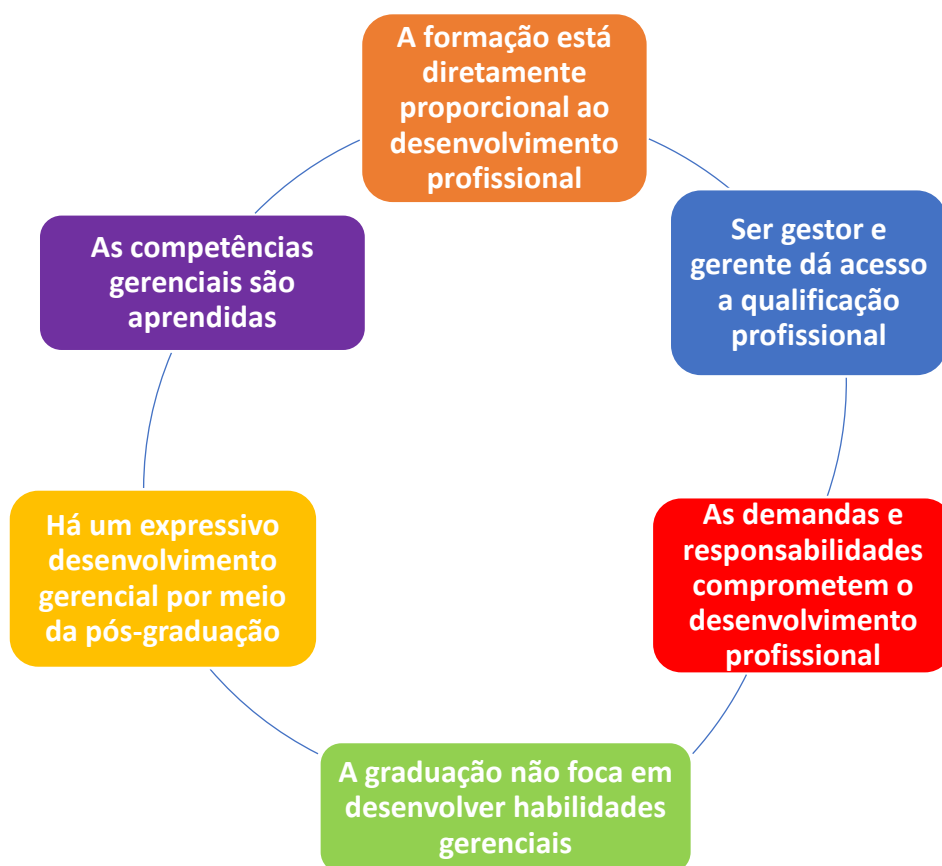
Pode-se responder esse achado, pelas duas assertivas se tratem de habilidade gerenciais que ao longo do tempo são desenvolvidas, que são autonomia e planejamento.

Por fim, conclui-se das escalas que os gestores e gerentes se auto perceberam satisfatoriamente. Mostrando que eles consideram que estão bem preparados e desenvolvidos para exercerem o cargo de gestão.

5.5 COMPARAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS E OS DADOS DAS ESCALAS POR MEIO DO MÉTODO MISTO

O ápice do presente estudo encontra-se na comparação dos dados quantitativos e dos dados qualitativos, já que o objetivo central do trabalho é mesclar os achados sobre formação e desenvolvimento profissional e expor o resultado encontrado. As informações similares encontradas nas duas fontes de dados se fundiram para compor as seguintes conclusões:

Figura 7 - Organograma dos achados da fusão dos dados quantitativos e qualitativos



Fonte: elaborado pela autora

Esses resultados sinalizam o conteúdo em comum dos achados de ambas coletas de dados: 1. A formação está diretamente proporcional ao desenvolvimento profissional; 2. Ser gestor e gerente dá acesso a qualificação profissional; 3. As demandas e responsabilidades comprometem o desenvolvimento profissional; 4. A graduação não foca em desenvolver habilidades gerenciais; 5. Há um expressivo desenvolvimento gerencial por meio da pós-graduação; 6. As competências gerenciais são aprendidas. A tabela a seguir mostra a comparação lado a lado dessas conclusões:

Tabela 4 - Comparação entre os dados das entrevistas e os dados das escalas. (Continua)

CONCLUSÕES	DADOS DAS ENTREVISTAS	DADOS DAS ESCALAS
A formação está diretamente proporcional ao desenvolvimento profissional	Formação por cursos <i>[...]Então é lógico que esses cursos só tendem a dar um leque de visualização das nossas ações, da maneira como podemos fazer de modo consistente, de modo criativo e mais científico o nosso trabalho, o que realmente dá resultado (G73).</i> <i>Tive que buscar cursos, treinamentos, especializações voltadas para essas áreas [...](G49).</i>	Preparação para atuar como gestor <i>Assertiva: “Atualmente, sinto-me bem preparado para realizar as atividades que me são destinadas”</i> <i>Média da assertiva: 8,45</i> <i>Desvio padrão: 1,331</i>
Ser gestor e gerente dá acesso a qualificação profissional	Acesso a formação <i>Hoje percebo a disponibilidade de cursos em gestão pelas instituições públicas como a ESP, UECE, UEF, SESA. E também noto um aumento da sensibilidade dos gestores acerca da necessidade de estar se qualificando (G58).</i> <i>Meu próprio trabalho me deu as chances de fazer especialização [...] (G37).</i>	Mais qualificação <i>Assertiva: “Tenho me tornado um profissional mais qualificado”</i> <i>Média da assertiva: 9,19</i> <i>Desvio padrão: 1,066</i>
As demandas e responsabilidades comprometem o desenvolvimento profissional	Demandas <i>[...]o gerente se encontra numa posição sobrecarregada com suas atribuições e com suas atividades[...] (G48).</i>	Tarefas demandadas <i>Assertiva: “Executar as tarefas demandadas”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 6,72</i> <i>Desvio padrão: 1,922</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 8,96</i> <i>Desvio padrão: 1,257</i>

(Continuação)

A graduação não foca em desenvolver habilidades gerenciais	Graduação <i>Pouca formação acadêmica para o papel de gestor (G77).</i> <i>A gente não tem essa formação [em gestão] (G4).</i> <i>Então como fragilidade, desde o início da faculdade, não ter temas voltados para gerência (G76).</i>	Habilidades <i>Assertiva: “Atualmente domino todas as habilidades necessárias para a realização do meu trabalho”</i> <i>Média da assertiva: 7,92</i> <i>Desvio Padrão: 1,476</i>
Há um expressivo desenvolvimento gerencial por meio da pós-graduação	Pós-graduação <i>A especialização em gestão nos deu embasamento para atuarmos com mais segurança na área, dando ideia de liderança, detalhando melhor as competências do gestor, destacando habilidades e atitudes da função, proporcionando atitudes críticas e reflexivas para posicionamentos frente ao trabalho (G17).</i> <i>Na pós-graduação em gestão, aprendi diversas ferramentas de como gerenciar a unidade de saúde. Muitas lacunas da graduação puderam ser preenchidas nesse curso (G41).</i>	Expressivo desenvolvimento <i>Assertiva: “Tive um expressivo desenvolvimento profissional desde que comecei a trabalhar”.</i> <i>Média da assertiva: 8,91</i> <i>Desvio Padrão: 1,186</i>
As competências gerenciais são aprendidas	Ser gestor <i>Durante meu processo de formação, tive a possibilidade de receber conhecimento para à gestão e ter propriedade de atuar enquanto gestão (G8).</i> <i>Ninguém é preparado para gerir, gerencia é uma formação diária (G4).</i>	Decisão, autonomia, planejamento propor melhorias, trabalhar em equipe, interagir com os colegas <i>Assertivas: “Realizar atividades de forma autônoma”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 5,57</i> <i>Desvio padrão: 1,849</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 8,73</i> <i>Desvio padrão: 0,928</i> <i>Assertivas: “Planejar trabalho”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 5,83</i> <i>Desvio padrão: 1,950</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 8,67</i> <i>Desvio padrão: 1,207</i>

(Conclusão)

	<i>Eu fiz uma pós-graduação [...] e isso foi um divisor de águas na minha vida, que fez com que eu gostasse da função, por mais que seja estressante (G10).</i> <i>A rotina da vida acadêmica é totalmente diferente da vivência prática. Prepara o profissional de forma teórica, porém as grandes preparações surgem por meio da rotina do dia a dia (G62).</i>	<i>Assertivas: “Tomar decisões na realização das tarefas”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 6,93</i> <i>Desvio padrão: 1,875</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 9,07</i> <i>Desvio padrão: 1,240</i> <i>Assertivas: “Trabalhar em equipe”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 7,52</i> <i>Desvio padrão: 1,956</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 9,23</i> <i>Desvio padrão: 0,792</i> <i>Assertivas: “Propor melhorias”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 6,96</i> <i>Desvio padrão: 1,879</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 9,12</i> <i>Desvio padrão: 0,861</i> <i>Assertivas: “Interagir com os colegas”</i> <i>Média da assertiva quando começou a trabalhar: 7,72</i> <i>Desvio padrão: 1,90</i> <i>Média da assertiva no preparo atual: 9,14</i> <i>Desvio padrão: 1,234</i>
--	---	---

Fonte: elaborado pela autora

5.5.1 A formação está diretamente proporcional ao desenvolvimento profissional

A formação profissional está intimamente ligada ao desenvolvimento profissional, eles são extensões um do outro. Um vai até um limite e se esbarra no limite do outro e, dessa forma, acabam se confundindo; mas juntos conseguem contribuir sublimemente para a atuação de gestores e gerentes.

