



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Cledenir Formiga Casimiro

**Os caminhos da formação de gestores de Sistemas e Serviços de Saúde: uma
análise da adequação entre a teoria e a prática**

Rio de Janeiro

2011

Cledenir Formiga Casimiro

**Os caminhos da formação de gestores de Sistemas e Serviços de Saúde: uma
análise da adequação entre a teoria e a prática**

Tese apresentada, como requisito para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anna Maria de Sousa Monteiro Campos

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CB/C

C339 Casimiro, Cledenir Formiga.

Os caminhos da formação de gestores de Sistemas e Serviços de Saúde:
uma análise da adequação entre a teoria e a prática / Cledenir Formiga
Casimiro. – 2011.

205 f.

Orientadora: Anna Maria de Sousa Monteiro Campos.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social.

1. Gestão em saúde – Teses. 2. Formação profissional – Teses. 3.
Sistemas de saúde – Teses. I. Campos, Anna Maria de Sousa Monteiro. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cledenir Formiga Casimiro

**Os caminhos da formação de gestores de Sistemas e Serviços de Saúde: uma
análise da adequação entre a teoria e a prática**

Tese apresentada, como requisito para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde Pública.

Aprovada em 17 de maio de 2011.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anna Maria de Sousa Monteiro Campos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Thereza Christina Mo Y Mo Loureiro Varella
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Luiza Garcia Rosa
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Maris Mary Horsth De Seta
Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, Geni Formiga, que sem ter conseguido percorrer os caminhos do saber á sombra dos clássicos, me influenciou a vida inteira com a sabedoria, força e coragem; atributos naturais que habitam nas pessoas simples.

Para Dedé e Lavô, meus irmãos. A eles que como dizia meu pai: são sua obra prima, sua contribuição para a construção de um mundo melhor.

Para meus sobrinhos, Thiago e Pedro, com todo meu amor e esperança de que suas existências continuem reforçando a construção desse mundo melhor que todos queremos.

AGRADECIMENTOS

Á Deus e todo seu exército de guardiões que me ampararam e me sustentaram nessa caminhada, sobretudo nos momentos finais de exaustão.

À minha família: mãe, tia, irmãos, cunhada, sobrinhos e primos pelo amor, alimento que não me deixaram faltar nos momentos mais difíceis.

Á minha orientadora, Anna Campos, pela forma paciente e atenciosa com que me conduziu nessa caminhada, sobretudo pela disponibilidade afetuosa.

Aos amigos de longe, mas sempre tão perto no apoio: Nicolas Godin, Julie Lapointe, Dollores Allard, Noel Dufresne, Lise, Anne e Laurant bouchard, Joahne e Jean Louis, Jean Pará e Frank Murphy.

Aos amigos de cá que sempre me incentivaram e entenderam minha reclusão, Rima, Name, Lily, Cidinha, Adelina e todos os outros que embora não citados nominalmente estarão sempre em meu coração e minha gratidão.

Aos que me foram solidários no dia a dia de trabalho e cujas colaborações e apoios ficaram especialmente marcadas nessa caminhada; Antonio Carlos Pinto, José Barbosa, Carla Gouveia, Frederico Caixeiro, Tânia, Valéria, Ruth, José Carlos, Jorge Luiz, Maria Helena, Ruben, Mariana Barbosa, Maria Lúcia Feitosa e Paulo Frontelmo. A Janaina França e Thiago Casimiro, pela prestimosidade presente até o momento final.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica do IMS, Márcia, Silvinha, Eliete, Simone e como sempre meu bom Zé Carlos.

Aos funcionários da biblioteca e do laboratório de informática, Marcinha, Athur, Anderson e Marquinho com quem sempre pude contar.

Registro um agradecimento especial a alguém que completou o meu suporte nessa caminhada, Maria Thereza Jorand, sua ajuda foi imprescindível para chegar ao final.

E em especial agradeço á todos àqueles que embora não estejam citados nominalmente, mas se sabem importantes na construção e finalização desse trabalho.

Por fim, agradeço especialmente aos meus superiores: Prof.^a Célia Regina Pierantoni e Prof. Roberto Parada por me proporcionarem (sobretudo na fase final desse trabalho), as condições material e temporal para a sua concretização.

A gestão de si mesmo.

Quem ainda tem uma alma hoje?

Premidos pelo estresse, impacientes para ganhar e gastar, para fruir e morrer, os homens e as mulheres de hoje fazem a economia dessa representação de sua experiência daquilo que chamamos de vida psíquica. Não se tem nem tempo nem espaço para fazer uma alma para si. Voltado para o próprio umbigo sobre seu quanto - á si mesmo, o homem moderno, é um narcisista, talvez sofredor, mas sem remorsos.

Júlia Kristeva

RESUMO

CASIMIRO, Cledenir Formiga. *Os caminhos da formação de gestores de Sistemas e Serviços de Saúde: uma análise da adequação entre a teoria e a prática*. 2011. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Caminhos da formação de gestores de sistemas e serviços de saúde: uma análise da adequação entre teoria e a prática?. O cotidiano da gestão dos sistemas serviços de saúde é constituído de questões que perpassam o contexto das políticas econômicas, interagem com as faces das incorporações tecnológicas, estando intimamente relacionado ao componente regional e social. Nesse ambiente de alta labilidade torna-se importante a utilização de mecanismos que reforcem a interação entre educação e trabalho. A responsabilidade da formação profissional deve relacionar-se aos resultados das necessidades da assistência à saúde, guiadas pelos resultados de avaliações sistemáticas. O objetivo principal desta tese consistiu em analisar a adequação do conteúdo teórico representado nas dimensões de competências do Curso de Especialização em Gestão em Saúde do IMS/UERJ face às reais necessidades de aplicação das competências gerenciais dos egressos no desempenho de suas funções no dia a dia de trabalho. O estudo a adequação dos conteúdos educacionais às necessidades contextuais dos processos de trabalho, importa na leitura das condições de enfrentamento dos problemas cotidianos, as dificuldades ou facilidades de soluções podem variar em função do nível de apropriação dos saberes trabalhados no processo aprendizagem.

Ainda que as dificuldades da gestão no ambiente da saúde não resultem apenas de fatores ligados á formação profissional, essa vertente precisar ser monitorada visando contribuir com as reais necessidades de desempenho dos gerentes. Tais necessidades podem ser facilitadas pelo aumento da capacidade de análise contextuais e pelo domínio de manuseio de ferramentas técnicas que se configurem como instrumentos de resolução de problemas na realidade cotidianas. A partir do problema pesquisado, e dos resultados encontrados foi possível concluir, respondendo às questões de partida: (i) O curso de Especialização em gestão de saúde do IMS/UERJ atende as necessidades de desempenho profissional de seus egressos em suas funções cotidianas gerenciais considerando as respostas destes, classificando em mais 80% das dimensões de competência componentes do conteúdo programático como muito importante e indispensável no desempenho pratico de suas funções cotidianas. (ii) Os ajustes á serem inseridos ao conteúdo programático do Curso de Especialização em Gestão de Saúde, segundo seus egressos, e demais entrevistados para o atendimento das reais necessidades de capacitação dos gerentes de sistemas e serviços de saúde, está configurado nas considerações finais desta tese. Os resultados dessa tese oferecem subsídios para formulação de conteúdo programático que fomentem as necessidades de profissionalização da gestão na saúde. O estudo dessas situações, no campo prático, aponta perspectivas positivas com a busca de aperfeiçoamento de programa de capacitação de gestão de saúde e, por conseguinte representa um investimento importante para a melhoria da assistência à saúde da população.

Palavras chaves: Gestão de saúde. Formação profissional. Formação por competências. Modelo de gestão. Competências humanas. Competências gerenciais. Sistema de saúde. Administração. Administração pública. Saúde pública. Avaliação da formação.

ABSTRACT

The everyday management of health services systems consists of questions that permeate the economic policy context, interacts with the faces of technological incorporations, being closely related to regional and social component. In this environment of high lability becomes important using mechanisms that reinforce the interaction between education and work. Responsibility for vocational training must relate to the results of the needs of health assistance, guided by the results of systematic reviews. The main objective of this thesis was to examine the adequacy of theoretical content represented in the dimensions of the powers of the specialization course in health management of IMS/UERJ face to the real needs of the application of managerial competencies of graduates in the performance of their duties on the day to day work. The study the adequacy of contextual needs ACE educational content of work processes, it is necessary in reading conditions of confronting everyday problems, difficulties or facilities of solutions can vary depending on the level of appropriation of knowledge worked in the learning process. Although the difficulties of management in the environment of health do not result merely of factors related to vocational training, this aspect needs to be monitored in order to contribute to the real needs of managers ' performance. Such needs can be facilitated by increasing the capacity of contextual analysis and by handling technical tools that configure as instruments for resolving problems in everyday reality. From the problem researched and the results found unable to finish, responding to points of departure: (i) the specialization course in healthcare management of IMS/UERJ meets the needs of professional performance of its graduates in their day-to-day managerial functions considering the answers to these, sorting in over 80% of the dimensions of competence components of programmatic content as very important and indispensable in the practical performance of their day-to-day functions ii) the adjustments will be inserted to the programmatic content of the course of specialization in healthcare management, according to their graduates, and other respondents to meet the real needs of training of managers of health systems and services, is set in the final considerations of this thesis (31.32 tables and 33).

Keywords: Health management. Training. Training for skills. Mold management. Human skills. Management skills. Health care. Administration. Public administration. Public health. Assessment training.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1 – Sistema Educativo Brasileiro
- Figura 2 – Mapeamento de competências
- Tabela 1 – Quantitativo de ex-alunos no período de 2000 a 2007
- Tabela 2 – Quantidade de ex-alunos que responderam, segundo formação profissional
- Tabela 3 – Distribuição dos egressos segundo sexo
- Tabela 4 – Distribuição dos egressos segundo idade
- Tabela 5 – Distribuição dos egressos segundo tempo de trabalho
- Tabela 6 – Distribuição dos egressos segundo formação profissional
- Tabela 7 – Distribuição dos egressos segundo natureza do cargo
- Tabela 8 – Distribuição dos egressos segundo natureza do cargo e o sexo
- Tabela 9 – Distribuição dos egressos segundo instituição em que trabalha
- Tabela 10 – Distribuição dos egressos segundo formação e cargo que ocupa
- Tabela 11 – Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde
- Tabela 12 – Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 13 – Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 14 – Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 15 – Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 16 – Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 17 – Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 18 – Primeira Pergunta aberta “Conhecimentos”, segundo os itens (temas/palavras-chave) citados pelos egressos
- Tabela 19 – Segunda pergunta aberta “Conhecimentos”, segundo os itens (áreas/palavras-chave) citados pelos respondentes
- Tabela 20 – Terceira pergunta aberta “Conhecimentos”, com base em palavras-chave e citações dos egressos
- Tabela 21 – Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 22 – (CONT.) Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 23 – Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 24 – Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 25 – Primeira questão aberta

- Tabela 26 – Segunda questão aberta
- Tabela 27 – Avaliação da importância das dimensões de ATITUDES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 27 – Avaliação da importância das dimensões de ATITUDES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007
- Tabela 28 – Avaliação de importância das dimensões de ATITUDE, segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde IMS/UERJ. 2000/2007
- Tabela 29 – Respostas à primeira pergunta aberta – Dimensão atitude
- Tabela 30 – Respostas à segunda pergunta aberta – sobre outras atitudes necessárias ao desempenho dos gerentes de sistemas e serviços de saúde que não tenham sido abordadas no curso
- Tabela 31 – Novos itens de conhecimento propostos pelos egressos e participantes do grupo focal
- Tabela 32 – Novos itens de atitudes propostos pelos egressos e participantes do grupo focal
- Tabela 33 – Novos itens de habilidades propostos pelos egressos e participantes do grupo focal

SUMARIO

	INTRODUÇÃO	10
1	REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1	Gestão & administração: conceitos e evolução	16
1.2	A evolução das teorias da administração	18
1.3	Modelos de gestão	21
1.4	Gestão por competências: inovação na gestão de pessoas	23
1.5	A noção de competências no campo da formação	26
1.6	Competências gerenciais ou competências de gestão; alguns estudos	31
1.7	Sobre a formação gerencial no âmbito da pós-graduação	38
1.8	Trajetória da legislação educacional	43
1.9	Sistemas de saúde: especificidades, funções e desafios para a gestão	46
1.9.1	<u>Missão e funções dos sistemas de saúde</u>	47
1.9.2	<u>Gestão de sistemas e serviços de saúde</u>	48
1.9.3	<u>Implicações política, sociais e culturais</u>	49
1.9.4	<u>As diferentes lógicas que interferem na regulação dos sistemas de saúde</u>	51
1.9.5	<u>Sobre as ações de regulação do SUS</u>	54
1.9.6	<u>As características do processo de trabalho em saúde</u>	55
1.9.7	<u>A gestão das organizações de saúde e a busca de modelos adequados ao sistema</u>	56
2	MATERIAIS E MÉTODOS	64
2.1	Abordagem	64
2.1.1	<u>O Curso de especialização de Gestão em Saúde como campo do estudo</u>	64
2.2	As fontes dos dados e os instrumentos de coleta	66
2.3	Sujeitos da pesquisa: amostra e critérios de eleição de participantes	67
2.4	Variáveis do estudo, categorias analíticas e análise	67
2.5	Aspectos éticos	69
2.6	Procedimentos metodológicos	69
2.6.1	<u>Preparação para elaboração do questionário para levantamento da opinião dos egressos: realização de entrevistas com especialistas “gestores de topo”</u>	69
2.6.2	<u>Elaboração de questionário para entrevistas com egressos</u>	69

2.6.3	<u>Compilação e preparação para análise dos dados dos questionários</u>	70
3	RESULTADOS	72
3.1	<i>Entrevistas com gerentes e pesquisadores/professores</i>	72
3.2	A opinião dos egressos: os questionários	74
3.2.1	<u>Universo de estudo</u>	75
3.2.2	<u>Perfil dos egressos</u>	76
3.2.3	<u>Perguntas abertas</u>	94
3.2.4	<u>Perguntas fechadas - dimensões de competências: habilidades</u>	97
3.2.5	<u>Respostas perguntas fechadas dimensões de competências: habilidades</u>	97
3.2.5.1	Comunicar-se com a equipe e usuário	98
3.2.5.2	Habilidade para identificar problemas	100
3.2.5.3	Dimensão de habilidade para solucionar problemas	100
3.2.5.4	Dimensão de habilidade para criar e inovar no seu trabalho em equipe	100
3.2.5.5	Habilidade de identificar oportunidades positivas	101
3.2.5.6	Habilidade de desenvolver o trabalho em equipe	101
3.2.5.7	Habilidade de promover e manter relacionamento profissional com a equipe e o usuário	103
3.2.5.8	Habilidade de possuir visão sistêmica	103
3.2.5.9	Habilidade de promover o uso do planejamento como prática gerencial	103
3.2.5.10	Habilidade de negociação com a equipe, superiores e usuários	104
3.2.5.11	Habilidade para gerenciar programas e pesquisas	106
3.2.5.12	Habilidade de liderar a equipe de trabalho	106
3.2.5.13	Habilidade de identificar novas lideranças na equipe de trabalho	106
3.2.5.14	Habilidade ter capacidade de síntese	107
3.2.6	<u>Habilidade de negociação com a equipe, superiores e usuários</u>	109
3.2.7	<u>Resultado do questionário dos egressos sobre a dimensão de competências “Atitude”: perguntas fechadas</u>	111
3.2.7.1	Atitude de agir com otimismo	111
3.2.7.2	Atitude de ter compromisso com os objetivos	112
3.2.7.3	Atitude de ter compromisso com as necessidades do usuário	112
3.2.7.4	Atitude de ser “negociador”	112
3.2.7.5	Atitude de ser aberto as mudanças	113
3.2.7.6	Atitude “ser aberto ao dialogo e saber ouvir”	113

3.2.7.7	A atitude “compromisso com o trabalho em equipe”	115
3.2.7.8	Atitude de “processar críticas”	115
3.2.7.9	Atitude de “motivar a equipe”	115
3.2.8	<u>Resultado das respostas dos egressos as duas questões abertas sobre a dimensão de competência “Atitude”</u>	118
3.3	A opinião dos especialistas: o grupo focal	122
3.3.1	<u>Planejamento do grupo focal</u>	122
3.3.2	<u>Definição e contato com os especialistas</u>	122
3.3.3	<u>Elaboração dos roteiros para o grupo focal</u>	122
3.3.4	<u>Realização do grupo focal</u>	123
3.4	Resultados	123
3.4.1	<u>Grupo focal</u>	123
4	DISCUSSÃO	133
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
	REFERÊNCIAS	148
	APÊNDICE A - Gestores e pesquisadores/professores entrevistados	162
	APÊNDICE B - Coordenadores de cursos/entrevistados	163
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com professores especialistas	164
	APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com coordenadores de cursos	165
	APÊNDICE F - Os cursos de formação de gestores de saúde em nível de especialização no Rio do Janeiro e seus conteúdos temáticos	166
	APÊNDICE G - Formulário de avaliação das disciplinas e do curso pelos alunos	181
	ANEXO A – Roteiro de entrevista com gestores	182
	ANEXO B - Entrevistas com gestores/professores/coordenadores	183
	ANEXO C - Teste 1 - Questionário para avaliação da formação de gestores..	184
	ANEXO D - Dados do pré-teste do questionário	191
	
	ANEXO E - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	194
	ANEXO F - Questionário para avaliação da formação de gestores	196
	ANEXO G - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos 2	202
	ANEXO H - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ	204
	ANEXO I - Lista de especialistas do Grupo Focal	205

ANEXO J - Termo de consentimento livre e esclarecido Grupo Focal	206
ANEXO K - Grupo Focal	207

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são submetidos universalmente aos mesmos tipos de tensão, em escalas maiores ou menores, dependendo das características sócio-político-econômicas da organização social que os dirigem e sustentam. De acordo com a literatura, nas diferentes sociedades os sistemas de saúde enfrentam os mesmos tipos de problemas: de um lado, o alto custo dos diferentes níveis das ações de saúde incita a pressão pelo controle dos gastos públicos, o que redobra os níveis de tensão entre as condições de oferta e demanda; de outro, a demanda aumenta em consequência do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas que permitem o aumento das expectativas de vida. Diante desses desafios, aumenta a opção dos governos e gestores na área de saúde, de buscar subsídios em conhecimentos científicos disponíveis na literatura gerados por trabalhos avaliativos para orientar os processos decisórios em suas práticas administrativas.

No Brasil, nos últimos dez anos, acumulou-se uma produção profícua de estudos e pesquisas de cunho avaliativo, voltados para o levantamento das condições da assistência à saúde da população. A preocupação com a avaliação da eficiência do sistema de saúde tem mobilizado tanto os setores administrativos quanto as academias. Não obstante, embora esteja sendo construída gradativamente, a cultura avaliativa ainda não se consolidou de forma institucional no campo da saúde.¹ A discussão sobre sua importância como procedimento para melhoria de desempenho do sistema de saúde segue mobilizando debates e criando estratégias em busca do consenso entre os atores do sistema, portadores de diferentes lógicas de acordo com suas posições.²

Nas análises sobre as condições dos resultados da avaliação capazes de influenciar sua utilização pelas instâncias decisórias, surgem três características importantes: a credibilidade, a fundamentação teórica e a pertinência. É nesta última que repousa a dificuldade de consenso entre os atores do sistema de saúde. A pertinência na avaliação está relacionada com a capacidade de a ação avaliativa³ fornecer respostas aos problemas investigados. Constantemente, as conclusões avaliativas das condições da assistência à saúde apontam para problemas crônicos cujas causas são relacionadas a deficiências dos processos de gestão dos sistemas e serviços assistenciais. Tal contexto tem alimentado discussões reflexivas dentro e fora do meio acadêmico, em busca de soluções. São crescentes os

¹ A institucionalização da avaliação como prática só ocorre quando esta se incorpora rotineiramente às ações de saúde, acompanhando todos os processos de planejamento e gestão (FELISBERTO, 2004).

² Lógicas democrática, tecnocientífica, econômica e profissional, cada uma com concepções diferente.

³ A avaliação de ações de saúde implica a análise das características de variáveis estruturais, processuais e de resultado (DONABEDIAN, 1992).

investimentos tanto no âmbito administrativo como na área educacional. A especialização de profissionais para o desempenho de funções gerenciais tem sido uma exigência cada vez mais crescente no campo da gestão de sistemas e serviços de saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação do Ministério da Saúde, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, vem apoiando essa demanda de capacitação, estabelecendo parcerias com instituições acadêmicas em nível nacional. Solidárias com a busca de solução para os problemas no campo da assistência à saúde, as instituições de ensino têm procurado responder a essa situação através da oferta crescente de programas de qualificação profissional, voltados para a especialização em gestão de saúde. Esse contexto cria outra expectativa, referente ao desempenho dos programas de capacitação no atendimento às reais necessidades de qualificação dos gestores de saúde.

É nesse esforço que esta tese se situa, focalizando a capacitação profissional⁴ no campo da gestão de sistemas e serviços de saúde. A mobilização central foca a investigação da adequação do conteúdo temático constituído pelas dimensões de competências desenvolvidas em programa de capacitação em gestão de saúde às necessidades de desempenho prático de trabalhadores dos processos de gestão. Em outras palavras, o presente estudo ocupa-se da avaliação da articulação dinâmica da relação teórico-prática de um programa de capacitação em gestão de saúde, a partir da opinião de atores no campo da gestão em saúde.

Apoiada em Freire (1983)⁵, a autora parte da premissa de que o processo ensino-aprendizagem, aplicado nos programas de capacitação, deve ancorar-se na realidade construída pelo pensamento e ação – portanto, apoiado no desenvolvimento de conhecimentos explícitos e tácitos. Nesse sentido, se faz necessária a manutenção da interdependência entre os conteúdos temáticos desenvolvidos nas ações de capacitação e a mobilização desses conteúdos no processo de trabalho. Freire afirma que a articulação dinâmica entre teoria e prática estreita as relações ensino e serviço, estimulando prática-reflexão-prática, tomando o processo de trabalho como objeto e o profissional como sujeito dessa ação. Assim, nesse contexto, a autora entende que a definição e organização do conteúdo programático e sua metodologia de aplicação se inserem como pontos de

⁴ “A capacitação profissional objetiva dotar os seus beneficiários de um tipo mais concentrado de instrução para cumprir tarefas definidas num contexto específico. Visa a servir como um meio para se atingir um fim, ou seja, adquirir experiências em um tipo de trabalho”(PEDERSON, 1994, p. 5).

⁵ “Teoria e prática expressam um movimento de interdependência em que uma não existe sem a outra. Portanto, relação teoria e prática, não são apenas palavras, é reflexão teórica, pressuposto e princípio que busca uma postura, uma atitude do homem face ao homem e do homem face à realidade.”(FREIRE,1983, p. 40).

sustentação balizadores da práxis⁶ no processo ensino aprendizagem da capacitação profissional.

Trata-se de um estudo de caso, descritivo-exploratório, que buscou investigar a aplicação prática do material teórico exposto e discutido nas atividades do Curso De Capacitação de Especialização em Gestão de Saúde, ministrado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, o estudo apoia-se na avaliação dos egressos quanto à importância das competências desenvolvidas no processo de capacitação cursado para suas necessidades de desempenho no processo de trabalho cotidiano da gestão de saúde. Também são analisadas as percepções de gestores especialistas e professores com reputação de formadores de força de trabalho para gestão de saúde em âmbito nacional e internacional. A contribuição desses segmentos profissionais foi inserida no sentido de aumentar o escopo de análise das percepções sobre a importância das dimensões de competências gerenciais no processo de trabalho de gestão de sistemas e serviços de saúde.

Nesta tese foram analisadas entrevistas com gestores seniores, conhecidos por suas com experiências em funções administrativas de grande escopo. Buscou-se conhecer na visão desses *experts*, considerando as dimensões, habilidades, atitudes e conhecimentos, quais as mais necessárias na bagagem de competência dos gerentes de sistemas e serviços de saúde.

Tendo participado do trabalho de pesquisa “Avaliação da formação de gestores de sistemas e serviços de saúde” como pesquisadora associada ao Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a autora buscou aprofundar a análise do citado trabalho, redimensionando-a com o aporte pessoal de reflexões e análises das percepções e visões colhidas no citado trabalho, demandado nos termos de Cooperação e Assistência Técnica entre a OPAS/OMS/MS-Brasil.

Esta tese está estruturada em introdução, três capítulos e as considerações finais. Nesta introdução, se buscou situar o problema, justificá-lo e explicitar seus objetivos. No primeiro capítulo, apresenta-se o referencial teórico situado nas interfaces da gestão de sistemas e serviços de saúde e da formação com base em competências para o exercício da gestão. O segundo capítulo apresenta a abordagem e os materiais e procedimentos metodológicos do estudo. O terceiro capítulo analisa e discute os resultados. Por fim, apresentam-se as considerações finais, bem como as referências, os apêndices e os anexos.

Delimitação do problema

O ambiente da Saúde Coletiva tem sido cenário para uma vasta produção de trabalhos científicos tratando de avaliações de sistemas e serviços de saúde, abordando condições de funcionamento e alcance de resultados. Frequentemente encontramos nesses trabalhos referência à má qualidade da gestão ou apurações de incompetência gerenciais. Em meio a outras avaliações que englobam as dificuldades e avanços dos sistemas de saúde pelo mundo, as dificuldades de gestão também são citadas nos relatórios de agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS/OPS, 2006).

As recomendações por uma parceria mais coesa entre os campos da saúde e educação repetem uma retórica antiga e têm mobilizado amplos debates nos dois setores. Na produção de trabalhos sobre avaliação da qualidade da assistência em saúde, são também encontradas, com frequência, conclusões que apontam deficiências da organização dos processos de trabalho no setor. Embora as causas sejam múltiplas, o grau de despreparo dos profissionais de saúde é considerado alto em função de inabilidades para análise das especificidades contextuais requeridas na área. É também consenso que a superação dessas dificuldades deve ser tratada nos processos de formação empreendidos no campo educacional. Além da afinança com o setor da educação, levando em conta a diversidade compreendida no próprio conceito, a saúde invoca necessidades da participação de outros entes dividindo ações inter-setoriais visando à completude das soluções dos problemas que desafiam a gestão de saúde.

Assim, os problemas instigantes deste estudo despontam na gestão de saúde, percorrem o terreno da educação profissional e se inserem no processo de capacitação de gestores de sistemas e serviços de saúde. Em outras palavras, o problema central está dimensionado no grau de dissonância entre a prática e a orientação teórica constituída pelas dimensões de competência aplicadas no processo de capacitação.

Debruçando-se sobre o conteúdo programático do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do IMS/UERJ, procurou-se conhecer a importância atribuída pelos egressos às dimensões de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) desenvolvidas pelo curso *vis à vis* suas necessidades instrumentais para o enfrentamento dos problemas na prática cotidiana. Portanto, o estudo percorreu os caminhos da avaliação através da opinião dos egressos, solicitando-lhes a resposta para seguinte questão: dentre o elenco das dimensões de competência gerenciais expressas no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que grau de importância essas dimensões representaram no desenvolvimento do

desempenho das ações cotidianas do processo de trabalho? A mesma questão foi apresentada para atores relacionados com a gestão de saúde, conforme delineamento dos campos de coleta de dados da pesquisa explicitada mais adiante.

Ao final do estudo, após análise e discussão dos instrumentos de coleta de dados, a autora responde às questões alavancadoras desta tese: o curso de Especialização em gestão de saúde do IMS/UERJ atende às necessidades de desempenho profissional de seus egressos em suas funções cotidianas gerenciais? Que ajustes devem ser inseridos ao conteúdo programático do Curso de Especialização em Gestão de Saúde, segundo seus egressos, para o atendimento das reais necessidades de capacitação dos gerentes de sistemas e serviços de saúde?

Justificativa do estudo

A autora tem como motivação central a busca de respostas para questões geradas no ambiente profissional do campo de ensino e pesquisa, particularmente na sua prática, como docente no citado curso. A questão de fundo de maior inquietude refere-se a aplicação dos saberes apreendido e sua transformação nas práticas concretas, direcionando o pensar e o agir no processo de trabalho (NOVAES, 1996), onde o saber teórico precisa estar adequado às necessidades técnicas reais no dia a dia⁷.

Por fim, as motivações deste estudo se ancoraram na expectativa de intervir para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Ao investigar as condições de adequação dos conhecimentos, habilidades e atitudes organizados para capacitação de gestores, buscou-se conhecer as necessidades de inclusões, ajustes ou mesmo exclusões de saberes necessários à bagagem da capacitação para gestão de saúde em uma perspectiva prática de adequação às necessidades de desempenho das ações gerenciais de saúde. Debruçando-se sobre as bases da organização teórica da capacitação em gestão de saúde, o estudo dedicou-se a investigar as necessidades cognitivas e instrumentais dos agentes cuja função é fazer funcionar a engrenagem sistêmica geradora das ações de assistência à saúde.

Objetivos

Objetivo geral

⁷ As realidades cotidianas comandam as demandas mais amplas, condicionando as técnicas (ou seja, a razão instrumental). Esse movimento estabelece a “tecnificação” da ciência (conhecimentos que se sustentam em fundamentos científicos), que por sua vez estabelece a ‘cientificação’ da técnica” (NOVAES, 1996).

Analisar a adequação do conteúdo teórico representado nas dimensões de competências do Curso de Especialização em Gestão em Saúde do IMS/UERJ face às reais necessidades de aplicação das competências gerenciais dos egressos no desempenho de suas funções no dia a dia de trabalho.

Objetivos específicos

Contribuir para o aperfeiçoamento da formação profissional dos atores que operam na área de gestão de sistemas e serviços de saúde, na perspectiva de fortalecer a importância da relação teórico-prática.

Conhecer as dimensões de competências mais importantes e necessárias ao desempenho do gestor de sistemas e serviços de saúde, com base na percepção de trabalhadores vinculados à gestão de saúde, e egressos de um programa de formação de gestores de saúde.

Apontar as necessidades de ajustes do conteúdo programático do CEGS/IMS/UERJ, visando a sua adequação às necessidades de desempenho de seus egressos em suas práticas gerenciais cotidianas.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Gestão & Administração: conceitos e evolução

O termo *gestão*, como tal, não é tão antigo na literatura como administração, embora ele apareça com conotação de sinônimo em algumas abordagens conceituais. Mas tomar a gestão como ato de gerenciar, orientar e mesmo influenciar o outro para a realização de ações precisas que visem a alcançar um determinado objetivo é uma das práticas mais antigas da humanidade e está descrita nos níveis de organização das antigas civilizações, como a dos povos gregos e romanos, entre outros.

Trewatha (1979, p. 26-27), citando Koontz & O'Donnell (1978), refere-se aos primórdios da administração na Grécia antiga. No discurso de Sócrates, a preocupação com a forma de administrar os bens públicos e privados:

Sobre qualquer coisa que um homem possa presidir, ele será (se souber do que precisa e for capaz de prove-lo) um bom presidente. Quer tenha a direção de um coro, de uma família, de uma cidade, ou de um exercito [...] Em qual quer lugar que seja, é a mesma tarefa [...] . Portanto Nicomaquides não desprezeis homens hábeis, capazes de administrar seus haveres, pois os afazeres privados diferem dos públicos somente em magnitudes, em outros aspectos, são singulares; mas o mais importante é que nenhum destes pode ser gerado sem homens, nem os afazeres privados são gerados por uma espécie de homens e o público por outra [...] (SÓCRATES discourse BooK III in KOONTZ, O' DONNELL, 1978).