Conceitualmente, a formação profissional é criada para designar processos históricos que dizem respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores; ela assume um caráter associado as ideias de autonomia e de autovalorização. Já o desenvolvimento profissional pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais, de modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados (PEREIRA; RAMOS, 2006).

No primeiro achado da comparação dos dados, foi possível identificar a mesclagem desses dois conceitos resultando em uma “equação” diretamente proporcional, ou seja, quanto mais o gestor e gerente participa de formações, mais oportunidades de desenvolvimento profissional terá. Por exemplo, um gerente de uma unidade básica de saúde precisa referenciar um paciente para a atenção secundária do município, se ele tiver noção dos fluxos do sistema - aprendidos em formações - possivelmente ele responderá aquela demanda satisfatoriamente.

Para os entrevistados, participar de cursos, treinamentos, capacitações e palestras auxilia na construção do processo de trabalho gerencial, pois eles conseguem gerar subsídios para as atividades de trabalho, no adquirir do conhecimento, refletir sobre casos e dividir experiências.

Ademais, as formações podem ser meios de desenvolver competências dos gestores e gerentes para se tornarem mais produtivas, criativas e inovadoras, a fim de corresponderem aos objetivos organizacionais dos serviços de saúde (LEANDRO; BRANCO, 2011).

Por isso, o Ministério da Saúde (MS) tem investido fortemente na política de educação dos trabalhadores vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da articulação de estratégias, como a Educação Permanente em Saúde (EPS).

Esse investimento visa fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas e necessidades em saúde da população (MELO; QUINTÃO, CARMO, 2015).

Para CECIM (2005), a EPS configura o desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde.

A EPS sugere, então, temas a serem abordados que emergem das necessidades do trabalho no sentido de auxiliar a prática profissional e sendo esta, um processo educativo, a educação permanente em saúde, vem a colocar o cotidiano do trabalho, ou seja, as ações produzidas diariamente, como objeto de reflexão e avaliação (BOMFIM; OLIVEIRA; ROSA, 2017).

Por isso, na gestão em saúde, as atividades de educação permanente são necessárias, extrapolando o quesito formação, mas perpassando o desenvolvimento profissional. Já que muitas situações vivenciadas pelos gestores são dinâmicas e inesperadas, precisando, assim, de compreensão e experiências.

Ainda nessa conclusão, o advérbio de tempo existente na assertiva da escala (“atualmente”) aponta para a variável tempo no processo de formação e desenvolvimento. Entende-se que os gestores e gerentes passaram um período exercendo a gestão, até chegar no período atual (corroborando com os achados das variáveis sociodemográficas em que a maioria dos participantes tem tempo de formação maior que cinco anos), mostrando que eles tiveram tempo para se aperfeiçoarem e, conseqüentemente, puderam se desenvolver gerencialmente.

Ou seja, na assertiva em questão, os entrevistados se sentem preparados para exercer sua função justamente porque possuíram oportunidades de capacitação e desenvolvimento profissional.

Ainda ratificando isso, um estudo identificou que um expressivo número de gestores e gerentes já haviam participado de cursos que contribuíram para o desenvolvimento de suas atividades gerenciais. Sendo cursos que envolviam gestão, planejamento, liderança e recursos humanos (COELHO *et al.*, 2015).

Diante disso, percebe-se que se faz necessário que aqueles que ocupam a função de gestão passem por processos de formação gerencial em que seja

desenvolvida a liderança, a atitude dialógica, mas que não se descarte o uso da autoridade (NUNES *et al.*, 2016).

É importante também ter órgãos públicos e privados comprometidos com a formação dos trabalhadores da saúde, sejam eles gestores ou não, já que não pode haver qualidade na prestação de serviços sem formação e desenvolvimento dos recursos humanos (LEANDRO; BRANCO, 2011).

5.5.2 Ser gestor e gerente dá acesso a qualificação profissional

Os participantes da pesquisa visualizaram como uma grande potencialidade na atuação, o acesso à qualificação profissional. Eles alegam que pelo fato de estarem em um cargo de gestão, as oportunidades de qualificação profissional surgem com mais facilidade, ou melhor dizendo, naturalidade.

É natural, pois ser gestor, influenciador da qualidade dos serviços, implica em constante atualizações, uma vez que os processos de trabalho se modificam, os territórios mudam, os protocolos são remodelados e as demandas se modernizam.

Assim, a qualificação profissional não é estática – é um processo de construção individual e coletiva, onde os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais, e neste sentido, não pode ser tomada como construção teórica acabada (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Quando se tem o trabalho como princípio educativo, investir na qualificação é uma estratégia para assegurar uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, o referencial teórico que dá suporte para a sua realização, a corresponsabilização dos diversos sujeitos envolvidos, a legitimação das práticas possíveis àquele contexto, as especificidades de cada ator social envolvido e o contexto a qual a ação educacional é voltada (MELO; QUINTÃO; CARMO, 2015).

Além disso, a assertiva que contempla essa conclusão (Tenho me tornado um profissional mais qualificado) mostra uma média bem significativa. Ela foi uma das maiores e o desvio padrão encontrou-se pequeno, implicando que os gestores e gerentes concordam que o cargo de gestão consegue “abrir portas” para o processo de qualificação; já que a maioria das falas expressam como potencialidade na formação a participação em cursos, treinamentos, palestras e capacitações.

Outro ponto relevante, são os editais de especializações ou editais de cursos de qualificações que tem como público alvo específico, aqueles sujeitos que

atuam na gestão. Isso facilita o acesso e as oportunidades, como também pode ser entendido pela sensibilidade de órgãos formadores à necessidade de uma melhora na formação de gestores e gerentes; que no fim, implicará na qualidade dos serviços.

5.5.3 As demandas e responsabilidades comprometem o desenvolvimento profissional

A gestão em saúde revela-se como uma atividade complexa, dialeticamente afetada por aspectos relacionados à dimensão organizacional, política e relacional. A dimensão organizacional compreende divisão técnica, divisão do trabalho e questões estruturais. A dimensão política refere-se às relações de poder intrínsecas a todas as organizações. Já a dimensão relacional refere-se às relações que se estabelecem entre aqueles que produzem a atenção à saúde, ou seja, às dimensões processuais e intersubjetivas dessas práticas (NUNES *et al.*, 2016; CECÍLIO, 2011; MORGAN, 1996).

O gestor tem que conhecer a organização em que atua, pois não existe um só modelo de gestão; e o gestor precisará se alinhar ao cenário político econômico em que está inserido, para perceber se o estilo racional é mais eficaz, ou se o participativo trará melhores resultados. Perceber que com determinado setor ou pessoa é necessário agir com autoridade e com outro com poder, e assim por diante. Ou seja, olhar a situação por vários ângulos e ter a percepção da melhor forma de agir para que o melhor resultado seja atingido (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Todas as demandas e responsabilidades gerenciais podem ser um peso para o processo de trabalho da gestão, em que, muitas vezes, o gestor está tão focado em algo burocrático, por exemplo, que pode deixar passar situações sociais ou humanas, como MARTINS e WACLAWOVSKY(2015) afirmam quando dizem que o excesso de burocracia é um problema muito comum no processo de gestão em saúde e que a afeta diretamente.

Nos achados mesclados, percebeu-se que os entrevistados acreditam que as responsabilidades acabam atrapalhando a execução da totalidade das tarefas, comprovada pelas inúmeras falas sobre o assunto e as médias baixas (comparada as outras assertivas) tanto no preparo quando começou a trabalhar, quanto no preparo atual.

Além do mais, ter muitas responsabilidades e demandas pode privar o gestor e gerente de realizar cursos e capacitações pela falta de tempo, prejudicando, inclusive, o desenvolvimento profissional, já que lidar com essas situações implica que o gerente esteja qualificado para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos da gestão (NUNES *et al.*, 2016).