Nos dicionários comuns, os termos *gestão*, *administração* e *gerência* aparecem como sinônimos⁸ e designam ações a serem desempenhadas por dirigentes nos ambientes organizacionais. Motta (1997) contextualiza o uso de um ou de outro termo relacionando ao grau de nobreza das funções desempenhadas. Ao longo dos anos, a palavra *administração* foi se desgastando no ambiente empresarial e os termos *gestão*⁹ e *gerência* passaram a ser mais utilizados, por imprimirem maior importância às funções executivas nas grandes empresas. Ainda segundo esse autor, houve um tempo em que dirigentes de alto nível eram denominados *administradores*. De modo semelhante, o termo *gerência*, antes empregado para designar funções hierárquicas de nível mais baixo, passa a ser utilizado para designar funções de direções superiores.

Ainda para Motta, gestão é lançar mão de todas as funções e conhecimentos necessários para, através de pessoas, atingirem os objetivos de uma organização de forma

⁸ A palavra *gestão* tem origem do latim: *gestione*, assim como administração (*administracione*).

⁹ M. Gilbert Frost (s/d) refere-se ao surgimento do termo *gestão* a partir da transição do processo de produção familiar para o sistema empresarial. Drucker (1995) refere-se à introdução desse termo como uma forma da tradução de *menagement* nos trabalhos americanos no início do século XX.

eficiente e eficaz; ou ainda, é a apreciação de um conjunto de ações e estratégias nas organizações de maneira holística. Entretanto, vale realçar que a ideia de homogeneidade dos termos não alcança senso comum entre os teóricos e estudiosos dos ambientes organizacionais, como Ferreira (2002) e Robert (1997), Scotti e Oliveira (1995), que abordam as semelhanças e diferenças entre gestão, administração e gerência, com base nos contextos em que estejam inseridos. Relacionados a bens públicos ou privados.

Assim, Scotti e Oliveira (1995,67) definem gestão como:

Atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual, ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria". Quanto a gerência e vista "como a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço.

Eles também diferenciam os níveis de gerência entendendo que as responsabilidades das ações de direção, condução estratégica, assim como a formulação de políticas e metas, estão no escopo das responsabilidades do gestor de topo.¹⁰ E falam da responsabilidade dos gerentes – médio e operacional –, responsabilizando-os pelas funções relativas à escolha de métodos e técnicas adequadas ao funcionamento harmônico da organização e a operacionalização.

Ferreira (2002) discute o uso de *gestão* ou *administração* traçando um paralelo sobre o entendimento desses termos na prática da cultura americana. A literatura apresenta o termo *management* para designar gestão e gerência. Quanto ao termo *administration*, embora não exclusivamente, mas com maior frequência, é usado para designar administração.

Um importante dicionário, *The Holt International Dictionary of English* (1990), também não contraria as afirmações de Drucker, Ferreira e Robert quando usam os termos *administration* e *management* como sinônimos.

Independentemente do tratamento, gestão ou administração, um grande número de autores, entre os quais Drucker (1975), Trewatha (1979), Koontz (1988), Fayol (1990) e mesmo Taylor (1960), são concordantes quanto à necessidade, no exercício da gestão ou administração, de se influenciar terceiros. Gualejac (2007) associa à ideia de gestão o ato de mediação, realçando o papel ideológico da gestão como mediadora entre o capital e o trabalho.

O aspecto de distinção entre os dois termos salientado mais comumente na discussão da sinonímia ou não dos dois termos diz respeito a função e objeto da ação. A bem dizer, a

¹⁰ O "a gerência de topo" corresponde à gerência de alto nível, e designa cargos de direção ou o nível mais elevado no contexto organizacional (RAZZOLINI FILHO; ZARPELON, 2010).

administração está presente em todos os cargos, compondo as tarefas da função específica que constitui o objeto de trabalho. Segundo Fayol (1984), a administração ocupa pelo menos 5% do trabalho de um operário e no mínimo 60% para um dirigente de empresa. Essa constatação revela, por outro lado, que em qualquer função, a administração evolui de uma intensidade mínima até uma máxima, assim como ela não existe por si só, precisando sempre de outras ações funcionais para agir sob seu objeto.

A gestão, por sua vez, também não é um cargo, mais prontamente seria a ação imperativa de um cargo. Ou seja, para acontecer precisa da administração decisória, da contabilidade, da estatística, da segurança – enfim, dependendo das necessidades da demanda onde estiver inserida. Seguindo essa racionalidade, a gestão incorpora a administração, abrigando-a como mais uma das funções necessárias para seu desempenho. Nesse sentido, pode-se usar os termos *Gestão de Saúde* e *Administração em Saúde*, segundo Ferreira (1997, p. 53), que no mesmo trabalho afirma que “gestão é lançar mão de todas as funções¹¹ e de todos os conhecimentos¹² necessários para orientar e influenciar pessoas para a realização dos objetivos de uma organização de forma eficiente”.

1.2 A evolução das teorias da administração

As teorias da administração estão distribuídas em várias correntes ou abordagens, todas válidas até hoje. Criadas para solucionar problemas organizacionais relevantes de suas épocas cada teoria teve seu período de auge. As variáveis que orientaram as concepções dessas teorias se constituem como os principais componentes de estudo da administração das organizações. Assim, a adequação entre : tarefas, estrutura, pessoas, tecnologia, ambiente e competitividade constitui o desafio da Administração (CHIAVENATO, 2004).

A administração científica nasce em 1903, focada no resultado, preocupando-se com tempo e movimentos para execução da tarefa. Apoiada nas ciências exatas, como matemática, física e estatística, a era mecanicista conduzida por Taylor e Fayol (foco na organização das ações administrativa) expande a concepção do *homo economicus*. A Organização Racional do Trabalho (ORT) criada por Taylor substitui os métodos empíricos e rudimentares por métodos científicos. A Teoria Clássica iniciada com Fayol em 1916, manteve alguns valores tayloristas, mas estabeleceu uma abordagem anatômica e fisiológica, tratando as organizações como organismos sociais, enfatizando a estrutura.

¹¹ Técnica, financeira, contábil, administração e segurança.

¹² Estatística, psicologia, antropologia, sociologia e metaeconomia.

Na sequência, as ciências humanas se apresentam introduzidas por Mary Parker Follet, Elton Mayo e outros, realçando a presença dos psicólogos e sociólogos. A Escola de Relações Humanas (ERH), surge nos anos 1920 e tem nos anos 1930 seu melhor período acompanhado do desenvolvimento do pensamento de freudiano onde o comportamento humano também poderia ser explicado biologicamente. Freud defendia a existência de um antagonismo básico entre homem e sociedade. Sendo o homem antissocial por natureza e guiado por seus instintos, caberia à sociedade o enquadramento da natureza humana, através do processo de socialização. As ideias eram centradas no peso da motivação em função da participação, ou seja, conhecer os objetivos das ações e poder opinar no processo decisório.

A teoria da ERH introduz a concepção emblemática do *homo social*, capaz de tomar iniciativas produtivas quando estimulados pelo meio. Contudo, a lacuna dessa teoria, consistia na desconsideração dos conflitos em decorrência das divergências sociais e sim pela condição de desajustes das estruturas individuais. A necessidade de negociação e resolução de problemas dessa ordem implicava diminuição do poder hierárquico, o que gerava outro tipo de incompatibilidade¹³. Com a Escola de Relações Humanas, pois o controle de resultados passa a ser desenvolvidos pela supervisão.

Nos meados dos anos 1940, a Escola de Relações Humanas é desdobrada em outra corrente. A Escola Behaviorista tem entre seus maiores expoentes Herbert Simon, reforçando a concepção comportamentalista racional dos atores organizacionais. A ideia desta escola é a consideração que os homens se comportam racionalmente quando se apropriam de um conjunto de conhecimentos que os colocam diante das alternativas de ações, com a possibilidade de avaliar suas consequências. Essas ideias reforçaram o entendimento estrutural do processo decisório¹⁴.

O Estruturalismo vem como uma ruptura em relação à Escola de Relações Humanas. Incorporado pelas Ciências Sociais, o estruturalismo se organiza em quatro grandes grupos: o estruturalismo abstrato, de Lévi-Strauss; o estruturalismo concreto, de Radcliffe-Brown; o estruturalismo fenomenológico, de Max Weber; e o estruturalismo dialético, de Karl Max.

Na teoria das organizações, os dois últimos grupos, estruturalismo fenomenológico e dialético, exerceram maior influência, sintetizando as escolas de Administração Científica de

7 O resultado seria uma diminuição do poder hierárquico incompatível com a burocracia administrativa. Os críticos da abordagem clássica da Administração defendem que, no campo da administração, os conflitos entre grupos é inerente às relações de produção. Na organização há tensões inevitáveis que podem ser reduzidas, mas não eliminadas. As tensões situam-se entre necessidades organizacionais e individuais, racionalidade e irracionalidade, disciplina e liberdade, relações formais e informais entre níveis hierárquicos e entre unidades administrativas.

¹⁴ Existe uma hierarquia de decisões, desde aquelas mais amplas e menos detalhadas até aquelas diretamente relacionadas com atividades específicas, de alcance muito mais limitado e que devem ser precisas e detalhadas.

Taylor e Fayol e de Relações Humanas. O estruturalismo considera os aspectos totalizantes dos fenômenos ou elementos implicando uma interdependência entre estes.

A crítica estruturalista à Escola de Relações Humanas diz respeito à participação no processo decisório. Para os estruturalistas, a ERH, quando vê o conflito social como uma patologia, contribui para uma manipulação dos empregados, atribuindo caráter ilusório à participação destes nas decisões da organização.

O que à primeira vista pode parecer um processo democrático, para esta escola, é na verdade:

uma forma de fazer com que os subordinados acatem decisões previamente tomadas, em função de uma ilusão de participação e de poder, geralmente criada pela delegação de autoridade para decidir em assuntos absolutamente indiferentes para a alta cúpula administrativa. (PRESTES MOTTA, 1971, p. 56).

A essa altura, o termo *gestão* é inserido entrando na linguagem evolutiva das teorias e se enriquece com números através das ciências contábeis e da matemática financeira como coluna mestra da economia. Esse período traz o termo *gestão* para o topo da linguagem administrativa, através dos trabalhos dos “garotos prodígios”, a nova geração de teóricos especialista no campo da gestão. Entre esses se destaca a figuras de Robert S. e Mac Mara.

As teorias neoclássicas se instalam na complementaridade, isto é, aproveitam-se alguns princípios das teorias clássicas, mas o centro das atenções consiste na busca de meios adequados que permitam identificar problemas e encontrar soluções. Os esforços devem ser orientados para compreender e lidar com as diversidades impostas pelo modo de produção nos diferentes cenários organizacionais à luz das ciências sociais¹⁵. A característica preponderante dos ambientes organizacionais, a partir daí, situa-se na demanda de ações inovadoras capazes de fazer face à dinâmica de mudanças do modo de produção. As teorias neoclássicas acolhem o aglutinado de conhecimentos de vários campos, abrigando-se à sombra dos conhecimentos científicos multidisciplinares. Com esse entendimento, é a vez de as ciências biológicas contribuírem com a concepção das ações na gestão, reforçando o valor da interdependência dos organismos retratado na teoria dos sistemas e posteriormente na teoria da contingência, sendo a corrente mais recente a bordo da gestão contemporânea¹⁶. Os teóricos dessa teoria partem do princípio de que a gestão é relativa e situacional, ou seja, depende das circunstâncias ambientais, tecnológicas, políticas – enfim de fatores contextuais.

¹⁵ As ciências sociais aplicadas se ocupam de todas as atividades preocupadas em investigar e explicar sistematicamente os aspectos das relações entre indivíduos e sociedades da qual são parte integrante, p.ex., antropologia, sociologia, psicologia e ciências políticas (CERVANTES, 2006).

¹⁶ Compreende os mais variados modelos, desde a gestão por objetivos, O ciclo da qualidade, Gestão estratégica, Reengenharia, Gestão por competência e modelos desenhado por autores contemporâneos.

A gestão contemporânea dispõe de ampla literatura de natureza comercial. As publicações contemplando fórmulas e métodos inovadores que prometem a obtenção de sucesso no meio competitivo das organizações são cada vez mais disponíveis, nas prateleiras das livrarias. Em outro nível, a gestão contemporânea também é alimentada com publicações acadêmicas de autores renomados, como Morgan, Potter, Mintzberg, Motta, Drucker, Chiavenato e tantos outros, que apontam a competência da liderança como a mola-mestra da gestão. A palavra de ordem no mundo da gestão contemporânea está centrada na afirmação dessa competência como sendo imprescindível para a prática da gestão renovada no senso da capacidade de fazer acontecer.

Outro aspecto importante no qual se detém esses mesmos autores é a negação de fórmula teórica do melhor método, e a afirmação da importância da vivência do contexto para melhor domínio das ações de gestão. Sobre esse ponto, Mintzberg é categórico ao comentar em uma entrevista que “depois de anos buscando esses cálices sagrados¹⁷, está na hora de reconhecer que a gestão não é uma ciência nem uma profissão: é uma prática apreendida principalmente com a experiência enraizada no contexto”.

1.3 Modelos de gestão

As teorias da administração foram se construindo de acordo com a relevância contextual da época, expressa nas condições sociais, políticas e econômicas. As diferentes etapas de desenvolvimento do modo de produção exigiram constantes aprimoramentos dos recursos cognitivos da inteligência administrativa e gerencial.

Com um século de atuação, a administração reivindica o *status* de ciência. Tendo iniciado seus primeiros passos à sombra das ciências exatas, amparou-se em seguida nas ciências humanas, apropriada nos dias atuais de um leque de conhecimentos científicos vinculados a todas as áreas de saberes necessários ao desempenho das ações da gestão. Ao longo desses cem anos, sob a influência das diferentes escolas administrativas, os modelos de gestão foram se sucedendo abrigados nas abordagens filosóficas, configuradas nas perspectivas de cada escola.¹⁸

A escola estruturalista, através da contribuição dos pioneiros do estudo da administração, desenvolveu os modelos mecanicista, determinístico e burocrático. As

¹⁷ Desde o início da teoria clássica da administração, que se julgou existir “uma melhor maneira”, estamos buscando na ciência e no profissionalismo o “Cálice Sagrado da Gestão”(MINTZBERG, 2010).

¹⁸ De acordo com a teoria geral da administração, as escolas de pensamento de gestão são agrupadas em três grandes categorias; perspectiva estrutural, perspectiva humanística e perspectiva integrativa (CHIAVENATO, 2003).

principais características desses modelos prendem-se a questões de controle, previsibilidade e regulação da propriedade, hierarquia da autoridade e processo decisório.

A escola humanística introduz em sua abordagem a necessidade de trabalhar a gestão organizacional com modelos centrados em aspectos das necessidades humanas, como motivação, valorização e participação. A característica principal dos modelos dessa escola situa-se na visão do ser humano, diferentemente dos modelos anteriores, onde a pessoa é vista como um insumo do processo produtivo.

A escola integrativa, como indica o próprio nome, busca uma integração das abordagens das teorias administrativas com adequação às necessidades da gestão das organizações. A abordagem da escola integrativa está mais voltada para o estudo das questões relacionadas com os processos de mudança e transformação impostos pelo sistema de produção ao cenário organizacional, a partir da segunda metade do século passado. A gestão contemporânea tem suporte na perspectiva integrativa, cujas teorias sistêmicas, contingencial e inovadora¹⁹ oferecem o contorno para os mais diversos modelos de gestão organizacional, cuja principal demanda continua sendo a sobrevivência e a produtividade positiva, esta definida por Ferreira et al. (2006) como o alcance de níveis elevados de eficiência, eficácia e efetividade.