A carga horária de trabalho dos gestores e gerentes é outro fator que pode influenciar negativamente no desenvolvimento profissional, já que as condições laborais atuais envolvem modelos de produção e prestação de serviços com características de trabalho aceleradas e intensificadas. Os modelos determinam o aumento da produtividade, por meio da combinação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho (DALRI *et al.*, 2014).

Dessa maneira, o gestor tende a deixar de ser um profissional humanizado e colaborativo e passa a se portar como uma máquina, seguindo a risca as exigências, pensando excessivamente em produtividade e encarando as demandas não como pessoas ou problemas de saúde, mas como números.

Assim, a jornada de trabalho pode se tornar um elemento que propicia desgaste e sofrimento; quando o contexto organizacional desencadeia sofrimento, o indivíduo busca desenvolver mecanismos de defesa para tentar diminuí-lo (DALRI, *et al.*, 2014).

Uma possível solução para esse comprometimento, é o gestor e gerente conseguir delegar responsabilidades. Ele deve delegar funções de acordo com o perfil de cada profissional (NASCIMENTO; COSTA; AZEVEDO, 2016), e isso requer outras habilidades gerenciais, como conhecer a equipe e as características de cada um, além de possuir uma boa interação e comunicação com a equipe.

Ressalta ainda que, delegar tarefas exige amadurecimento, pois o poder detido pela função de gestor pode ser ilusório, desencadeando uma gestão bem centralizada; ou o gestor pode não conhecer e perceber adequadamente o perfil de cada profissional, comprometendo com toda uma logística de gestão. Mas, se maduro, o gestor tende a conseguir desenvolver bem suas atividades se conseguir delegar suas responsabilidades.

5.5.4 A graduação não foca em desenvolver habilidades gerenciais

Uma das funções do gestor é fazer com que os recursos que lhe forem colocados à disposição deem o maior retorno possível em termos de benefícios à saúde da população. As faculdades de saúde pública das universidades mais importantes do mundo, há muito já se convenceram destas verdades e passaram a incorporar em seus currículos conteúdos de disciplinas que preparam seus alunos para fazer frente aos desafios que a moderna gestão dos serviços de saúde impõe (BURMESTER, 2017).

Porém, os achados desse estudo, confirmados com outros estudos brasileiros, mostram que as universidades do país ainda não incorporaram a gestão em saúde como um assunto amplamente discutido na graduação. Muitos dos participantes nas suas falas relatam a falha formativa que os cursos de graduação possuem no quesito gestão, que é validado também nos resultados das escalas, especificamente na que é voltada para declara possuir todas as habilidades necessária para a realização do trabalho.

Essa questão pode ser explicada pelo fato de, por muitos anos, a prática da gestão esteve ligada à “hegemonia” da classe médica, mas hoje esse quadro está diferenciado com a entrada de outros profissionais da saúde, como Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, entre outros neste campo (SANTOS; MENTA, 2017).

Hoje, possui um número menor de médicos na gestão de UAPS ou de secretarias de saúde, se comparado com a hegemonia já referida, mas a cultura é algo que precisa de grandes investimentos para ser mudada e ela está condicionada à complexidade do processo de trabalho em saúde, por isso, até hoje a supremacia médica na gestão ainda influencia o contexto gerencial.

Almeida Filho (2013) diz que a maioria dos egressos de graduação na área da saúde no Brasil revela pouco comprometimento com os aspectos da gestão da saúde, mantendo a hegemonia de críticas de uma gestão ineficiente, como tem sido referido e referenciado em problemas sérios enfrentados pelo SUS.

Diante disso, o grande desafio é reconhecer as deficiências da formação gerencial em saúde e promover modificações no ensino que possam contribuir para um processo formativo, que releve as necessidades da população e que seja embasado no modelo de saúde que estrutura o SUS (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

Para isso é necessário um novo apanhado na grade curricular dos cursos de graduação em saúde; para que profissionais de saúde possam concluir a graduação com um embasamento, pelo menos teórico, dos pontos mais relevantes da gestão, como liderança, gerenciamento de recursos, dimensionamento de pessoal, habilidades e competências gerenciais.

Outro ponto que também pode ser um impasse para a graduação não gerar subsídios para a atuação na gestão, é a formação dos profissionais permanecer enraizada na ênfase da prática curativa, onde quase que a totalidade das disciplinas da graduação são voltadas para a patologia, clínica, tratamentos, comprometendo as disciplinas gerenciais.

Fora que quando há disciplinas gerencias, fica evidente que se dá pouca carga horária para os conteúdos e pouca diversidade aos temas abordados, como um estudo que analisou as grades curriculares dos cursos, buscando a coerência e consistência do que se pretende nortear o perfil do gestor, concluiu (SANTOS; MENTA, 2017).

No fim, nosso país precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializaram em administração, mas porque dominam o seu campo de trabalho ao fim da graduação; profissionais com capacidade de escuta ampliada no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializaram em planejamento, mas porque sabem o que é um projeto terapêutico singular; e de profissionais com capacidade de acolhimento, não porque são bons classificadores de risco, mas porque estão imbuídos da inclusividade e responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva (COSTA; MONTAGNA, 2015).

5.5.5 Há um expressivo desenvolvimento gerencial por meio da pós-graduação

Os cursos de pós-graduação no Brasil são originados do modelo norte-americano e suas características *lato sensu* e *stricto sensu* foram definidas, em 1965, pelo Parecer n. 977 do Conselho Federal de Educação (TAVARES; LEITE, 2011).

A formação profissional para o SUS tem desafiado tanto as instituições de formação, com seus programas de graduação e pós-graduação, quanto as instituições prestadoras de serviços de saúde em seus projetos de significar os espaços do trabalho como espaços de aprendizagem (ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016).

Os cursos de pós-graduação, especificamente, possuem diretrizes de especializar os participantes em uma determinada área, por isso eles são mais focados e objetivos, além de conseguir discutir determinados assuntos mais profundamente e até mesmo problematizar casos. Isso acaba favorecendo o desenvolvimento profissional do aluno naquela área específica.

A pós-graduação em gestão, notadamente, objetiva formar profissionais capazes de compreender os conceitos básicos e terminologias nas áreas funcionais de organizações de saúde e SUS; demonstrar habilidades para analisar, diagnosticar e oferecer soluções para situações organizacionais e empresariais complexas na área; desenvolver aptidões como comunicação oral e escrita, trabalho em equipe, liderança para o desenvolvimento gerencial em saúde (MACHADO; PRADO, 2016).

Sobre esse tema, as falas dos entrevistados demonstram que por meio da pós-graduação, os gestores e gerentes conseguiram desenvolver várias habilidades gerenciais. Como Bujdoso (2009) diz, o campo do trabalho exige cada vez mais qualificação e, nesse sentido, a pós-graduação tem oferecido um diferencial no mercado de trabalho, levando a uma melhor colocação profissional, maior remuneração e desenvolvimento de várias habilidades.

Ademais, na mesclagem dos dados da assertiva da escala “Tive um expressivo desenvolvimento profissional desde que comecei a trabalhar” com as falas, pôde-se apreender que a pós-graduação foi o primeiro caminho utilizado por profissionais para se tornarem expertises na gestão.

Os profissionais buscam a pós-graduação motivados pelas lacunas existentes na graduação e desejam aprimoramento em uma determinada área ou, no curso de graduação, tiveram contato com um assunto específico e tiveram interesse e procuraram se especializar nele.

Assim, a formação na pós-graduação consegue dar instrumentos para aprimorar e ampliar a prática profissional, dar elementos para maiores questionamentos, maior criticidade e estimula que o profissional amplie o seu olhar sobre a prática e horizontes, contribuindo para o desenvolvimento e o reconhecimento profissional (COSTA *et al.*, 2014).

Sob esse entendimento, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir de 1999, adotou a integração da PG com a GR (PG/GR) como um indicador da qualidade do ensino, incentivando a aliança entre esses dois níveis de ensino (ERDMAN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011).

Nessa mesma direção, os Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG) demonstraram a importância dessa integração na concretização da qualidade da formação e inovações em pesquisa para o desenvolvimento do país (FERNANDES, et al., 2015).

Vale destacar que, se houvesse uma integração da formação em gestão da graduação e pós-graduação, o desenvolvimento profissional de gestores e gerentes tenderiam a ser mais expressivos. Mas esse é um ponto de difícil concretização, já que, como visto na conclusão anterior, a graduação não foca na gestão e as linguagens de ambas as formações são divergentes, dificultando a chegada a um denominador comum.

Para além disso – ambição teórica de difícil aplicação prática - hoje o percurso mais fácil e usado pela grande maioria dos gestores e gerentes é a pós-graduação. Dessa forma, é necessário investir nessa formação para que o nível esteja sempre em constante progresso e aos poucos vá se disseminando o ideal de integração na graduação e pós-graduação.

5.5.6 As competências gerenciais são aprendidas

As diferentes realidades dos serviços de saúde brasileiro exigem do gestor a capacidade de desenvolver competências gerenciais adequadas e integradas ao contexto para que ele possa gerar resultados.

Competência é um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (FLEURY; FLEURY, 2001). Também pode-se dizer que as competências são habilidades que asseguram a realização da missão, da visão e/ou da estratégia (SILVA; LIBÂNIO; RUAS, 2013). Resumindo, a competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes que formam um grande desempenho (RAMOS; BONVICINI, 2016).

Estes pontos demandam dos gestores que saibam enfrentar questões ligadas à: liderança organizacional; estatística; epidemiologia; sociologia; antropologia; demografia; mercadologia; contabilidade e finanças; planejamento estratégico e operativo; gestão de pessoas; gestão de processos e outras (BURMESTER, 2017).

No último achado do estudo, a partir da mesclagem dos dados, pôde-se encontrar justamente o assunto das competências gerenciais. Chega-se à conclusão que elas são aprendidas e, conseqüentemente, desenvolvidas. Foi elucidado algumas delas para discussão: decisão, autonomia, planejamento, propor melhorias, trabalhar em equipe, interagir com os colegas.

No quesito tomada de decisão, o gestor pode sofrer interferência dos pares, dos subordinados e de seus superiores, do ambiente interno e externo da organização e das características inerentes a cada indivíduo (SALES; VILLARD, 2017). Por isso, é necessário que ele possua maturidade profissional em seu processo decisório, levando em conta somente pontos relevantes para a organização.

Para chegar a essa maturidade profissional, ou seja, decisões corretas e racionais, é preciso experiência. É fundamental, portanto, que os gestores e gerentes desenvolvam habilidades e competência (NORA *et al.*, 2016).

A tomada de decisão pelo gestor necessita ser cuidadosa e ponderada percebendo todos os elementos envolvidos. Essa decisão não pode ser entendida como uma escolha banal, que requer pouco conhecimento, capacidade ou atenção (NORA *et al.*, 2016).

Já se tratando da competência autonomia, conceitualmente, ela visa buscar o aumento da capacidade dos gestores e gerentes em decidir sobre o trabalho realizado e, conseqüentemente, democratizar os espaços de gestão (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015).

Os achados desse estudo corroboram, sobre essa competência, com outro estudo que verificou fragilidades no exercício da gerência no estabelecimento de mecanismos regulatórios. Os gerentes referem-se à falta de autonomia, o que faz surgir uma sensação de impotência (NUNES *et al.*, 2016). Isso mostra que é preciso investir em formas de desenvolver a autonomia, já que ela é bases para muitas outras competências gerenciais.

Além do mais, a autonomia é fundamental para a inovação e criatividade na gestão (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014). Assim, a autonomia é uma categoria nodal para compreender as possibilidades de construção de relações democráticas em tais espaços (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015).

Não se pode falar de competência gerencial e não falar de planejamento. O planejamento pode ser uma pura tecnologia ou ferramenta aplicada e direcionada para a construção de um plano de ação por quem tem expertise técnica, sem a

participação de um sujeito coletivo, identificado com a realidade que se quer transformar. A lógica operante nesse modelo é a da razão instrumental (JUNGES *et al.*, 2015).

Nesse caso, o planejamento é apenas um instrumento burocrático com passos ou etapas sequenciais com o objetivo de alcançar êxito em uma atividade. Mas sabe-se que o conceito de planejamento é mais amplo que isso.

O planejamento pode ser entendido também como um dispositivo, onde o mais importante não é o *produto*, isto é, o plano ou projeto de ação, mas o *processo*, isto é, o caminho de sua produção, possibilitando uma nova subjetivação dos participantes, com suas potencialidades de estabelecer contratos e compromissos na seleção de prioridades em vista da consecução do fim visado (JUNGES *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o planejamento é muito desafiador, pois para ele interessa o percurso e não somente o resultado. Ele é mais subjetivo e requer do planejador habilidades diversas, além de uma ampla cosmovisão.

O planejamento existe para atingir alguma meta ou objetivo. Se não definirmos aonde queremos chegar, ficaremos à mercê da sorte e das circunstâncias, numa posição de fragilidade não aceitável para o setor de saúde. Planejar não garante o alcance dos objetivos previstos, mas certamente aumenta a chance de alcançá-los (COSTA; PINHO, 2015).

Portanto, é preciso aprender a planejar. Pois só assim, tanto os problemas gerenciais de trajeto e de chegada serão diminuídos, como um achado de Nunes *et al.* (2016) em que problemas relacionados a inadequação, insuficiência ou inexistência de infraestrutura, tais como falta de material de consumo, equipamentos, computadores e viaturas, foram dificuldades referidas pelos participantes.

As últimas competências abordadas nos achados, fazem parte da dimensão relacional: interagir com os colegas e trabalhar em equipe. Sabendo o gestor que está lidando com vários tipos de pessoas em circunstâncias e momentos diferentes de suas vidas, torna-se imprescindível que ele seja capaz de lidar com as diferenças e exercer influência, fazendo com que a equipe consiga se comprometer, buscando exercer uma assistência de qualidade (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Para tanto, o gestor precisa buscar uma conexão com sua equipe, comunicando, ouvindo, acreditando, confiando, para que possam desenvolver um relacionamento de cumplicidade e, unidos, possam apresentar ao usuário respostas às suas necessidades (RODRIGUES *et al.*, 2015).

O trabalho em equipe pode ser visto, também, como um processo de inter-relação entre os trabalhadores como processos grupais. Em uma equipe, as habilidades e talentos são individuais, por quando ocorre uma integração gerencial a produção de serviços torna-se mais eficiente e efetiva (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Dessa forma pode-se aprender a trabalhar em equipe, a escutar, a dar ideias, se movimentar em prol de um objetivo comum. Mas é preciso que o gestor se despeça do poder que a chefia oferece e veja as potencialidades que se tem ao trabalhar junto.

O debate acerca do tema que envolve competências é vasto, percorre tanto os ambientes acadêmicos quanto os ambientes empresariais (SILVA; LIBÂNIO; RUAS, 2013). Entretanto, pode-se concluir que as competências construídas e aprendidas no processo de gestão evidenciam avanços nas práticas e têm potenciais não apenas para ampliar a capacidade dos serviços de saúde, mas também para contribuir no alcance da integralidade da atenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo pôde-se perceber como os gestores e gerentes de Fortaleza, Ceará, percebem sua formação e desenvolvimento profissional. Ficou evidente que a formação na graduação possui um déficit em relação a formação para gestão. Enfatizando que é preciso articular estratégias para desenvolver as habilidades gerenciais já na graduação e assim facilitar a atuação dos profissionais de saúde na gestão.

Ainda foram citadas várias técnicas de formação, como a metodologia problematizadora, que no presente estudo, foi encarada como uma potencialidade de ensino, já que traz a prática para a sala de aula e constitui um meio de reflexão e modificação das realidades. A EaD também foi citada. Ela foi considerada como uma maneira facilitadora na formação dos gestores e gerentes, pois como ela institui uma metodologia sem os envolvidos estarem em um mesmo lugar e em um mesmo horário, facilita a dificuldade de falta de tempo que os participantes da pesquisa relataram.

Continuando na perspectiva do tempo, para o desenvolvimento profissional, ele foi encarado como uma potencialidade. Como os gestores e gerente se auto perceberem satisfatoriamente, um dos pontos que pode implicar nisso é o tempo. Para eles o tempo traz experiência e aprendizado, evidenciado na comparação entre o preparo quando começaram a trabalhar e o preparo na atual gestão.

Por fim, na mesclagem dos métodos, vários pontos que já tinham sido ressaltados, foram também encontrados, são eles: a formação está diretamente proporcional ao desenvolvimento profissional; ser gestor e gerente dá acesso a qualificação profissional; as demandas e responsabilidades comprometem o desenvolvimento profissional; a graduação não foca em desenvolver habilidades gerenciais; há um expressivo desenvolvimento gerencial por meio da pós-graduação e as competências gerenciais são aprendidas.