Dois dimensões específicas orientam a característica principal dos modelos de gestão: a forma e a função, entendidas respectivamente como a configuração organizacional adotada para conduzir o processo de produção na organização. Desde suas origens, as teorias da administração têm se deslocado da ênfase na forma para ênfase na função, influenciando diretamente a maneira de criação e aplicação dos modelos de gestão mais conhecidos, a saber: gestão estratégica, núcleo da qualidade; gestão por objetivos; gestão por competência; inteligência emocional nas empresas; modelos econométricos.

No entanto, sobre a aplicação de instrumentos e métodos inovadores em gestão, Mintzberg (2000) faz observações importantes, com base em estudo minucioso realizado sobre o impacto da utilização de modelos estratégicos na gestão. O autor destaca que a utilização de instrumentos – como Matriz SWOT, quadro BCG, modelos de análise competitiva, cadeias de valor, teoria de jogos, BSC, modelos decisórios de aprendizagem e de mudança, entre outros – podem ter resultado excepcional ou desastroso, dependendo do contexto ou da contingência em que forem usados. Nesse mesmo trabalho, Mintzberg

¹⁹Teorias mais recentes ainda pouco incorporadas nos modelos de gestão praticado pela maioria das organizações: Adhocracia; as teorias do caos e da complexidade; gestão libertária e economia de comunhão (FERREIRA et al., 2006).

ressalta a característica prescritiva dos modelos instrumentais, e embora não os descartando, argumenta sobre as melhores condições de adequação de modelos conceitual²⁰. Na sua opinião, o essencial para a gestão não é o instrumento, mas as capacidades de análise, integração e aplicação postas em prática pelos gestores (MINTZBERG, 2000, p. 84).

Na visão tradicional, a gestão está ligada à perspectiva mecanicista instrumental, com prioridade na forma, considerando que as ações são organizadas e modeladas por meios de instrumentos e técnicas adequadas, com o uso dos recursos financeiro e materiais, incluindo as pessoas que o compõem. Nessa visão, “o como” toma maior importância, em detrimento da missão e da qualidade dos bens ou serviços que a organização lança no mercado.

A ênfase na forma é acolhida pelas escolas estruturalistas e humanísticas, sendo detectado, em alguns casos, o deslocamento da ênfase modelar das escolas humanísticas para a função. Contudo, somente com o surgimento da escola integrativa, a ênfase dos modelos de gestão é focada na função. Essa dimensão está cada vez mais priorizada na gestão contemporânea, tendo em vista os ambientes extremamente instáveis em consequência da abertura dos mercados e o avanço acelerado das tecnologias.

Segundo Ferreira et al. (2006), os modelos de gestão perseguem a produtividade positiva e, para tanto, é indispensável à manutenção de coerência e compatibilidade na modelagem das diversas variáveis das organizações. As condições de incerteza, instabilidade e imprevisibilidade direcionam para a adoção de modelos centrados em uma visão orgânica – oposto da visão mecanicista – viva, complexa, ambígua e contraditória, que possibilita adequações e reajustes de direcionamento no decorrer das ações. E, acrescente-se, essa visão orgânica também é favorável a adaptações ativas e reativas ao contexto cada vez mais incerto pela dinâmica das mudanças tecnológicas e de mercado.

1.4 Gestão por competências: inovação na gestão de pessoas

Na gestão contemporânea, a noção de competência se insere como uma forma de fomentar as interações entre as competências humanas (saberes e capacidades individuais) e as competências organizacionais (demandas das organizações para cumprimento de missão e objetivos, determinadas pelas tarefas de campo nos processos de trabalho). Pode ser traduzida como aplicação ou atualização daquilo que se sabe ou se conhece num contexto específico destacado por uma cultura institucional, por relações de trabalho particulares,

²⁰ Tem característica descritiva, mais orientada para a compreensão de *como são* efetivamente formulados.

condições temporárias e recursos restritos (NISEMBAUM, 2000, p. 34).

Segundo Prahalad e Ramaswamy (2000, p. 43), a gestão por competência vem se destacando como fonte de vantagem competitiva, instalando-se como modelo inovador a partir de estudos de diversificação de negócios. A introdução do conceito de competência organizacional,²¹ segundo os mesmos autores, orienta as organizações a “trabalharem com competências diversificadas e não mais como uma carteira de diferentes negócios.”.

Cooper et al.,²² relatando estudo que objetivou identificar o impacto nos resultados organizacionais em 217 organizações que trabalhavam com o modelo de gestão por competência, concluíram que 75% delas apontaram efeitos positivos na comunicação, comportamento e na cultura organizacional; 59% apontaram aumento da eficiência dos empregados; 42% apontaram aumento das vantagens competitivas, através da ênfase nas pessoas; e 34% apontaram que o modelo encorajou a troca de funções e influenciou positivamente o comportamento das equipes.

Ainda no plano internacional, Moreno (1998) analisou mais de 400 projetos de implantação de gestão de competência em empresas espanholas, destacando as principais competências²³ utilizadas no modelo de Gestão de Recursos Humanos nas referidas empresas. Dubois (1996) e Cooper (1998) são concordantes na adequação do modelo de gestão por competência para o gerenciamento de recursos humanos.

Encontra-se, entre as pesquisas nacionais sobre esse tema, o trabalho de Ubeda e Santos (2008), que realizaram estudo com o objetivo de apresentar a gestão por competência como uma estratégia diferenciada de gestão de pessoas a ser utilizada pelas empresas em busca de inovações tecnológicas. Os autores avaliaram a prática da gestão de competências em um centro de pesquisa ligado a uma empresa pública federal (IPP) que dispõe de 37 centros de pesquisa, três centros nacionais e 11 unidades centrais, presente em quase todos os estados. O estudo de caso teve cunho avaliativo comparativo, visando a comparar os conceitos teóricos com a prática da gestão de competência do campo estudado. O resultado da pesquisa apontou, a partir da definição estratégica do IPP e de seu repasse na missão e objetivos, um conjunto de competências organizacionais²⁴ responsáveis pela sustentação do

²¹ Entendido como um conjunto de conhecimentos, habilidades tecnologia e comportamentos empresariais manifestado em ações integradas causando impactos na performance e resultados (PRAHALAD, 2000).

²² *Competences: a brief overview od development and application to Public and private sectors* - Research Directorate, Police Research and Communications branch Public Service Comission of Canada, 1998.

²³ Desenvolvimento; avaliação/potencial; desempenho; seleção interna; mudança de cultura; plano de carreira; ferramentas de RH; retribuição (MORENO, 1999).

²⁴ Capacidade interna de pesquisa e desenvolvimento agropecuário nacional; promover um agronegócio competitivo em uma economia global; sustentabilidade das ações econômicas com equilíbrio ambiental; diminuição dos desequilíbrios ambientais derivados do agronegócio; fornecimento de matérias-primas e

plano de trabalho, e da estratégia corporativa de inovação da empresa. No âmbito das competências humanas, o estudo identificou um conjunto de competências individuais²⁵ mais difundidas no campo pesquisado com as responsabilidades de sustentação do plano de trabalho, através das estratégias funcionais em interação com as competências organizacionais. Assim, os autores concluem que a gestão de competência do IPP é realizada com base na identificação das competências individuais e nas estratégias competitivas da empresa. O modelo de gestão por competência aplicado no IPP permite a busca de alinhamento entre as práticas de recursos humanos e as estratégias empresariais, enfatizando as pessoas como recurso diferencial para o sucesso. Nesse sentido, a competência e o desempenho humano norteiam a formulação de projetos e dos processos de trabalho no IP (UBEDA; SANTOS, 2008).

Outro trabalho sobre a utilização do Modelo de Gestão por Competência, apresentado por Flink e Vanalle (2003) analisa, numa região do interior do estado de São Paulo, a adesão de 35 empresas nacionais e multinacionais ao modelo de Gestão por Competência. Concluíram que ele ainda era incipiente, pois em nenhuma das empresas constava a implantação completa do modelo e, em 29% delas, ainda se estava em fase de implementação. Contudo, os 71% que ainda não utilizavam o modelo de gestão por competência relataram que estavam planejando a implementação dessa inovação nos próximos dois anos.

Nessa mesma linha de investigação, focando a utilização do Modelo de Gestão por Competência aplicada no gerenciamento de pessoas, Ruthes (2007) estabeleceu como objetivo principal investigar as condições de implementação do modelo de gestão por competência na gestão do pessoal de enfermagem, em um estabelecimento público de saúde, assim como o grau de entendimento do modelo entre direção e equipes de trabalho. Além de resgatar os diversos conceitos de competência sustentados por autores aqui mencionados, a autora emite seu próprio conceito inspirando-se na teoria de Pestalozzi²⁶ sobre aprendizagem.

Para Ruthes, competência “diz respeito a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes interdependentes e necessários à consecução de um determinado propósito dentro

alimentos que promovam a saúde e a melhoria do nível nutricional e da qualidade de vida da população.

²⁵Usar criatividade; buscar eficiência e eficácia; usar planejamento estratégico; comprometimento com honestidade e ética; foco nas necessidades da clientela; criar lideranças, facilitar adaptações e transferências de conhecimentos; negociar; colaborar; seguir rigor científico, trabalhar em equipe e atentar para as implicações finais do trabalho individual.

²⁶Pestalozzi, pedagogo alemão, contemporâneo de Rousseau, construiu a teoria da aprendizagem centrada em cabeça, mãos e coração, engloba aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos relacionado ao trabalho.

de um contexto organizacional específico” (RUTHES, 2008, p. 23). A autora acrescenta a importância do papel das dimensões de competência, fortalecendo as convicções em fundamentação teórica, em conhecimento de causa e, em especial, no domínio da realidade social onde se firma a questão do comportamento. Em sua conclusão, a autora destaca que a baixa adesão ao modelo de gestão por competência ocorre pela exigência do instrumento de domínio de conhecimentos específicos e por ser uma ferramenta de gestão ainda pouco explorada.

Acrescenta que, para que aconteça a implementação de gestão por competência no âmbito do processo de trabalho da enfermagem no campo estudado, há que ser revisto todo o contexto organizacional. Começa pela definição da missão, visão e valores e estratégia organizacional, iniciando com a adesão da direção da instituição que deve estar convencida da validade do modelo de gestão. Outro ponto importante refere-se ao processo de seleção, avaliação e locação dos profissionais de enfermagem de acordo com o perfil e mapeamento das competências dos integrantes da equipe.

1.5 A noção de competências no campo da formação

Universalmente, no campo da educação, a escolha dos modelos de formação profissional ocupa lugar de destaque nas agendas de discussão dos setores especializados, sob a regência dos estudiosos do tema. Detentor de um vasto material literário, o modelo de formação por competência tem sido implementado com maior destaque nas últimas décadas graças à sua adequação ao modo de produção vigente. Nem todos os países adotam o mesmo conceito. Cada qual tenta criar e implementar um modelo de formação por competência. Segundo Mertens (1996), o conceito de competência surge em contextos distintos e seu significado não é exatamente o mesmo em todos os países. Assim, não existe um conceito único sobre competências, mas diversos enfoques que servem para ampliar e enriquecer os diferentes métodos de formação por competência.

Para sintetizar os enfoques de competências profissionais usados nos diferentes países, seria possível afirmar que:

[...] competência é a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho em um determinado contexto cultural (DELUIZ, 1996, p. 34)

Ao definir sua visão de competência, Irigon afirma:

Competência: é a capacidade de atuar em uma realidade determinada e envolve a capacidade de integrar as dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes como instrumentos [...]

uma pessoa competente em seu trabalho deve adquirir conhecimento e desenvolver habilidades variadas para a tomada de decisão, solução de problemas e conflitos e para negociar. Trabalhar com competência é ter conhecimentos, habilidades e atitudes em lugar do antigo esquema de conhecimento e de destrezas (IRIGON, 1996, p. 63).

Conforme ressalta Lazzarotto (2001), o desenvolvimento da competência ocorre por meio da aprendizagem individual e coletiva e pela assimilação de conhecimentos, integração de habilidades e adoção de atitudes no desempenho no trabalho:

A conceituação das dimensões de competência também se apresenta de forma polissêmica. Para fins deste estudo, a autora guiou-se pelas considerações conceituais segundo as quais conhecimento é definido como “informação, conscientização, saber, cognição, sapiência, habilidade de discernimento, bagagem conceitual, sabedoria, certeza [...] depende do contexto em que o termo é empregado” (SVEIBY, 2000, p. 58). E habilidades que, para Argyris (1999, p. 33) significa “fazer as coisas funcionarem sem esforço e com certeza de conseguir repetir o feito sempre”, e para Gagne, refere-se à aquisição de habilidades e conhecimentos, como forma de “desenvolvimento de aptidões humanas importantes para o sistema e a sociedade” (GAGNE, 1974, p. 67).

E ainda, Resende salienta as diferenças entre aptidão e habilidade, exemplificando que habilidade está relacionada com a forma de execução da tarefa na aplicação de conhecimentos, de agir, de pensar; ela favorece a aplicação da aptidão. Por exemplo: aptidão é associar ideias, habilidade é escrever uma metáfora. Para Resende, habilidade é muito mais passível de ser treinada ou aperfeiçoada que a aptidão (RESENDE, 2000).

Chiavenato (2004) vê a habilidade como uma perspectiva, definindo-a como a capacidade de colocar o conhecimento em ação, transformando a teoria em prática na análise de situações e solução de problemas. O autor destaca três tipos de habilidades essenciais ao administrador ou gestor, esclarecendo as diferentes interpretações dessa dimensão e situando seu desempenho por níveis de gerências. São elas:

- habilidades conceituais: são aquelas que permitem ao gestor fazer uso dos conhecimentos, estão relacionadas à capacidade cognitiva, requeridas para planejar, formular, interpretar, e dar soluções decisivas, sendo essenciais nos cargos de direção;
- habilidades humanas: se inserem no campo das relações interpessoais, dizendo respeito a capacidade de comunicação, coordenação, motivação e liderança – enfim, refere-se ao discernimento apurado para o trabalho em equipe. Segundo o autor, essa habilidade é essencial no desempenho das funções da gerência intermediária, para a

obtenção de cooperação, envolvimento e comprometimento, no dizer do autor: “fazer com que as pessoas façam”;

- habilidades técnicas: são as que revelam a capacidade de usar, conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos com destreza em ações mecânicas ou cognitivas. São essenciais no desempenho operacional e tácitos dos processos de trabalho sob a responsabilidade das gerências operacionais.

As atitudes, segundo Mattar, representam “uma predisposição subliminar da pessoa na determinação de sua reação comportamental em relação a um produto, organização, pessoa, fato ou situação”. E acrescenta que os três principais componentes da atitude são: a) cognitivo, referente às crenças pessoais; b) afetivo, referente aos sentimentos; e c) comportamental, referente à predisposição para uma reação comportamental em relação a algo. O autor salienta que a formação de uma atitude é resultado de crenças, reflexos condicionados, fixações, julgamentos, estereótipos, experiências, exposições a comunicações persuasivas, troca de informações e experiência de vivência com outros indivíduos (MATTAR, 1996).

A dimensão das atitudes levanta amplo debate nos meios especializados da psicologia do trabalho. Sua conceituação, como não poderia deixar de ser, segue o mesmo caminho polissêmico das outras dimensões de competência. Mas, para os fins deste trabalho, consideraremos que a dimensão de atitude representa o cerne do comportamento pessoal frente ao desempenho do processo de trabalho na prática cotidiana. E no dizer de Drucker, atitude tem relação com coragem, não existe nenhuma fórmula, procedimento ou ferramenta para ensinar coragem na gestão. Contudo, argumenta o autor, há como investir no acúmulo de bagagem sensorial reforçando valores pessoais refletidos em atitudes. Isso pode ocorrer quando o gestor se prepara para o enfrentamento de obstáculos através de conhecimento apurado do contexto, munindo-se de um plano de ação, de métodos de análises e capacidade de atrair coesão (DRUCKER, 2004).