Diante disso, pode-se concluir que os resultados são surpreendentes, pois convergem para a ideia que tanto gestores, como instituições formadoras e instituições de trabalho perceberam a importância de uma formação para a gestão. Apesar disso, identifica-se uma trajetória formativa ainda lenta, mas com grandes potencialidades de evolução. Assim, aos poucos, a tendência é que os gestores e gerentes se desenvolvam e se percebam cada vez mais preparados para a prática da gestão.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. E. E. H. B. Gestão de Pessoas. In: IBAÑEZ, N., ELIAS P. E.M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.
- ANDRÉ, A. M. ; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 41(Esp), p. 835-40, 200.
- ASSEN, Marcel Van; BERG, Gerben Van Den; PIETERSMA, Paul. **Modelos de gestão: os 60 modelos que todo gestor deve conhecer**. - Trad. Milena Steger] - 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.
- BAPTISTA, M. **Conceção e implementação de atividades de investigação: um estudo com professores de física e química do ensino básico**, 2010. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATISTA, C.B.; CARMONA, D.S.; FONSECA, S.L. Formação em saúde e os cenários de aprendizagem no curso de psicologia. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 32, n. 78, p. 17-25, jul./set. 2014.
- BEZERRA, T.C. A. *et al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.445-472, mai./ago., 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 193 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entre na roda: pólos de educação permanente em saúde- conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: MS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BUJDOSO, Y. L. V. **Pós-graduação stricto sensu: busca de qualificação profissional ou suporte frente às vicissitudes do mundo do trabalho**. 2009. 325 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BULGARELLI, A.F. *et al.* Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface Comunicação Saúde**, Botucatu, v. 18 n. 49, abr./jun., 2014.

BURMESTER, H. Gestão em Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, jan-mar. 2017.

CAMELO, S.H.H. *et al.* Competencias profesionales y estrategias organizacionales de gerentes de enfermería. **Ciencia y Enfermería**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 75-86, jun. 2016.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

CAMPOS, L. M. L.; DINIZ, R. E. S. A prática como fonte de aprendizagem e o saber da experiência: o que dizem professores de ciências e de biologia. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 6, n. 1, p. 79-96, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 45-65, jan./abr., 2015.

CAVEIÃO, C. ; NASCIMENTO, P. A. ; ANGELITA VISENTIN, A. Formação da liderança em enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Elet Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R. B. ; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói. Elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comun Saúde Educ.**, v.13, suppl.1, p.545-55, 2009.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p.589-99, 2011.

COELHO, E. S. *et al.* Perfil dos gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luís-MA. **Rev. Invest, Bioméd.**, São Luís, v. 7, p.47-57. 2015

COSTA, A. C. M; PINHO, J. R. O. **Processo de trabalho e planejamento em saúde**. São Luís: EDUFMA, 2015.

COSTA, C. R .S.; ERIK MONTAGNA, E. A formação acadêmica do fisioterapeuta para sua atuação na gestão em saúde. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, p.252-256, 2015.

COSTA, C. M. M. *et al.* Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n. 4, p.1471-1481, 2014.

COSTA, D. A. S. *et al.* Directrices curriculares nacionales de las profesiones de la Salud 2001-2004: análisis a la luz de las teorías de desarrollo curricular. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, oct./dec, 2018.

COSTA, S. D. *et al.* O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. **J Manag Prim Heal Care**, v. 8, n. 1, p.49-65, 2017.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, Y. F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 10, 2013. Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: [s.n.], 2013.

DALRI, R. C. M. B. *et al.* Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p.959-65, nov.-dez., 2014.

DIAS, H. S. LIMA, L. D. TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

ENGSTROM, E. M.; MOTTA, J. I.; VENÂNCIO, S. A. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1461-1470, 2016.

ERDMAN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G.A.S. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enferm. em foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 89-93, 2011.

FARIA, T. L. M. *et al.* Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 26, n. 3, p.726-737, 2017.

FERNANDES, J. D. *et al.* Modalidades de integração da pós-graduação com a graduação no ensino de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 192-200, jul./set., 2015.

FERREIRA, R. E. *et al.* Motivação do enfermeiro para ingressar em uma pós-graduação stricto sensu. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 180-185, abr./jun. 2015.

FERREIRA, Luciana Novaes *et al.* Influência da liderança como estímulo motivacional: estudo de caso na empresa prost bar e restaurante em juiz de fora, MG. **Anais - CAT - Congresso de Administração e Tecnologia**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 16-36, nov. 2018. ISSN 2525-7617.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí**. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p.37-50, fev, 2002.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 10, p. 3033-3042, 2013.

FIÚZA, T. M. *et al.* Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 24, p. 139-46, Jul.-Set., 2012.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **Rev. adm. Contemp**, n. 5 (spe), p. 183-196, 2001.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **A importância do planejamento na gestão do SUS**. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2016.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima *et al.* A avaliação psicológica, psicopatologia e as psicoterapias na formação do profissional de saúde para o SUS: um estudo dos currículos dos cursos de Psicologia. **Revista Subjetividades**, v. 11, n. 1, p. 171-204, 2016.

JANUÁRIO, J. J. H. **Factores que podem influenciar os Indicadores de performance** (Indicadores de Gestão Hospitalar). 2009. Tese (Mestrado em Gestão) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2009.

JUNGES, J. R. *et al.* Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface**, v. 19, n. 53, 2015.

LANZONI, G. M. M. *et al.* Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencia. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**, v. 17, n. 2, p. 322-32, abr./jun., 2015.

LEANDRO, A. I. P.; BRANCO, E. S. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 6, p. 64-69, jan./jun., 2011.

LEITÃO, I. M. T. A. **Adaptação Transcultural e Validação do Questionário do Capital Humano no contexto brasileiro**. 2016. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2016.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. PERCEPÇÃO dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago., 2005.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25., abr.-jun., 2014.

MACHADO, A. B.; ROSANE PRADO, R. Um olhar no processo de ensino-aprendizagem no curso pós-graduação gestão em saúde na modalidade EAD. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 1, p. 3-13, jan./jul. 2016.

MACHADO, C. V. *et al.* Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, fev., 2016.

MACHADO, D. P.; MORAES, M. G. S. **Educação à distância**: fundamentos, tecnologias, estrutura e processos de ensino e aprendizagem. São Paulo: Érica, 2015.

MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 2/4, p. 15-34, 2016.

MANTOVANI, I. F.; CARDOSO, J. M. M. Da psicologia industrial à gestão de pessoas: a evolução na função de ser líder. **Revista Uningá**, v. 49, p. 113-120, jul-set., 2016.

MARTÍNEZ, J. C. A. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. **Rev Esp Salud Publica**, v. 71, n. 3, p. 293-303, 1997.

MELO, M. B.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015.

MENDES, J. M. R. *et al.* Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez., 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

NASCIMENTO, M. S. ;COSTA, T. A.; AZEVEDO, J. C. Os desafios da liderança: como atingir resultados significativos. **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 3, n. 5, Julho/Setembro, 2016.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.** v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar., 2013.

NORA, C .R. D. *et al.* Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.

NUNES, E. F. P. A. *et al.* Managerial work in Basic Health Units of small municipalities in Parana, Brazil. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 573-84, 2016.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.*. Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multidisciplinar hospitalar. **Rev. baiana enferm**, v. 31, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, pg.557-567, 2003.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. Concepções e historicidade da educação profissional em saúde. In: _____. **Educação profissional em saúde [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 13-43.

POLETTTO, N. A. *et al.* F. Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, 2016.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, M.M.; BONVICINI, C.R. Estudo das competências: profissionais da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 2, p.28-40, out, 2016.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Boa Gestão de Enfermagem na Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira- BA, v. 2, n. 2, p. 12 -22, Set. 2015.

ROSIN, J. *et al.* Desenvolvimento de competências gerenciais na enfermagem: experiência entre residentes. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 7, n. 01, p. 231-46, 2016.

RUANO, A. **Gestão por competências**. [s.l.]: Qualitymark, 2003.

SALLES, M. A. S. D.; VILLARD, B. Q. O desenvolvimento de competências gerenciais na prática dos gestores no contexto de uma Ifes centenária. **Rev. Serv. Público Brasília.**, v. 68, n.2, p. 467-492, abr/jun., 2017.

SANTOS, A. S. *et al.* Perfil de gerentes da Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 5, n. 1, p.3-11, jan./jul., 2016.

SANTOS, R. S.; MENTA, S. A. A formação do terapeuta ocupacional para gestão de serviços de saúde: um estudo em bases curriculares. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 43-51, 2017.

SENNA, M. C. M.; ARANTES, R. F.; WIESE, M. L. O processo de implementação da política nacional de educação permanente em saúde. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 10., 2016. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], 2016 2016.

SILVA, A. N. *et al.* Limites e Possibilidades do Ensino a Distância (EaD) na Educação Permanente em Saúde: revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2015.

SILVA, A .M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3063-3072, 2015.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

SILVA, F. M.; LIBÂNIO, C. S.; RUAS, R. L.O. Estudo das Competências Coletivas em Serviço de Saúde. **Negócios e Talentos**, v. 10, 2013.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

SILVA, Tatianne Amanda Bezerra da; RABELO, Josinês Barbosa. Ensino à distância e suas implicações para a formação dos assistentes sociais: uma reflexão dos cursos EAD no Estado de Pernambuco. **Temporalis**, v. 17, n. 33, p. 103-140, 2017.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. [Internet]. **Rev latino-am enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 91-6, 2000.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. (Orgs.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social** [online]. São Paulo: Unifesp, 2008.

SULTI, A. D. C. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, jan./mar., 2015.

TAMADA, Rosane Cristina Piedade; BARRETO, M. F. S.; CUNHA, I. C. K. O. **Modelos de Gestão em Saúde: Novas tendências, responsabilidades e desafios.** In: Congresso Online–administração. São Paulo: Convibra, 2013.

TAVARES, Cláudia Mara M.; LEITE, Maria Madalena J. Reflexões sobre o mestrado profissional em enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1753-1763, jan./mar., 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. MEPGES. **Conheça o Programa.** Disponível em: <<http://www.uece.br/mepges/index.php/2015-11-19-18-18-43/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 02, p.443-53, 2007.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Reorientação do ensino no sus: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p. 246 - 260 , set./dez., 2016.

VIANA, D. M. *et al.* Educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 2, p.1658-1668, mai./ago., 2015.

WEIGELT, L.D.; MANCIO, J.G.; PETRY, E.L.S. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria regional de saúde – RS. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 36, p. 191-205, jan./jun., 2012.

WOOD JR, T. ; CRUZ, J. F. P. MBAs: cinco discursos em busca de uma nova narrativa. **Cadernos EBAPE**, v. 12, n. 1, p. 27-44, 2014.

.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro gestor/gerente,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de dissertação de mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Formação e desenvolvimento profissional de gestores e gerente em saúde: pesquisa de métodos mistos” que tem como objetivo analisar a formação e o desenvolvimento profissional dos gestores e gerente em saúde. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre sua atuação como gestor e gerente, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação ou constrangimento do entrevistado em decorrência do tempo destinado à realização da entrevista ou de questões pessoais. Nesse caso, você pode ficar à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente.

Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: reflexão contínua sobre sua formação e desenvolvimento profissional; ampliação dos conhecimentos sobre o próprio processo de gestão; e apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis através dos seus telefones: Orientanda: Yane Carmem Ferreira Brito (85) 997489828; e Orientadora da pesquisa: Prof.^a. Dra. Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão (85) 988449648.

O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3101-9890- Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60740-000. Esse termo está elaborado em duas

vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE B- Instrumento de coleta de dados

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: Sexo: F () M ()

Estado civil:

Categoria profissional:

Tempo de formação:

Tempo de atuação como gestor/gerente: Cargo que ocupa:

Nome do local de trabalho:

Pós-graduação: Se sim, Qual?

Cursos de Capacitação na área de gestão? Se sim, Quantos?

Quantidade de empregos:

Carga horária semanal de trabalho:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Em seu processo formativo (Graduação, Projetos de pesquisas, Projetos de extensão, estágios curriculares e extracurriculares, Pós-graduação, entre outros) quais foram as **fragilidades e potencialidades** encontradas para hoje você desenvolver suas atividades como gestor ou gerente?

APÊNDICE C- Inventário

CURSOS, TREINAMENTOS E CAPACITAÇÕES

1. Uma potencialidade que consigo visualizar é o apoio da SMS nos proporcionando qualificação profissional (G70).
2. Cada formação que eu fiz em gestão a gente melhora algo, porque nessas gestões você as vezes ver um lado e o outro complementa, então os cursos de gestão, voltado para gestão, são necessários, porque as leis modificam. Então você tem que está se atualizando, não tem como dizer que um gestor que é um gestor já se graduou o suficiente, ele tem que se manter constantemente em treinamento (G3).
3. O número elevado de alunos em uma formação complica o uso de metodologias ativas a não ser que seja utilizada uma estratégia de divisão em grupos que aí você trabalha as partes mas não trabalha o todo, aí acaba sendo uma fragilidade (G2).
4. Então é de fundamental importância os cursos de formação para nossa vida profissional principalmente os cursos especialização na área de gestão atualmente (G73).
5. Com relação a potencialidade eu penso que os cursos oferecidos pela prefeitura em parceria com a escola de saúde pública e o próprio empreendimento, eu falo por mim, do gestor de estar lendo, se alto qualificando, se alto avaliando eu acho que isso é interessante, acho também que potencialidade são as rodas de conversa com nossas equipes, com os nossos gestores maiores, com os nossos colegas discutindo as melhores formas de como a gente estar se ajudando, eu acho que isso faz com que a formação do gestor ela se qualifique, ela se torne um pouco melhor (G5).
6. Outra fragilidade é o tamanho dos grupos que são trabalhados. Quando a gente pensa em formação para município de Fortaleza, são 130 gestores, então para você congrega no mesmo ambiente fica muito complicado a metodologia. Ela fica bem pautada na tradicional mesmo, então, isso acaba complicando um pouquinho mexer com os interesses de cada um (G6).
7. Uma potencialidade são os cursos específicos na área de gestão (G92).
8. Uma potencialidade foi os cursos de capacitação e o curso de imersão para novos gestores em 2017 proporcionado pela prefeitura (G80).
9. Fragilidade: o despreparo dos cursos de formação para a área da gerência e curso de gerência administrativa sem a vivência diária (G78).
10. Uma potencialidade que percebo é a realização de curso e participação de eventos (G11).
11. Já as fragilidades, percebo uma falta de treinamento dos gestores para o fluxo da unidade (os gestores recém habilitados) (G11).
12. Durante meu processo de formação, tive a possibilidade de receber conhecimento para a gestão e ter propriedade de atuar enquanto gestor (G8).

- 13.Outra grande potencialidade é ter acesso por iniciativa da SMS de curso de gestão (especialização) (G31).
- 14.Como potencialidades percebo boas instituições ofertando cursos de gestão (G59).
- 15.Os cursos sempre trazem conteúdos que nós utilizamos para implantarmos na unidade (G22).
- 16.Potencialidades: maior acesso as informações e cursos oferecidos e realização de cursos em formato EAD (G60).
- 17.Fragilidades: Cursos ineficientes voltada para a gestão em saúde e pouco tempo para realização de cursos (G50).
- 18.Como fragilidades percebo que o preço dos cursos de gestão é elevado (G59).
- 19.Hoje percebo a disponibilidade de cursos em gestão pelas instituições públicas como a ESP, UECE, UEF, SESA. E também noto um aumento da sensibilidade dos gestores acerca da necessidade de estar se qualificando (G58).
- 20.As fragilidades que consigo identificar são cursos de gestão caros e muita teoria sem vivência de casos da prática (G57).
- 21.Alguns cursos baseados em evidências científicas com casos relacionados a vivência diária (G78).
- 22.Os cursos voltados para formação de um gestor são cursos onerosos, quando não são gratuitos. E mesmo que o gestor ele tenha, a gente pressuponha também que tenha um salário maior, muitas pessoas não estão dispostas a pagar aquele valor (G48).
- 23.Tive que buscar cursos, treinamentos, especializações voltadas para essas áreas. Já por conta de estar já envolvido com a gestão e com gerência de setores, que surgiu a necessidade de buscar e não o inverso (G49).
24. No ano posterior a prefeitura nos colocou num curso de especialização pela escola de saúde pública, em gestão também, para atuar na APS. Mas foi visto um macroprocesso. Já este ano estamos vivendo um microprocesso de gestão. Então é lógico que esses cursos só tendem a dar um leque de visualização das nossas ações, da maneira como podemos fazer de modo consistente, de modo criativo e mais científico, o que realmente dá resultado (G73).
- 25.Com relação a fragilidade, ao tempo em que o gerente se encontra numa posição sobrecarregada com suas atribuições e com suas atividades, ele às vezes deixa de cumprir as capacitações que começou ou deixa de fazer capacitações que seriam necessárias também (G48).
26. Então na verdade é um contraditório, ao tempo em que ele tem essa facilidade, o cargo em si lhe tira da possibilidade de ampliar seus conhecimentos (G48).

27. Eu mesma já comecei cursos de capacitação na área de gestão e outras áreas e não concluí porque as minhas atividades atribuídas não me permitiram, eu perdi prazo pra concluir até em cursos de formação à distância (G48).

28. A prefeitura capacita todos os gestores em como deve funcionar os processos de trabalho para todas UAPS (G93).

29. Com relação as potencialidades para a questão da formação, eu vejo que o cargo em si, ele já se constitui em uma potencialidade de você ter mais acesso à formação (G48).

30. Então por você ser gestor, por você ser gerente e este cargo, por muitas vezes preconiza uma abertura de maior de carga horária, a exigência de que você tenha maiores conhecimentos, e isso lhe faz mais favorecido às questões da capacitação, da formação. Potencializa na questão do acesso, da facilidade, da própria busca do profissional em buscar esses seus próprios conhecimentos e a própria exigência do cargo (G48).

FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

1. A fragilidade encontrada são disciplinas curriculares ou extra curriculares que não abordam a gestão dos serviços de saúde, bem como seus respectivos níveis assistências (G31).

2. Pouca formação acadêmica para o papel de gestor. Os recursos para exercer o cargo foram adquiridos por busca pessoal (G77).