Nessa mesma direção, Levtt lembra que o saber, a bagagem de conhecimentos e habilidades do gestor, é apenas um dos múltiplos aspectos de sua capacitação profissional. E realça que o desempenho do gestor é avaliado por seu comportamento e atitudes. Elas certamente refletem suas personalidades, mas também estão à mercê das influências culturais e sociais do mundo do trabalho (LEVTT, 1974).

Esta abordagem da noção por competência no campo educacional remete a outra noção dentro do mesmo campo: trata-se de “currículo por competências”. Segundo o *Dicionário de Pedagogia*, essa expressão significa o meio pelo qual a pedagogia se

institucionaliza na escola, com o objetivo de promover o encontro entre a formação e o emprego (DICIONÁRIO, 2000). Irigoin (1996) completa o conceito remarcando que “currículo por competência” é a redefinição do sentido dos conteúdos de ensino, de modo a atribuir sentido prático aos saberes escolares, abandonando o modelo disciplinar de saberes teóricos, dedicando-se a competências supostamente verificáveis em tarefas e situações específicas do trabalho.

A identificação das competências para organização curricular aplicado nas formações exige a análise do processo de trabalho para as quais se pretende desenvolver ações formadoras. A finalidade da análise das ações compreendidas na função do trabalho é a de apontar os conhecimentos, habilidades, atitudes que compõem os recursos necessários que o trabalhador necessita para adquirir a competência de realizar a tarefa. O conteúdo disciplinar vem contribuir para o desenvolvimento das competência demandadas pelo processo de trabalho.

Segundo Ramos (2009), para análise dos processos de trabalho, ainda que exista uma variedade de metodologias, estas se originam de três matrizes principais: a ocupacional (lógica condutivista), a funcionalista e a construtivista. O método de análise ocupacional tem como objeto de análise o posto de trabalho e as tarefas em si, preocupando-se com a qualificação do desempenho. Esse método trabalha com as metodologias de organização curricular DACUM/ AMOD e SCDI.²⁷

A análise funcional tem por objeto a função produtiva centrando-se entre problemas e resultados com ênfase na certificação de competências. Trabalha com a elaboração de mapa funcional e objetivo-chave. A leitura do trabalho por esse método se detém na análise das relações entre o todo e suas partes. Consoante com a teoria dos sistemas sociais, relaciona o mercado, as instituições e as relações sociais como parte integrante da análise. O diferencial do método funcional em relação aos outros já citados, reside na focalização das relações funcionais entre os trabalhadores si e no contexto organizacional (MERTENS, 1996). Nesse

²⁷ DACUM (Developing a Curriculum) método canadense de análise qualitativa do trabalho, criado com o objetivo de reunir informações sobre os requisitos exigidos para o desempenho de trabalhos específicos. AMOD (A MODel) trata-se de um modelo que utiliza como base o DACUM (cuja lógica de análise é centrada na ocupação e na tarefa) e acrescenta a esse o ponto de vista da elaboração de um currículo de educação, introduzindo itinerários no qual se pode organizar ações educativas com espaços para avaliações. E por fim, o SCID (*Systematic, Curriculum and Instructional Development*), também utiliza o DACUM como base na identificação das tarefas, mas aprofunda a análise com detalhamento rigoroso, a fim de produzir um currículo de alta qualidade, curto tempo e baixo custo. Segundo Mertens (1996), a contribuição de trabalhadores altamente especializados é de grande importância nesse tipo análise (IRIGOIN, 1996).

método, as competências são deduzidas das relações entre resultados e habilidades, conhecimentos e atitudes dos trabalhadores²⁸.

A análise construtivista sob o método ETED²⁹ é de origem francesa, foi criado por Bertand Schwartz e difundido pelo Centre d' Etudes et de Recherches sur les Qualifications. Mertens (1996) afirma que a análise construtivista tem como finalidade evidenciar a interatividade das ações múltiplas existentes entre os grupos, os ambientes internos e externo, as situações de trabalho e as situações de capacitação. Rojas (1998, p. 28) realça as características do método afirmando “que análise reflexiva do trabalho favorece uma noção cognitivista e construtivista da competência profissional.” O diferencial do método construtivista está na proximidade entre a construção das competência e a implementação de uma estratégia de formação, igualando as importâncias entre a função ocupacional e as pessoas e suas possibilidades.

Como em todas áreas, a educação é constituída de diferentes correntes teóricas, alimentadas por suas respectivas escolas, defendidas e criticadas pelos seguidores e oponentes. Os referenciais curriculares expõem os elementos necessários à composição do currículo de forma que estejam presente as competências requeridas pelo trabalho. A exemplo disso, Tanguay e Rope (1997) descrevem a metodologia de construção do referencial do diploma, ancorado na competência global, que compreende as capacidades gerais e competência terminais. Esse ordenamento técnico de saberes é estabelecido através da lista de tarefas e funções trazidas do referencial de atividades profissionais. Ao final (ao combinar os saberes definidos), o referencial é enunciado pela expressão “ser capaz de”.

As críticas a essa racionalização pedagógica não são raras no meio educacional, como destaca Ramos (2009, p. 19), que observa que é preciso aceitar “que o desenvolvimento de competência é uma consequência e não o conteúdo em si da formação”. A autora enfatiza que o currículo por competência mantém-se orientado por saberes de referência proveniente dos campos das ciências e das profissões, sem pretensões de analisar o processo de trabalho sob uma ótica crítica dialética³⁰.

²⁸ Esta foi a perspectiva adotada pelo Ministério da Educação no Brasil para a elaboração dos referenciais curriculares nacionais do ensino técnico. Estes ficaram organizados em matrizes ou quadros de competências por áreas profissionais, nas quais se definiram funções, sub funções que caracterizam o processo de trabalho; competências e habilidades (“saber-fazer”) requeridas pelos trabalhadores; bases instrumentais, científicas e tecnológicas, correspondentes aos conteúdos de ensino (RAMOS, 2009).

²⁹ Significa: *L'emploi type dans sa dynamique* - método utilizado o emprego-tipo”o “ofício”em sua variabilidade.

³⁰ Deluiz (2001) apresenta a construção de uma matriz crítico emancipatória, apontando os princípios orientadores para investigação do processo de trabalho. Ramos (2005) apresenta como princípio epistemológico do currículo uma proposta abrangendo a compreensão totalizante dos processos de trabalho, incorporando as dimensões; científico tecnológica, ético-políticas, sócio-históricas, ambientais, culturais e relacionais do trabalho.

Ainda nesse movimento conceitual, levanta-se o conceito de competências organizacionais. Nisembaud entende competências organizacionais “pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, instrumentos, tecnologias, métodos e comportamentos que uma organização dispõe e consegue operar de forma integrada na sua atuação, impactando a sua performance e contribuindo para os resultados” (NISENBAUM, 2005, p. 29). Já Santos (2000) defende que o desempenho organizacional não repousa apenas no conhecimento em si, e que está fortemente ancorado na mistura das competências técnicas, funcionais, gerenciais e comportamentais. Com essa afirmação, o autor reuniu os tipos os tipos de competências organizacionais conhecidos.

1.6 Competências gerenciais ou competências de gestão; alguns estudos:

É definida por Santos (2000, p. 13) como “requisitos necessários de conhecimentos habilidades técnicas, e gerenciais, atitudes estratégicas para desenvolver as várias funções e objetivos da gestão.” Para Resende (2000), as competências de gestão em um plano geral foram definidas desde a teoria clássica da administração em quatro grandes núcleos na visão macro: direção, planejamento, coordenação e controle. A partir daí, os desdobramentos instrumentais se sucedem ao sabor das necessidades dos contextos, evoluindo dos princípios e diretrizes das primeiras teorias científicas à gestão contemporânea, que alberga outro tanto de ferramentas de gestão. O autor destaca as presenças do planejamento estratégico, a gestão da qualidade, a gestão de pessoas – enfim, essas são competências gerenciais vistas na visão meso e micro (REZENDE, 2000)

Um aspecto comum a todos os estudos analisados é a compreensão cada vez maior das organizações sobre o papel e a importância das pessoas para um bom desempenho e o alcance da qualidade na prestação de serviços. São as pessoas que geram efetivamente o diferencial para a busca de excelência (MEDEIROS; BALTAZAR; MELLO, 2009). Assim, nos últimos anos, a chamada gestão por competências vem sendo estimulada e enfatizada, nos processos de gestão de pessoas, como instrumento para o desenvolvimento de saberes críticos para o sucesso. Segundo Medeiros e seus colaboradores (2009), inclui o saber ser, conviver e agir.

Sob o título *Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde*, a dissertação de mestrado em Engenharia da Produção realizada por Elizabeth Maria Lazaroto, egressa do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, é apoio teórico, considerando a proximidade da abordagem conceitual do

referido estudo com a presente pesquisa (LAZZAROTTO, 2001). Em seu estudo, Lazzarotto teve como objetivo a identificação das competências essenciais requeridas para o gerenciamento nas unidades básicas de saúde. A autora trabalhou com o conceito de competências essenciais compreendidas em três dimensões – conhecimento, habilidade e atitude. Ainda no aspecto conceitual, o estudo apresenta as competências essenciais nas organizações como sendo “as que conferem vantagem competitiva, e são difíceis de serem imitadas” (p. 28). Para identificar as competências essenciais necessárias ao gerenciamento das unidades básicas de saúde, Lazzarotto utilizou a metodologia descritiva e exploratória, aplicando entrevista semiestruturada. Como resultado, destaca a necessidade de formação e reorganização das competências essenciais para o gerenciamento das unidades básicas de saúde. Referenciando a relevância do estudo, conclui que:

o desenvolvimento das competências essenciais propicia a aquisição e a atualização contínua dos conhecimentos, habilidades e atitudes, permitindo alcançar um desempenho gerencial com eficiência e qualidade nas Unidades Básicas de Saúde (LAZZAROTTO, 2001, p. 18).

O trabalho de Bahry e Tolfo (2007) aborda o tema da formação e aperfeiçoamento profissional, sob o título *Mobilização de competências nas atividades profissionais dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento*. As autoras trabalharam com a percepção dos egressos do Programa de Formação e Aperfeiçoamento em nível superior do Banco do Brasil, investigando suas impressões quanto à mobilização das competências desenvolvidas nos respectivos programas, onde obtiveram suas titulações (mestrado ou doutorados) nas rotinas do trabalho, nos cargos onde estão alocados. Reportam-se a Ruas (1999, 2005) como fonte de argumentação, no sentido da utilização dos conhecimentos adquiridos nos programas de formação, capacitação ou aperfeiçoamento, referindo situações em que os saberes adquiridos ficam circunscritos a vivências específicas dos egressos, não sendo utilizadas em suas funções no cotidiano do trabalho. Trata-se de um estudo de caso descritivo, de natureza metodológico-qualitativa, combinada com uma abordagem quantitativa introduzida para medição de dados de natureza nominal e ordinal.

Outro estudo brasileiro, realizado em Santa Catarina, avaliou as competências dos profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família, através de metodologia originada na *University of North Carolina*, EUA (SAUPE et al., 2005, 2006, 2007). As competências avaliadas foram aquelas incluídas nas diretrizes curriculares dos cursos na área da saúde, a saber: educação e participação, interdisciplinaridade e gerenciamento. Cada uma, a exemplo do estudo anterior, também foi desdobrada nas dimensões conhecimento, habilidades e atitudes.

Outro aspecto de interesse abordado no estudo de Leggat (2007) remete à característica particular do trabalho em saúde, que inclui necessariamente a interação de equipes multidisciplinares. Os gerentes dos diferentes níveis precisam estar aptos a organizar essas equipes, administrar conflitos, dentre outros aspectos. Entretanto, a ênfase em um treinamento formal para desenvolver essas habilidades de trabalho ainda seria escassa nos programas de graduação e pós-graduação (LEGGAT, 2007). O estudo australiano levantou as competências que contribuem para um efetivo trabalho em equipe, sob o ponto de vista de gerentes de saúde. Nesse caso, porém, a competência gerencial foi desdobrada em quatro dimensões: habilidades, conhecimentos, atitudes e motivação. Segundo os resultados obtidos, o conjunto de competências de uma equipe de trabalho compreende: liderança, o conhecimento dos objetivos e estratégias organizacionais, compromisso com a organização, respeito pelos outros, compromisso com trabalho colaborativo e em alcançar resultados de qualidade.

Na África do Sul, o estudo de Rubin Pillay (2008, p. 21) adotou a seguinte definição de competência: “conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes que uma pessoa precisa ter para ser efetiva em trabalhos gerenciais e em vários tipos de organizações”. O autor analisou a proficiência de gerentes de saúde dos setores público e privado em funções consideradas chaves para esta área: prestação do cuidado de saúde, planejamento, organização, liderança, controle, legal e ético e autogerenciamento. A definição de competência gerencial foi adotada a partir de revisão da literatura sobre o tema e significa (PILLAY, 2008).

Nos EUA, a Healthcare Leadership Alliance (HLA), um consórcio de seis grandes organizações profissionais americanas, recentemente estabeleceu cinco domínios de competências comuns entre gestores da saúde, a partir de pesquisa e da experiência com os seus processos individuais de trabalho (STEFEL, 2008):

- Gerência da comunicação e relacionamento – que inclui a habilidade de comunicação com consumidores internos e externos e a construção de interações entre indivíduos e grupos;
- Profissionalismo – que remete à habilidade de inspirar os indivíduos e organizações e de gerenciar as mudanças para a excelência de desempenho;
- Liderança – a habilidade de conduzir os indivíduos e a organização de forma ética e o compromisso com o aprendizado e melhoria;

- Conhecimento do sistema de saúde – a demonstração de conhecimento do sistema e do ambiente em que os cuidados são prestados;
- Habilidades e conhecimentos empresariais – a habilidade de aplicar princípios tais como: gerenciamento financeiro, de recursos humanos, de informação e outros.

A HLA desenvolveu um processo formal para delinear o conhecimento, habilidades e capacidades dentro de cada um desses domínios. Procurou determinar quais competências eram nucleares e quais eram comuns entre os membros de suas associações; ou ainda, quais eram específicas a um ou mais membros de uma ou mais organizações. Esse processo produziu 300 “declarações” de competências, organizadas em um banco de dados que pode ser utilizado para avaliar as competências individuais e organizacionais (STEFL, 2008).

Manfredi (1999), em uma experiência de construção de referencial teórico, debruçou-se sobre a reconstrução das noções de qualificação e competência e suas respectivas interfaces, objetivando a identificação das dimensões conceituais e políticas de competências profissionais. Como outros autores, concluiu que são conceitos polissêmicos e que variam de acordo com os parâmetros teórico-metodológicos utilizados para investigá-los. No seu trabalho, a autora destacou a noção multidimensional de competência, revelando facetas que vão do individual ao sociocultural, situacional (contextual-organizacional), destacando as características do seu constructo, com manifestações específicas cujos conteúdos não são universais. A autora conclui que, do ponto de vista de pesquisa empírica, seria mais pertinente ater-se a áreas específicas, com recortes relativos a domínios circunscritos de conteúdos (teórico-práticos), frutos de experiências e trajetórias individuais e coletivas, situadas e datadas. Nesse sentido, a autora aponta para a necessidade de novos estudos e pesquisas com adoção de parâmetros histórico-críticos e multidisciplinares, com perspectivas de desenvolvimento de novas estratégias metodológicas para a investigação de competências e saberes de trabalhadores e trabalhadoras em situações de vida e trabalho.