3. A formação tradicional que a gente tem na faculdade não nos prepara para ser gestor (G49).

4. Assim na minha formação acadêmica como biomédico nós tivemos aulas de administração na parte de gerenciamento de um laboratório. Até mesmo porque todo biomédico é responsável técnico de um laboratório. Para ele ser responsável técnico ele tem que se apropriar da maneira de gerir o laboratório, isso vai desde você fazer escalas até comprar insumos. Mas assim deixa muito a desejar sim ainda porque quando você faz uma especialização de gestão ela é voltada realmente só para a parte de administração de um posto, por exemplo quem faz biomedicina de um laboratório, é diferente de um faculdade porque assim, na faculdade você pega o bruto, você em uma forma bem superficial, quando você faz a gestão em si, a especialização (G86).

5. Na graduação, a questão de gestão, a gente não tem muitas cadeiras em relação a gestão (G87).

6. A gente não tem essa formação, você vai se formando dia a dia, e obvio que esses cursos são necessários, é importante, tem muito gestor que só sempre atuou na ponta e que não teve esse lado (G4).

7.Então como fragilidade, desde o início da faculdade, não ter temas voltados para gerenciamento. A potencialidade é que foca muito na rede, para entender como ela funciona, quando a gente for atuar entender os fluxos, tomadas de decisões e os caminhos que devemos percorrer (G76).

8.Na graduação não vi muito a parte de gestão. Vi mais SUS e Saúde Coletiva (G76).

9.Eu acho que assim a gente não tem formação nesse campo, infelizmente, o que a gente tem é só uma experiência do dia-a-dia que a gente vai adquirindo com o nosso dia-a-dia, mas assim dizer que tem uma preparação específica pra essa função, a gente não tem (G10).

10.A formação por ser enfermeira, a própria graduação ela já nos direciona pra esse cargo de gestão, diferente de outras formações (G10).

11.Você não sai preparado na graduação para gestão, seja na área, como nós da área da saúde não temos esse preparo, apesar de a gente ter administração hospitalar, não sei como hoje estar nos currículos, mas a gente não sai preparado, porque quando a gente vai ver a saúde coletiva muito quantitativa para a parte epidemiológica e não ver essa parte de formação para gestão em saúde coletiva (G4).

12.A Enfermagem especificamente ainda tem algumas vantagens que ela prepara uma certa liderança pra gerir a equipe de enfermagem, mas isso de uma forma muito superficial. Então não tem na formação específica nenhuma formação direcionada à gestão, direcionada à gerência em saúde (G49).

13.Na formação (graduação em Medicina) não temos contato com a gestão em saúde. Não há treinamentos em habilidades em gestão, assim como trabalho em equipe (G42).

14.A rotina da vida acadêmica é totalmente diferente da vivência prática. Prepara o profissional de forma teórica, porém as grandes preparações surgem por meio da rotina do dia a dia (G62).

15.Falta de formação acadêmica nas universidades para a área de gestão (G92).

16.A formação acadêmica sobre gestão, processos administrativos, processos de trabalho e trabalho em equipe são fragilidades (G90).

17.Inexistência do conteúdo na grade curricular (G55).

18.Como sou enfermeira vejo como potencialidade em nossa formação como gestora, o perfil gerencial que é delineado na nossa formação acadêmica: grau de conhecimento técnico e processo de trabalho em si que requer que o enfermeiro seja líder de equipe de enfermagem (G50).

19.Quanto as fragilidades ressaltam contato tardio do aluno com a futura prática profissional reduzindo ênfase no trabalho de gestora (G50).

20.A maior fragilidade é a academia não trabalhar mais forte esta parte de gestão na graduação (G56).

21.As potencialidades que identifico é que a academia oportunizou vivências muito grande na Atenção Básica, no meu curso especificamente, facilitou por atuar na atenção básica (G31).

22.Na verdade, na minha graduação não vi quase nada de gestão, aprendi no curso de gestão da atenção básica que foi realizado para Consultoria do Dr. Eugenio Vilaça (G44).

23.As potencialidades no processo formativo é que tive disciplinas voltadas à administração e processos de gerência (G38).

24.Já as fragilidades são a carga horária pequena das disciplinas e sem práticas gerenciais (G38).

25.Não é ensinado nada sobre gestão na faculdade, incluindo formas de liderança, maneiras de se relacionar de forma interpessoal, características de um líder, atividades relacionadas à administração de setor pessoal (G41).

26.Durante a graduação não houve praticamente formação que desenvolvesse atividades de gestão. Deixou muito a desejar (G45).

27.Potencialidades: conteúdo teórico-prático (G18).

28.Na época da graduação, na disciplina de administração vivenciamos sobre liderança, algo que influencia diretamente na função de gestor, adquirimos apenas conhecimento básico para atuação de enfermeiros assistenciais (G17).

29.Bem como eu sou farmacêutica na minha graduação a gente não teve nenhuma cadeira de gestão e nem de administração nessa parte (G39) .

30.Eu estou fazendo agora o MBA, então no MBA você vai fazer a pratica você está estudando e colocando a teoria na pratica. Eu estou adorando o curso de MBA e processo de gestão na atenção à saúde (G87). MBA

31.A Prefeitura de Fortaleza deu essa oportunidade para todos os gestores, a fazerem esse curso, então eu acho que é muito enriquecedor pro seu dia a dia para sua vida prática, estar sendo de suma importância (G87). MBA

32.No mestrado só fomos estudar uma vasta teoria, porém nada prático (G89).

33.Na especialização foi menos conteúdo e mais casos reais por problematização (G89).

34.Já na especialização, como era focada em gestão em saúde, aí sim consegui ampliar meu conhecimento para desenvolver melhor as atividades (G76).

35.Esses cursos de especialização em gestão foram bastante interessantes na minha vida profissional e principalmente como gestora (G73).

36.Eu fiz uma pós-graduação na época que eu era coordenadora da Atenção Básica de um município do interior, que foi de gestão do SUS e isso foi um divisor de águas na minha vida, que fez com eu gostasse da função, por mais que seja estressante, eu

gosto, por mais que seja uma coisa que eu goste, não quero pro resto da minha vida (G10).

37.As potencialidades ,eu acredito que primeiro a gente tem um nível , os gestores tem um nível muito bom de formação , são gestores que já entram com uma graduação ,geralmente com uma pós, e o município também nos oferece algumas oportunidades , como eu te falei , assim que a gente entrou , a gente iniciou um curso de especialização em gerencia de unidade básica de saúde que nos proporcionou, conhecer alguns processos e foi muito interessante , embora eu já tivesse outras pós, me ajudou bastante pra conhecer os processos do município (G9).

38.A especialização em gestão nos deu embasamento para atuarmos com mais segurança na área, dando ideia de liderança, detalhando melhor as competências do gestor, destacando habilidades e atitudes da função, proporcionando atitudes críticas e reflexivas para posicionamentos frente ao trabalho (G17).

39.Como gestor a graduação não acrescentou muito, minha melhora na formação como gestor foi na especialização e principalmente na experiência vivida (G13).

40.Tive que buscar conhecimento depois que assumi os cargos na área através de cursos e formações. As pós-graduações foi que me deram um norte apesar de foram importantes para me dar organização de fluxos (G45).

41.Meu próprio trabalho me deu as chances de fazer especialização. Fiz especialização em saúde da família e mais três especializações em gestão, além disso fiz mestrado e doutorado(G37).

42.Na graduação eu estudei gestão pública e administração pública. Mas o que complementa a minha gestão na saúde é justamente a minha especialização (G47).

43.Atualmente também estou fazendo uma nova especialização em gestão que faz parte do meu trabalho, então, essa oportunidade de estudar, de ler, de crescer, eu vejo como uma grande potencialidade do trabalhador do SUS (G37).

44.Já no mestrado, temáticas com gestão em saúde pública são priorizadas e é possível ter contato com atividades/conhecimentos de temas e pensamentos de gestão. Como especialista em geriatria, pude aperfeiçoar o trabalho em equipe interdisciplinar (G42).

45.Potencialidades: Cursos de pós-graduação, vivência diária no trabalho (G78).

46.Na pós-graduação em gestão, aprendi diversas ferramentas de como gerenciar a unidade de saúde. Muitas lacunas da graduação puderam ser preenchidas nesse curso (G41).

ESCOLHA DA GESTÃO/ PERFIL GERENCIAL

1.Ninguém é preparado para gerir, gerencia é uma formação diária (G4).

2.A gerência em saúde foi uma escolha pelo simples fato de admirar o SUS como uma das riquezas que existem em nosso país. Me sinto capaz e apta a esta gestão (G8).

3.Durante a graduação meu principal foco era a assistência, não percebia a necessidade de me empoderar dos processos de gerência (G29).