Silva (2010), em sua tese de doutorado, propõe uma reflexão sobre a ideia de competência e seu significado educacional. O estudo buscou ultrapassar a noção de competência no senso comum. A partir do estudo teórico desenvolvido, a autora destaca três elementos constitutivos da ideia de competência: pessoalidade, mobilização e âmbito. No processo de aprendizagem, a pessoalidade está encarnada na figura do aluno como pessoa integrada de naturezas social, cultural afetiva e ética. A mobilização refere-se ao movimento de utilização dos conteúdos disciplinares, enquanto meios ou recursos que contribuem para o desenvolvimentos das competências. O âmbito está compreendido nas situações e contextos

específicos. Ao final de seu percurso investigativo-teórico, a autora conclui sua pesquisa defendendo que :

A competência pessoal é constituída por um espectro de capacidades que se revelam em uma ação consciente, autônoma, com objetivos a serem atingidos por meio da mobilização de recursos, em situações inéditas de incertezas em contextos específicos (SILVA, 2010, p. 14).

A autora arremata que a reflexão sobre competência e seu significado educacional fortalece o enraizamento do modelo de competência na escola. Para tanto, se faz necessário adequar a maneira de olhar da escola para os atores centrais do processo educacional, ou seja, o aluno e o professor em seus papéis, atribuindo-lhes um espectro de competência a cada um. Essa ideia de adequação também se estende para a organização do currículo enxergando-o “como um mapa de possibilidades de escolha”, seguindo um planejamento capaz de superar a fragmentação disciplinar dos conteúdos. Para a autora, a perspectiva do enraizamento da ideia de competência se completa com a inserção de ações avaliativas fortalecendo o desenvolvimento do modelo de competências.

Considerando a dinâmica das transformações organizacionais, Sant’Anna (2008) se propôs a investigar até que ponto a demanda por profissionais dotados de competências cada vez mais abrangentes e sofisticados encontra-se acompanhada por uma evolução de políticas e práticas organizacionais que as sustentem. O autor utiliza como referencial teórico a Abordagem de Avaliação da Modernidade Organizacional e uma revisão das abordagens anglo-americana e francesa sobre a Competência. O autor realizou três levantamentos empíricos e apresentou uma análise comparativa dos achados após tratamento do conjunto dos dados, por meio de técnicas estatísticas multivariadas e descritivas. Constatou que a demanda por competências sofisticadas e complexas não tem sido acompanhada, em mesmo nível, por uma modernidade de políticas e práticas de gestão, sugerindo a necessidade de ambientes de competências organizacionais mais aderentes aos novos perfis profissionais requeridos.

Paiva e Melo (2008) realizaram pesquisa exploratória sobre os conceitos de competência profissional, gestão de competências e profissão, com o objetivo de indicar possibilidades de pesquisas. Após a experiência reflexiva, as autoras realizaram a reconceituação de competência profissional e de profissão. As autoras trabalharam com uma agenda que contemplou aspectos metodológicos qualitativos e quantitativos (abordagens qualitativas para dar profundidade à compreensão dos temas e das suas inter-relações, e abordagens quantitativas com vistas à extensão de conclusões e validação de modelos) e temáticos (um leque de opções contemplando profissões que se encontram em momentos

diferenciados no que diz respeito ao processo de profissionalização, buscando compreender aspectos particulares e extensivos a outras demais). O cumprimento de tal agenda, segundo as autoras, visou a colaborar, tanto conceitual e academicamente – no sentido de precisar e expandir a delimitação dos construtos abordados, como para fornecer subsídios para um trânsito efetivo dos atores sociais envolvidos nos processos de profissionalização que se tem presenciado.

Em busca de um conceito de competência validado por profissionais, Saupe et al. (2005) realizaram trabalho investigativo e trazem para o acervo bibliográfico mais uma construção de fundo conceitual para o tema da formação profissional. Nesse trabalho, os autores tratam da questão da aceitabilidade e legitimação do conceito de competência, destacando sua condição nuclear na reorientação das políticas de formação profissional e em especial na área de saúde.

Saupe et al. (2005) entendem que, apesar da aplicação do método nas instituições de ensino, seja por afinidade ou por determinação legal³¹, o conceito de competência não tem sido validado por pesquisas que o avaliem e incorporem sugestões dos interessados, isto é, os profissionais da saúde que ensinam e cuidam. Assim, com o objetivo de obter essa validação, elaboraram uma base conceitual que concebe competência como o resultado da integração das dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes³². A proposta foi submetida à apreciação de uma amostra de 145 trabalhadores de saúde. Utilizou-se uma escala de 0 (totalmente negativa) a 10 (totalmente positiva) para qualificar o grau de importância de cada dimensão. A coleta de dados gerou 580 ocorrências que, classificadas em regiões de desempenho, mostraram que 87,24% das respostas corresponderam ao grau de sucesso, ou seja, de concordância com os conceitos propostos. Ao concluir, os autores registram a distinção da dimensão de atitude expressa pelas opiniões dos participantes da pesquisa diante da determinação da relação de importância das dimensões no processo educativo. Assim, o estudo recomenda a necessidade de investimento, não apenas nos aspectos cognitivos e de desenvolvimento de habilidades, mas principalmente, no desenvolvimento de atitudes que focalizem o aprender a ser e a conviver.

No artigo “Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de

³¹ LDB/1996.

³² Os autores trabalharam com a “árvore das competências gerenciais”(GRAMIGNA, 2005), cuja configuração desenha a competência. Representa-se a dimensão de atitude nas raízes da árvore, indicando o “saber ser” através dos valores, princípios, opiniões e percepções; a dimensão de conhecimento, representada pelo tronco relativos as informações: “saber o que”; os fatos e conceitos; a dimensão de habilidade completa a árvore com a parte da copa, das hastes, o que se expande e aparece, significando a capacidade técnica, “saber como fazer”; o uso do talento. Nas condições objetivas para o desenvolvimento da competência e suas dimensões, o fator preponderante se constitui na motivação, seguido da comunicação, com ênfase no diálogo.

profissionais de saúde”, as autoras Fagundes e Burnham (2005) trabalharam a relação entre espaço e aprendizagem como uma forma de pensar modificações ou inovações curriculares a partir de demandas da prática. Elas analisaram experiências com comunidades desenvolvidas pelos cursos de enfermagem, odontologia e medicina, e a metodologia teve como substratos as teorias da complexidade e da multirreferencialidade. O estudo revelou aprendizagens significativas para os sujeitos, defendendo a posição de que não basta definir novos locais de ensino; é preciso exercitar a reflexão sobre a prática, para que esta possa ser uma referência para interpelação e transformação das formas tradicionais de conceber currículo. Revelou, ainda, que repensar o currículo significa o desenvolvimento de uma nova relação com o saber, implicando mudanças nas relações entre a universidade e os diversos saberes existentes e na valorização da aprendizagem (re)construída na experiência. Como conclusão, destacam que a universidade deve instituir “escutas” das práticas desenvolvidas e investir numa formação cultural sólida e crítica dos estudantes.

Andrade e Strauhs (2006) desenvolveram um estudo que teve por objetivo central tratar das competências requeridas pelos gestores de Instituições de Ensino Superior Privadas (IES) em Curitiba e sua região metropolitana. Realizaram investigação do tipo exploratória, bibliográfica e descritiva, com características de pesquisa qualitativa e quantitativa, utilizando a metodologia de *survey*. Os autores motivaram-se na expansão acelerada no nível de oferta do ensino superior no setor privado. Nesse contexto, entenderam que esses tipos de organizações necessitam de modelo de gestão eficiente e adaptado às realidades da demanda. Com base nos instrumentos de coleta de dados, os autores pesquisaram as competências mobilizadas, tanto as requeridas pelas organizações como aquelas necessárias aos administradores. Segundo os autores, as conclusões obtidas permitiram identificar qual o perfil atual dos gestores de IES privadas de Curitiba e região metropolitana e também as competências requeridas para que um gestor de IES privada seja eficaz no desenvolvimento do cargo que ele ocupa.

No campo da capacitação por competência, André e Ciampone (2007) investigaram as competências para gestão de unidades básicas de saúde na percepção dos gestores. As autoras realizaram pesquisa exploratória para conhecer a percepção dos gestores sobre o perfil de competências necessárias aos gestores de Unidades Básicas de Saúde da área da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 2006. Conhecido o perfil de competência dos gestores, verificaram as condições de implantação dos novos modelo assistenciais e gerenciais propostos pela política da Secretaria Municipal de Saúde. O campo foi definido por 19 gestores de uma supervisão técnica de área da Atenção Básica. Foram realizadas

entrevistas e técnicas de grupo focal. Os temas disparadores do grupo foram gerados pela análise das entrevistas visando à problematização dos resultados. Segundo as autoras, os resultados, validados com a análise de percepção do grupo focal, mostraram que a percepção dos gestores em relação às competências para gerir uma UBS baseia-se em uma visão simplista e que existe um despreparo desses agentes para assumir a função de gestor. A título de recomendação, a pesquisa defende a instituição de um sistema de avaliação de competências com a inclusão de pré-requisito de formação específica em gestão de saúde para ocupação dos cargos de gestores. As autoras chamam atenção para as consequências do despreparo gerencial sobre o modo de operacionalização dos processos e estratégias locais, dificultando a implementação de propostas mais eficazes do sistema como um todo.

1.7 Sobre a formação gerencial no âmbito da pós-graduação

Visando ao alcance dos objetivos, este trabalho se deteve no espaço da formação de gestores de saúde no nível de pós-graduação *lato sensu*³³, entendendo que esse nível de formação difere do conceito de formação profissional tratada como um conjunto de atividades voltado para a apreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à prática das funções de uma profissão. Assim, essa formação de gestores de saúde se inscreve no sistema educacional para aumentar o preparo do indivíduo detentor de competência profissional para o desempenho de ações no campo da gestão de saúde.

Mas também poderia ser conduzida como atividade de capacitação, considerando a ação de capacitar-se como parte de um processo de habilitação para o desempenho de um cargo ou função. As atividades de capacitação devem ter como objetivo dar a conhecer ou atualizar os conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho profissional dos indivíduos no cotidiano do trabalho. Essas atividades podem se dar tanto por meio dos programas de desenvolvimento das empresas ou por instituições de ensino autorizadas.

A educação superior abrange cursos sequenciais por campo de saber, de diferentes níveis de abrangência; cursos de graduação, abertos a candidatos com certificados do ensino médio ou equivalente; de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos aos portadores de

³³ “As pós-graduações *lato sensu* compreendem programas de especialização e incluem os cursos designados como MBA - *Master Business Administration*. Com duração mínima de 360 horas, essa formação confere aos concluintes a obtenção de certificado de especialização. São abertos a candidatos diplomados em cursos superiores (bacharelados), que atendam às exigências das instituições de ensino”(Art. 44, Inciso III, Lei nº 9.394/1996).

certificados de graduação; e de extensão, submetidos aos requisitos estabelecidos em cada caso pelas instituições de ensino (art. 44 da LDB 9.394/1996) conforme demonstra a figura 1

Figura 1: Sistema Educativo Brasileiro

Educação Básica			Educação superior				
Zero a seis anos	dos 7 aos 14 anos	Após os 15 anos					
Educação infantil	Ensino fundamental	Ensino médio	Cursos Sequenciais	Cursos de Graduação	Pós-graduação		
					Especialização	Mestrado	Doutorado
Cursos e Programas de Formação Inicial e Continuada de Trabalhadores							
Fonte : Lopes (2006), com adaptação.							
		Educação profissional técnica	Educação profissional tecnológica				

No passado da estrutura educacional brasileira, o movimento de pós- graduação se projetou com maior fluxo para fora dos país. Houve um tempo de maior prestígio das universidades europeias antes da Segunda Guerra Mundial. No pós-guerra, as universidades americanas assumem as preferências, sob a influência de seus modelos mercadológicos. Nos dias atuais, as universidades buscam adequar-se às exigências legais, (quantitativo de mestres e doutores) para disponibilizar a oferta de programas de pós graduação face à demanda.

Na área de saúde, esse movimento desenvolveu-se predominantemente através da residência médica, sob orientação do modelo americano, posteriormente com extensão para residências de outros profissionais de saúde e de outros programas de especializações voltados para saúde pública e outras especialidades. Um dos desafios da área de Saúde Pública reside na adequação do quantitativo de profissionais especializados disponíveis no mercado de trabalho. A dificuldade de despertar o interesse de egressos das escolas médicas pela atuação em saúde pública tem sido a tônica dos debates nos meios acadêmicos e administrativos (CINAEM, 2009, p. 8).

Conforme determinação constitucional (inciso III, artigo 200), compete ao Sistema de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Portanto, essa atribuição deve ser desempenhada pelo Ministério da Saúde enquanto gestor geral do sistema. Cabe às instâncias governamentais do SUS a formulação e implementação de políticas de educação

voltadas para desenvolvimentos de recursos humanos na saúde centrada nos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

Desde o início da construção do SUS, é consenso que os recursos humanos representam a pedra angular do sistema, tido como fator determinante para o alcance das metas de saúde prospectadas pelo mesmo. Contudo, é também reconhecido como sendo o ponto mais crítico do desenvolvimento do sistema de saúde, seja por sua natureza complexa, seja pela dificuldade de tomadas de decisões políticas de envergadura similar a dos problemas enfrentados nesse âmbito (SANTANA, 1999).

Santana (1999) também entende que essa área precisa ser revigorada com a discussão dos requisitos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde, levantados em bandeiras básicas com: a valorização formal da importância dos profissionais no processo de trabalho; os mecanismos regulatórios de autonomia e do corporativismo profissional e a formulação de políticas incentivadoras de programas de formação em saúde coerentes com a lógica do sistema.

Nesse sentido, no período do final dos anos 1990 até a segunda metade dos anos 2000, assistiu-se ao desencadeamento de alguns processos impactantes no cenário das políticas de RH, como registra Garcia (2010) em sua tese de doutorado sobre a Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Entre esses, surgem a Rede ObservaRH; o projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE)³⁴; e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)³⁵.

Dessas iniciativas, para nosso estudo destaca-se, em 1999, a instalação formal pela OPAS/OMS/MS da Rede de Observatórios de Recursos Humanos, com núcleos em regiões estratégicas no país. Com o objetivo de canalizar e armazenar informações e análises sobre o processo de trabalho e a educação na saúde, a rede de observatórios foi implantada em 16 países, com perspectivas de investimento para formulação e avaliação de políticas e programas voltados para o desenvolvimento dos processo de trabalho e educação na saúde.

Até o ano de 2003, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde mantinha a área de recursos humanos a cargo da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos

³⁴ Em 2000, a implantação do PROFAE testemunha a realização de uma importante política de formação profissional na área de recursos humanos em saúde. O projeto é desenvolvido no período de 2000 a 2003, em todo território nacional, com o objetivo de qualificar os trabalhadores de enfermagem, de nível médio, visando à diminuição do déficit de pessoal auxiliar capacitado na área de saúde. O PROFAE trabalhou com o enfoque da formação com base em competências.

³⁵ Em 2001, o Ministério da Saúde, em convênio com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cria o PITS, que se traduz como uma política de incentivo à formação profissional, através de cursos de especialização em Saúde da Família e fixação de médicos e enfermeiros em municípios desprovidos de atenção à saúde. O programa funcionou até 2003 em cerca de 300 municípios.

Humanos (CGDRH) para o SUS. Essa coordenação estava vinculada à Secretária Executiva do Ministério da Saúde e à Secretaria de Políticas de Saúde. Ainda em 2003, com a reestruturação do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) passou a compor a nova estrutura. Segundo Garcia (2010), a SGTES foi criada com o desafio de equacionar os problemas de maiores magnitude no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, visando ao desempenho efetivo do SUS. Além disso, a SGTES tem papel estratégico na orientação das diretrizes intersetoriais que envolvem a formulação da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS).

Na área da educação em saúde, desde sua criação, a SGTES tem implementado projetos e programas configurados em políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Sob a coordenação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vinculada à estrutura da SGTES, foram realizadas intervenções no contexto da formação em saúde centradas na concepção dos processos de trabalho do SUS.

Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004 com o objetivo de promover processos formativos e práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde³⁶. Outra estratégia de mudança da formação profissional coordenada pelo DEGES foi o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. Esta é uma estratégia que permite aos estudantes conhecer os quatro eixos que fundamentam os desafios de funcionamento do sistema nacional de saúde: a assistência, a educação em saúde, o controle social e a gestão de saúde.

Entre as ações desenvolvidas pela SGTES no campo das políticas incentivadoras da adequação da formação em saúde aos parâmetros do SUS, encontram-se os projetos educacionais desenvolvidos com as instituições de ensino superior e as secretarias estaduais e municipais de Saúde. Trata-se de cursos com diferentes abrangências, desde pós-graduação em níveis de mestrado profissional e especializações (dirigidos para a gestão de sistema e serviços de saúde, para gestão de unidades de saúde da família) e outros cursos para temas e programas específicos.

Vale lembrar que quase no mesmo período da criação da SGTES, o Ministério da Saúde, através da Coordenadoria Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODER), estabeleceu processos educativos formulados com base na educação permanente, com foco no processo de trabalho e na integração interinstitucional. Foi criada uma Rede de

³⁶ Polos de Educação Permanentes em Saúde, funcionando com o modelo de gestão conhecido como RODA. Trata-se de uma construção coletiva, formada por um colegiado (gestão, assistência, ensino e controle social), hierarquia horizontal, conceito de cogestão de coletivos (CAMPOS, 2005).

Parceiros compostas de universidades federais, para realização de cursos em vários níveis destinados à qualificação de vários órgãos integrantes do Ministério da Saúde nos estados (Núcleos Descentralizados; Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA). Como objetivo central, o programa buscou integrar as visões dos trabalhadores do SUS, com a finalidade de reunir sujeitos com perfis ativos e críticos para o desenvolvimento de habilidades de tomada de decisões e soluções de problemas.

Um ponto de destaque desse programa, segundo Castro, Formiga e Vilar (2006), foi o envolvimento de capacitação de um conjunto de servidores dos núcleos descentralizados do Ministério da Saúde. Esses trabalhadores, com responsabilidades no campo da auditoria, gestão de convênios, sistemas de informação, coordenação das ações de saneamento, vigilância sanitária e outros, ao longo dos anos, tiveram uma atuação descolada da agenda de gestão do SUS. Os autores realçam que:

o estímulo e a mudança de atitude esteve orientado para a superação do descompasso existente na atuação dos órgãos desconcentrados do ministério, buscando uma sintonia com as diretrizes da descentralização e dos pactos estabelecidos no processo de negociação tripartite e assim ampliar as bases de apoio à consolidação SUS (CASTRO; FORMIGA; VILAR, 2006, p.14).

Em 2007, foi formalizada por Decreto presidencial a criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Formada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, com a participação do CONASS e CONASEMS, essa Comissão estava incumbida do planejamento estratégico das necessidades da formação na área de saúde. A renovação e o reconhecimento de cursos superiores dependem dessa comissão, assim como cabe a ela orientar as diretrizes de formação na área (GARCIA, 2010).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou, em parceria com a organização Pan-Americana de Saúde e participação do CONAS e CONASEMS, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). A iniciativa buscou responder às necessidades de formação e educação permanente do SUS em todo o território nacional, por meio de educação à distância. As capacitações mais visadas compreendem cursos de especialização em Saúde da Família e capacitação gerencial.

Estas são as iniciativas conhecidas que mobilizaram investimentos técnicos, políticos e financeiros, coordenadas pela esfera federal e efetivando seu papel na emissão de políticas de educação indutivas no desenvolvimento do SUS.

1.8 Trajetória da legislação educacional

A Lei n. 9.394/96, atual Lei de Diretrizes e Bases – LDB – (BRASIL, 1996), estabelece os princípios e diretrizes do ensino em todos os níveis no país. Em 17 de abril de 1997, o Governo Federal baixou o Decreto n. 2.208/1997, não mais vigente, regulamentando os dispositivos da LDB referentes à “educação profissional”, definindo seus objetivos e níveis, além de estabelecer orientações para a formulação dos currículos. O detalhamento da organização do ensino superior e das normas de avaliações dos cursos de formação e das instituições de ensino, todavia, se estabeleceu com o Decreto n. 3.860/2001, também não mais em vigência (BRASIL, 2001a). A partir daí, os cursos superiores de formação em saúde, como medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, têm seus pareceres aprovados para implantação da metodologia de currículos por competência (BRASIL, 2001b).

Segundo Santana (2002), o então novo currículo por competência é portador de dois grandes desafios. O primeiro diz respeito à conformação do referencial de competências; o segundo refere-se às representações sobre a realidade e as atribuições das profissões (ou seja, o que de fato se faz?). No caminho desses desafios, assevera o autor, os obstáculos mais ameaçadores se configuram nas dicotomias entre a teoria e a prática, e entre o ensino e o serviço, além das dificuldades de avaliação das competências profissionais para efeito das certificações, ao longo do processo de produção. Com isso argumenta Santana que, para o desenvolvimento das competências profissionais, torna-se imprescindível a integração entre os processos de ensino e aprendizagem e os processos de produção do trabalho.

Segundo Selling (2003), no repertório das competências profissionais são destacadas: competências tecnológicas; executivas (compreendendo e habilidades técnicas); organizativas e de gestão; econômicas e de liderança.

Autores como Vargas, Casanova e Montanaro (2001) afirmam que a competência profissional pode ser estabelecida, identificada, medida e, portanto, avaliada. Eles destacam sua potencialidade como ferramenta para organizar ações pedagógicas, reconhecer aprendizagens e gerir o talento dos indivíduos. Os mesmos autores falam das competências-chave³⁷ como sendo as que facilitam o desempenho em várias ocupações sem concentrar-se em um foco específico, permitindo maior flexibilidade e adaptabilidade ao trabalhador em distintos contextos.

³⁷ As competências-chave com ênfase no indivíduo: sistematicidade; pró-atividade; disposição para aprendizagem; capacidade de decisão; capacidade de controle; flexibilidade e capacidade de adaptação; criatividade na solução de problemas, consciência crítica. Ênfase no social: capacidade de cooperação e de comunicação; atitude solidária; respeito e responsabilidade (VARGAS; CASANOVA; MONTANARO, 2001).

Segundo Ramos, a evolução do modo de produção capitalista e as conseqüentes crises derivadas de suas contradições implicou um novo tipo de organização do trabalho baseado em tecnologia flexível, em contraposição à tecnologia rígida do sistema taylorista-fordista, e na formação de um trabalhador também flexível, baseada na pedagogia das competências. A regulamentação curricular com base na pedagogia das competências, aprovado em 20 de dezembro de 1996, através da Lei n. 9.394, tornou essa referência curricular a pedra angular da política educacional de maneira geral, mas, em especial, para a educação profissional em saúde nos diferentes níveis.

A noção de competência no modelo de formação profissional na área de saúde foi especialmente difundida com a instituição do Sistema de Certificação de Competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na área de Enfermagem³⁸ do Ministério da Saúde (Profae/MS), a partir do ano 2000. Do ponto de vista legal – a atual Legislação Educacional, conforme prevista no art. 39 da Lei n. 9.394 e no Decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004 –, a educação profissional em saúde compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior. Pode ser realizada em serviços de saúde (formação inicial ou continuada) e em instituições de ensino (formação inicial ou continuada, formação técnica e tecnológica). Tanto a formação técnica como a tecnológica se organizam atualmente em 12 subáreas de formação em saúde, conforme os Referenciais Curriculares Nacionais da área (BRASIL/Ministério da Educação, 2000).

Quanto à formação profissional de nível superior, relacionada aos cursos de pós-graduação *lato sensu*, o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação superior emitiram a Resolução n° 1, de 8 de junho de 2007, estabelecendo normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização (BRASIL, 2007). Em 25 de setembro de 2008, foi emitida a Resolução CNE/ CES n° 5, estabelecendo normas para o credenciamento especial de instituições não-educacionais para a oferta de cursos de especialização. Esta proporcionou grande aumento da oferta de cursos de especialização *lato sensu* na área de saúde, considerando a facilidade de iniciativa dos Centros de Estudos dos locais de trabalho. Nesta tese são mencionados os cursos de especialização mais conhecidos, seja pelo tempo de existência, seja por suas reputações de excelências.

A área profissional de saúde diz respeito às ações integradas referentes à assistência às necessidades individuais e coletivas, transcendendo o contexto da assistência hospitalar.

³⁸ Cursos de nível médio.

Assim, as ações que configuram assistência à saúde podem ser prestadas em locais como: centros de saúde, postos de saúde, hospitais gerais e especializados, laboratórios, domicílios, centros comunitários, escolas clubes e outros espaços sociais.

As políticas de educação e capacitação para a Nova Administração Pública Gerencial são formalizadas através dos decretos e portarias. O decreto nº 5.497/21, de junho de 2005, institui a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) como responsável pelos programas de capacitação para habilitação de servidores para o exercício de cargos de direção, assim como da coordenação dos programas de capacitação gerencial para as escolas de governo da rede. Esse decreto estabeleceu os objetivos, as estratégias de implementação e determina o modelo de gestão por competência como eixo estruturante da política de capacitação. Na mesma oportunidade, adotou o conceito de competência como “o conjunto de conhecimentos, habilidade e atitudes necessárias ao desempenho das funções servidores visando ao alcance dos objetivos da instituição”. Ainda determinou o desenvolvimento dos servidores através da adequação das competências requeridas para alcance dos objetivos institucionais.

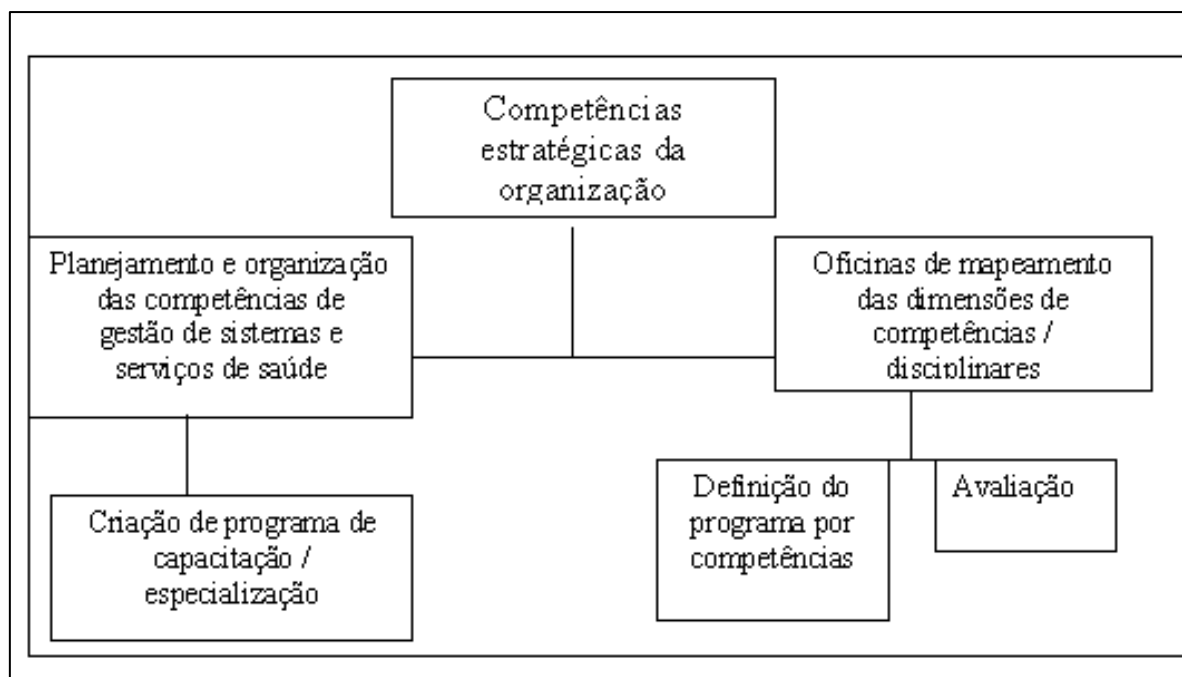
O Decreto n. 5.497 criou o Comitê Gestor da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (PNDP), composto pela Secretaria de Recursos Humanos (SRH), a Secretaria de Gestão (SEGES) e a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), vinculada ao Ministério do Planejamento. Esta tem a missão de desenvolver competências de servidores públicos para aumentar a capacidade de governo na gestão das políticas públicas.

Dentre os desafios da ENAP estão:

- prospectar, construir e disseminar conceitos e tecnologias inovadoras de gestão de políticas públicas;
- implementar Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (PNDP);
- investir na formação de carreiras através de cursos de especialização e Programas de aperfeiçoamento.
- incentivar e fomentar o desenvolvimento Técnico-Gerencial, através da formação de gerentes operacionais e supervisores.

A figura 2, a seguir, demonstra as ações envolvidas no mapeamentos e identificação das competências segundo o método ocupacional de mapeamento de competências, desenvolvido nos programas educacionais da ENAP.

Figura 2: Mapeamento de Competências



Fonte: SEGES e ENAP (2007), adaptada.

São passos para a ação de mapeamento de competências:

- 1- definir missão da organização;
- 2- definir funções centrais que orientam as ações da organização;
- 3- a partir daí definir as competências estratégicas da organização;
- 4- planejar e organizar as competências centrais do programa de capacitação;
- 5- realizar oficinas de mapeamento das dimensões de competência do programa e modelo pedagógico;
- 6- definição do programa / conteúdo temático / dimensões de competência disciplinares;
- 7- monitoramento e avaliação.

1.9 Sistemas de Saúde: especificidades, funções e desafios para a gestão

A dinâmica dos sistemas de saúde em todos os continentes se diferencia em função dos contextos políticos, socioeconômicos de cada país. No entanto, esses sistemas apresentam um ponto comum, impulsionado pela condição de sua natureza sistêmica: a necessidade de readequação constante dos processos de produção da assistência à saúde da população.

Os relatórios anuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas, ao enfatizarem a necessidade de atenção especial para as ações de prevenção e promoção da

saúde, também incluem a preocupação com a organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde, em particular dos sistemas em países de baixa renda e de economias instáveis. Os problemas de deficiência de assistência à saúde são constantemente apontados nesses relatórios como graves entraves para o desenvolvimento dessas economias.

Nessa linha de análise, o relatório da OMS de 2006 teceu grandes linhas de recomendações para o desenvolvimento de políticas de educação profissional, voltadas para a formação de gestores de sistemas e serviços de saúde. Em 2007, ainda com foco no tema de gestão de saúde e formação de gestores nessa área, a OMS realizou seminários e oficinas de trabalho em várias regiões do continente africano,³⁹ sob a orientação de consultores internacionais, buscando definir em que pontos se deveria investir para ter melhor gestão dos serviços de saúde, considerando as especificidades das regiões envolvidas. Essas experiências resultaram em propostas de mudanças relacionadas a políticas de financiamento, recursos materiais e humanos com foco em capacitação profissional com investimentos em melhoria no processo de trabalho em saúde.

Com o intuito de destacar aspectos sócio-político e culturais comuns no funcionamento dos sistemas de saúde em geral, a autora apoiou-se nos trabalhos de Contandriopoulos (2002)⁴⁰, cujas considerações reforçam o entendimento da complexidade estrutural dessas organizações, nos referidos aspectos.

1.9.1 Missão e funções dos sistemas de saúde

A missão de um sistema de saúde se expressa como uma política social de desenvolvimento social, econômico e cultural de uma sociedade. Ela exprime as responsabilidades de cuidar da saúde de uma população cultural e socialmente definida, garantido todas as perspectivas de desenvolvimento individual e coletivo implícitos no conceito universal de saúde. Dessa forma, diante das especificidades e diversidades desses sistemas que, segundo Contandriopoulos (2005), funcionam como um sistema aberto organizado, as funções complexas obedecem às características dos sistemas abertos sustentadas na “Teoria de Ação” de Talcot Parsons⁴¹ se traduzem nas principais ações de:

- adaptar-se (adaptação permanente na captação e distribuição de recursos);

³⁹ “*Pour une melleure gestion des services de santé dans les pays à faible revenu*”. Consultation internationale sur les strategies à metre em ouvre: ACCRA, GHANA, février 2007, Word Healt Organization.