4.Mas a personalidade ajuda nesse processo [de formação de gestão, pois com a responsabilidade que devemos ter como enfermeira, somado com a autonomia ajuda na vivência como gestor de saúde (G7).

5.Talvez a resposta numa pergunta: "A pessoa nasce para ser gestor ou pessoa se qualifica para ser gestor? Ou as duas coisas juntas?" Então às vezes, a potencialidade é algumas profissões correlacionadas com a área da saúde que já traz a pessoa para essa agenda da saúde (G54).

6.Muita gente não tem esse chamado, é um chamado, gerir é um chamado [...] você tem que gostar, você tem que se interessar de cuidar das pessoas, de entender de processos e de uma série de outras coisas (G4).

7.A potencialidade é o gestor, primeiro antes de tudo, gostar do que faz, para ser gestor tem que gostar da parte administrativa, burocrática, tem que buscar realmente estar sem se atualizando essa é a potencialidade. Profissional que gosta do que faz, se não gostar não tem capacitação que der jeito. Porque lida com processo administrativo lida com gente. Ou gosta, ou pede para sair que é melhor (G3).

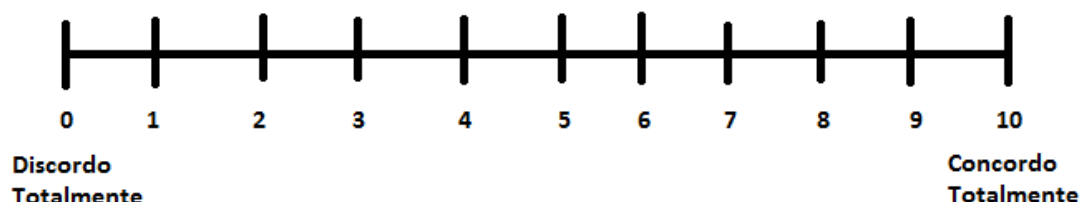
8.O que me fez buscar a gestão era que eu gostava muito da saúde pública e queria estar mais perto da equipe e eu acho que tenho aprendido isso no dia a dia (G39).

9.Os treinamentos que ao longo da minha carreira profissional tive a oportunidade de fazer, a minha formação profissional que desde a minha graduação meu trabalho foi voltado para o que faço hoje, na minha graduação as opções, quando tinham opções de estágio, quando tinha cadeira opcional eu sempre optei por educação em saúde por saúde pública por serviços que envolviam liderança (G37).

10.Durante a minha graduação em uma disciplina teve uma votação de quem você escolheria como líder, então eu fui escolhida como líder. Fiz parte do centro acadêmico que a gente desenvolvia a parte política dentro da Universidade, as lutas por melhoria do sistema acadêmico, era exatamente no período da ditadura em que o sistema acadêmico tinha muita fragilidade então a gente batalhou muito, batalhou pela implantação do SUS, não com esse nome de SUS. Mas ainda como acadêmicos nós lutamos, fomos a Brasília, participamos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, lutando para que o sistema fosse como é hoje, logicamente que de forma fortalecida (G37).

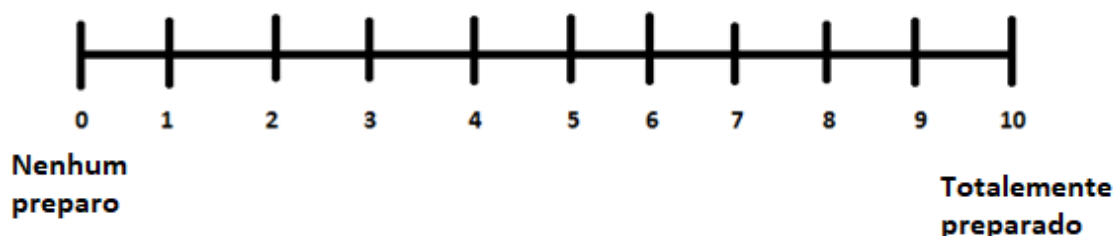
ANEXOS

ANEXO A - escala de percepção atual do desenvolvimento profissional – EPADP



1. (). Atualmente domino todas as habilidades necessárias para a realização do meu trabalho.
2. (). Minha chefia já fez elogios sobre o meu desenvolvimento como profissional
3. (). Atualmente, sinto-me bem preparado para realizar as atividades que me são destinadas
4. (). Tive um expressivo desenvolvimento profissional desde que comecei a trabalhar.
5. (). Meus colegas elogiam meu crescimento profissional
6. (). Com meus conhecimentos atuais, consigo realizar satisfatoriamente meu trabalho.
7. (). Tenho me tornado um profissional mais qualificado.
8. (). Considero que meu desempenho como profissional tem melhorado.

ESCALA DE PERCEPÇÃO EVOLUTIVA DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL- EPEDP



Aspectos a serem avaliados	Grau de preparo quando começou a trabalhar para...	Grau de preparo atual para...
1.Realizar as atividades de forma autônoma	()	()
2.Planejar o trabalho	()	()
3.Executar as tarefas demandadas	()	()
4.Tomar decisão na realização das tarefas	()	()
5.Trabalhar em equipe	()	()
6.Fazer autoavaliação do seu desempenho	()	()
7.Propor melhorias	()	()
8.Demonstrar conhecimento técnico	()	()
9. Trabalhar sozinho	()	()
10. Interagir com os colegas	()	()
11. Atuar nos diferentes processos de trabalho	()	()
12. Ter atitudes adequadas ao ambiente de trabalho	()	()
13. Interagir com a chefia	()	()

ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE GESTORES/GERENTES EM SAÚDE:
PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS

Pesquisador: Yane Carmem Ferreira

Brito **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 76969617.9.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.943.833

Apresentação do Projeto:

O Projeto de pesquisa “FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE GESTORES/GERENTES EM SAÚDE:

PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS”, versa sobre avaliação da formação e do desenvolvimento profissional dos gestores/gerentes de saúde. O estudo em questão é do tipo transversal, utilizando dados quantitativos e qualitativos em uma abordagem mista. A amostra será composta por 173 gestores em saúde, que atuam como coordenadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. O projeto traz em sua introdução a descrição do problema de conformidade com a literatura estudada, e a pesquisadora descreve sua aproximação com o tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a formação e o desenvolvimento profissional dos gestores/gerentes em saúde.

Objetivos Secundários:

Compreender o processo de formação de graduação/pós-graduação que subsidiam as ações dos gestores/gerentes em saúde; Identificar o desenvolvimento de carreira dos profissionais que levaram a função de gestor/gerente;

Página 01 de

Analisar a percepção dos gestores/gerentes sobre o desenvolvimento profissional através da Escala de Percepção atual do desenvolvimento profissional(EPADP) e Escala de Percepção Evolutiva do desenvolvimento Profissional(EPEDP);

Verificar a associação entre as dimensões analíticas das EPADP e EPEDP e os dados sociodemográficos e profissionais dos gestores/gerentes em saúde;

Detectar potencialidades e fragilidades no processo de formação e desenvolvimento profissional de gestores/gerentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A autora afirma que a pesquisa trará risco mínimo aos participantes envolvidos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação ou constrangimento do entrevistado em decorrência do tempo destinado à realização da entrevista ou de questões pessoais. Benefícios: Afirma ainda que benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: reflexão contínua sobre sua formação e desenvolvimento profissional; ampliação dos conhecimentos sobre o próprio processo de gestão; e apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância científica e social, na medida em que poderá incorporar novas reflexões e, posteriormente, novos comportamentos no contexto da gerência em saúde,

Página 02 de

contribuindo assim, para a reorganização do processo de trabalho e gestão em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto devidamente assinada e carimbada pela Diretora do CCS;
- TCLE escrito em linguagem acessível apresentando os possíveis riscos e benefícios;
- Ausência do Termo de Anuência da Secretaria de Saúde do município de Fortaleza;• O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Recomendações:

Recomendações:

- Apresentar Termo de Anuência explicitando o período da pesquisa, devidamente assinado e carimbado pela instituição co-partícipe;
- Atualizar cronograma da pesquisa e enviar relatório final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentar:

- Termo de Anuência, assinado e carimbado;
- Cronograma da pesquisa atualizado.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1153261_E1.pdf	06/06/2018 19:47:05		Aceito
Outros	cooparticipante.pdf	18/09/2017 17:07:35	Yane Carmem Ferreira Brito	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/07/2017 19:01:49	Yane Carmem Ferreira Brito	Aceito
TCLE / Termos de	tcle.docx	17/07/2017	Yane Carmem	Aceito

Página 03 de

Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	13:11:21	Ferreira Brito	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	17/07/2017 13:11:07	Yane Carmem Ferreira Brito	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	17/07/2017 13:10:51	Yane Carmem Ferreira Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacao.docx	17/07/2017 13:10:28	Yane Carmem Ferreira Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Outubro de 2018

**Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))**