⁴⁰ *Gestion*, v. 27, n. 3, Automne 2002, Montreal, Québec, Canada.

- atingir metas (prevenir, diagnosticar problemas de saúde em seu conceito mais amplo e trabalhar com metas de soluções);
- produzir de forma integrada (garantir a organização e coordenação entre os entes constituídas com garantia da qualidade);
- preservar e produzir valores e sentidos (ações sócio-político cultural).

1.9.2 Gestão de sistemas e serviços de saúde

Quanto à função nuclear da gestão dos sistemas e serviços de saúde, na visão de Contandriopoulos (2002), esta ação se traduz na maximização de desempenho do sistema determinada pela organização da assistência, através de ferramentas alavancadoras expressas nas seguintes características:

- finanças (correspondendo a recursos materiais / estímulos);
- autoridade (governabilidade a partir de uma posição de autoridade, definições de normas, regras, obrigações);
- informações e rede de conhecimento (influência e poder);
- símbolos (engajamentos políticos).

As forças que interagem na gestão dos sistemas de saúde estabelecem um constante estado de crise de seu funcionamento, o que coloca para a figura do gestor as tarefas de lidar com demandas contraditórias, exibindo desafios de escopo semelhante às crises instaladas. Esses desafios se expressam como: desenvolvimento do conhecimento, promovendo a alargamento do campo de intervenção com a participação multidisciplinar cada vez mais crescente; aumento sempre crescente dos custos dos sistemas, provocado pelo uso da alta tecnologia nas ações de saúde, e as injunções políticas e econômicas dos estados na perspectiva do controle de orçamento, orientando-se pela diminuição dos escopos de intervenções sociais (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001).

De uma maneira geral, os sistemas públicos de saúde com acesso universal têm contornos semelhantes em quase todos os aspectos, guardadas as devidas proporções contextuais conjunturais. Para Contandriopoulos, o estado de mudança está inscrito na essência do funcionamento desses sistemas, cujos desafios permanentes principais. São eles:

- estado de adaptação constante - exigência de reorganização permanente do sistema de gestão em função dos cenários internos (demandas) e externos (tecnologia, economia, etc.);

- modelo assistencial - dar resolubilidade às reais necessidades de saúde da população, e desenvolver estratégias considerando aspectos epidemiológicos determinantes;
- grau de integração - requer constantes mudanças entre as estruturas formais (materiais, simbólicas e organizacionais) e as estruturas de troca (perfil da população protagonista; quantitativo e natureza do material circulante – isto é, recursos, informações, influências e modo de interação), refletido na prática profissional da gestão;
- recursos financeiros - captação e distribuição.

1.9.3 Implicações política, sociais e culturais

Um sistema de saúde de natureza universal está caracterizado como uma política pública social, e suas bases de sustentação dependem da correlação de forças que o construíram e o utilizam em determinada sociedade. Portanto, a base de sustentação de um sistema de saúde depende dos valores e representações assumidos politicamente pela sociedade. Essa prática é claramente retratada na política de distribuição dos recursos disponibilizados para sustentação do sistema.

Glouberman (2001) está de acordo com essa afirmação quando destaca que a sustentação dos valores simbólicos definidos no sistema de saúde depende diretamente do espaço político definido na correlação de forças da sociedade que comanda o estado. Segundo o mesmo autor, quanto maior a tendência socializante, maior a sustentação dos valores simbólicos. Nesse sentido, as divergências sobre as centralidades dos valores do sistema, ou seja, equidade, universalidade e eficiência, implicam divergências ideológicas que comprometem o desenvolvimento do sistema, estagnando diversos estágios do funcionamento, onde os compromissos não se efetivam.

Nas últimas três décadas, o fenômeno da mudança tem circundado os sistemas de saúde da maioria dos países, independentemente das condições econômicas, caracterizando a busca de adequações que conciliem eficiência e efetividade de funcionamento. À mercê desses desafios, mesmo os sistemas de saúde que desfrutam de sólida construção estrutural e institucional são submetidos a processos de adequação às novas políticas estruturais e às pressões dos modelos econômicos.

Conrandiopoulos et al. (2001) chamam atenção para o ponto comum de dificuldades de gestão dos sistemas de saúde no que se refere a mudanças, assim como ao complexo processo de regulação do sistema. Os autores destacam o paradoxo em que a gestão dos

sistemas de saúde está inserida, pressionados, de um lado, pela dinâmica acelerada das exigências de mudanças dirigidas para todas as ações de produção no mundo contemporâneo. No outro, o movimento de respostas para efetivação das mudanças é antagônico. Segundo os autores, considerando a complexidade dos fatores envolvidos, existe quase um estado de “inércia crônica” marcado por passos minúsculos na direção de ações efetivas propostas para a solução dos problemas apontados.

Coerente com a teoria dos sistemas, o ambiente que caracteriza um sistema de saúde pode ser visto, em primeiro lugar, a partir do contexto onde está inserido; no caso da saúde, seu contexto está representado pela sociedade para a qual ele está construído. As ações se desenvolvem a partir da interação de suas estruturas: estrutura físico-material; estrutura organizacional, ou seja, um comando, um governo, responsável pela gestão. Nesse ambiente de interação também existe uma estrutura simbólica específica: expressa em representações, valores e normas coletivas. Essa estrutura delimita o espaço social, no qual quatro grandes grupos de atores representados por seus mundos⁴² interagem para processar os resultados esperados pelo sistema, ou seja, ações efetivas de assistência à saúde. Segundo Contandriopoulos, a eficiência dos resultados esperados dependerá do grau de coerência entre os movimentos realizados pelas ações dos sistemas de representações e valores, o sistema de gestão e o sistema clínico. Para que os processos sistêmicos caminhem com eficiência, é necessário um grau avançado de coerência e entendimento no tempo e no espaço de interação entre as estruturas organizacionais enquanto governança, o sistema clínico e a estrutura simbólica, na linha das representações, e os valores.

As dificuldades de operacionalização das ações de saúde, como em qualquer sistema organizado de ações, repousam em dois processos interdependentes: os valores das representações dentro das forças organizacionais particulares e, em segundo lugar, a interiorização pelos atores das exigências do espaço social onde trabalham (BOURDIEU, 1994). Os atores sociais interagem e se entendem, sob uma filosofia de intervenção, com base nas avaliações uns dos outros e na confiança mútua no trabalho. (HABERMAS, 1987, BENSON, 1975)

Para melhor entendimento do sistema de representação e valores inseridos na estrutura simbólica dos sistemas de saúde, recorreremos a Kearney, que define o imaginário coletivo: “Trata-se de um conjunto de crenças e valores de esquemas interpretativos, a partir dessas prerrogativas” (KEARNEY, 1991, p.18).

⁴² O mundo dos gestores, o mundo dos profissionais técnicos e especialistas, o mundo econômico do mercado, o mundo sociopolítico.

Na saúde, o imaginário coletivo se articula em torno de quatro eixos: os valores, as representações da saúde e seus determinantes; a percepção de equidade da partilha de responsabilidade entre atores e a concepção da regulação do sistema de saúde. Na linha dos valores sobre os sistemas de saúde no modo de produção capitalista, três questões expressam as principais inquietações das sociedades sobre a assistência à saúde. A primeira é referente ao acesso (nesse valor existem sociedades que relacionam a liberdade de escolha com a modalidade do acesso); a segunda, equidade, e terceira, a eficiência.

Segundo Contandriopoulos, a base de cada um desses valores ou dos três simultaneamente está diretamente relacionada com a ideologia política predominante das sociedades onde os sistemas são construídos. Pode-se dizer, *grosso modo*, que a base da estrutura simbólica dos sistemas de saúde se sustenta nas três tendências políticas mais representadas no contexto político mundial pelos atores sociais que defendem a social democracia, os que praticam o neoliberalismo e ainda aqueles que se professam conservadores. O resultado da correlação de forças políticas entre esses atores determina compromissos com as transformações necessárias aos sistemas de saúde definindo a dinâmica das mudanças.

Fazendo parte desse esquema, estão as representações da saúde e seus determinantes. O objeto mais forte de um sistema de saúde circula entre as representações da vida, da morte e da dor. A compreensão do processo saúde-doença e de seus determinantes também figura com grande peso nesse contexto das representações. A simples percepção das diferenças entre os modelos explicativos da saúde e da doença deveria servir de ponto de partida para os sistemas de saúde na definição de suas responsabilidades das sociedades e das estruturas gestoras dos sistemas.

1.9.4 As diferentes lógicas que interferem na regulação dos sistemas de saúde

A regulação dos sistemas de saúde não encontra uniformidade entre os grupos de atores que operam ações decisórias dentro do sistema. A estrutura da regulação é sustentada por quatro pilares, tendo cada um sua concepção corporativa. O sistema fica à mercê da lógica de cada grupo: os profissionais de saúde valorizam a lógica profissional; os gestores atuam e valorizam a lógica tecnocrata; os empresários ligados ao complexo industrial médico, aos seguros de saúde, se regem pela lógica do mercado e, por fim, o grupo dos políticos defende a maioria funcionando com a suposta lógica democrática...

Cada um desses grupos reivindica um espaço de legitimidade para representar a população, atribuindo-se o direito de agir e falar em seu nome; cada qual com uma linguagem própria ditada pela racionalidade prática dos interesses que representam. Essas representações e valores constituem um imenso sistema, cujos processos de discussões e negociações se desenvolvem no tempo e no espaço em modalidades organizacionais.

As institucionalizações dessas modalidades, ao fim da linha, definem as características do sistema através da ordem social instituída⁴³ onde as ações práticas resultam das adesões ou das resistências a determinadas representações ou valores. Ou seja, as modalidades organizacionais instituídas definem os princípios de governança do sistema, assim como delimitam as fronteiras das diferentes organizações (CONTRANDIOPOULOS 1999).

A gestão governamental é apoiada por um conjunto de normas que definem as modalidades de distribuição de poder e responsabilidade. Cabe ao governo a concepção, direção e avaliação do sistema. Para tanto, se apoia em um sistema de gestão alimentado por dados e informações capazes de garantir leitura compreensível⁴⁴ dos processos para todos os atores envolvidos. Nesse sentido, a lógica da regulação é política e tende a ser vista como regulação democrática. Exercida no nível macro, administra e regula o sistema à luz das diretrizes e princípios instituídos na lei maior. As condições de governabilidade nesse nível estão intimamente relacionadas ao nível de adesão da sociedade aos valores sociais. Quanto maior a correlação de forças da sociedade apoiada nos valores individualistas neoliberais, mais fortemente prevalecerá a lógica mercadológica e tecnocrata na regulação do sistema de saúde.

A regulação do sistema de saúde no nível meso, onde ocorre a organização tácita da disponibilização da assistência abrange as modalidades de acesso, as responsabilidades e regras de gestão. O espaço de regulação define a arquitetura e as regras de funcionamento dos serviços, sendo partilhado entre as lógicas democrática e/ou mercadológica com participação influente da lógica profissional em função das próprias ações clínicas. Mas é no nível micro da regulação do sistema no espaço do sistema clínico que se exprime com preponderância a lógica profissional. É nesse espaço, caracterizado como um sistema, cujos processos são dirigidos para a produção efetiva de ações de saúde, que a lógica profissional

⁴³ P.ex.: no Brasil, a Constituição de 1988 institucionalizou o sistema de saúde nacional e determinou sua forma de governança.

⁴⁴ A compreensão dos processos que constituem a organização das ações do sistema deve ser acessível para todos, isto é, profissionais, gestores, planejadores, pacientes e população (CONTRANDIOPOULOS; CHAMPAGNE, 2001).

percorre os caminhos da regulação, objetivando o atendimento das necessidades de saúde da população. Em seu desempenho, ela se apoia em princípios como integralidade e continuidade dos cuidados.

Dentre quatro lógicas reguladoras que atuam no sistema de saúde (democrática, mercadológica, tecnocrata e profissional), nenhuma tem ação dominante o suficiente para impor às outras. Cabe à gestão do sistema, em seus diferentes níveis, a coordenação dos espaços de tensão, expressão e negociação entre as quatro grandes lógicas de regulação, de forma que as decisões finais sejam recebidas por todos os atores como determinações legítimas do sistema. O desafio permanente da gestão do sistema consiste em conseguir manter um estado de coerência e integração entre as representações nos núcleos centrais. Contrandiopoulos (2001, p. 26) refere-se a ações de articulação entre os núcleos centrais do sistema de saúde, como sendo “processos de institucionalização das representações e dos valores coletivos”. Segundo o autor, são esses processos que definem as modalidades organizacionais, que por sua vez estruturam o espaço social – ou seja, o cenário onde os atores interagem na prática.

Esse espaço é configurado de tal forma que os atores⁴⁵, embora condicionados pelas representações⁴⁶ e valores⁴⁷ no campo da saúde, mantenham suas autonomias funcionais. No interior desse espaço social, os atores ocupam posições, caracterizados por suas estruturas cognitivas que abrigam conhecimentos, crenças e intenções, firmando suas visões de mundo (ROCHER, 1992). As posições ocupadas designam o escopo dos recursos (econômicos, culturais e sociais) a serem controlados e processados através das atividades práticas. Essas, por sua vez, se introduzem e enraízam no espaço social através do nível de aceitabilidade e legitimidade dos valores que as sustentam. A mudança no campo operacional seja na linha de recursos cognitivos ou materiais, naturalmente provocam transformações no modo prático da produção. No entanto, dada às características do campo da saúde as mudanças nesse ambiente não são influenciadas apenas pelas leis ou regulamentos institucionais. Além das incitações econômicas, dos mecanismos legais e das inovações científicas, a construção de novas práticas é diretamente influenciada pela mudança das crenças e valores. Sobre a visão

⁴⁵ Toma-se aqui a conceito de Bourdieu (1994) para ator (individualmente ou em grupo): atores, “são agentes que interagem com outros, em um espaço social, alterando comportamentos, de cooperação e confronto, visando a obtenção ou controle de recursos necessários para realização dos objetivos.

⁴⁶ A compreensão científica do contexto da saúde, onde a doença e seus determinantes põem na mesma arena morte e vida, não importa o avanço científico nesse campo. A vitória da vida depende da possibilidade de pôr em prática o que a ciência disponibiliza (FOUCAULT, 1992).

⁴⁷ Além dos valores de cidadania, mais mobilizados nas sociedades, o campo da saúde reforça a mobilização de três valores em constante tensão no interior do sistema: **o acesso, a equidade e a eficiência** do cuidado (CONTRANDIOPOULOS et al., 1994 e 2002).

do campo prático onde se operam as ações de saúde, Rocher chama atenção para a capacidade de mobilização dos atores em função do desenvolvimento das ações eficazes no campo prático:

[...] quanto maior a interiorização das normas coletivas pelos atores, e quanto maior o atendimento das necessidades afetadas no campo para o qual são direcionadas as ações, mais as modalidades da organização da prática reflete e reforça os valores e as representações coletivas (ROCHER, 1992, p. 36).

1.9.5 Sobre as ações de regulação do SUS

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2002a), as ações de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido desenvolvidas organizando a oferta em detrimentos da demanda, utilizando mecanismos de regulação da demanda e focando a prioridade de atendimento e organização de fluxos de pacientes. São também destacadas as implantações de protocolos clínicos para algumas ações e serviços de regulação da assistência nas três esferas de governo (BRASIL/MS, 2002b). Outras estruturas de regulação são constituídas pelas centrais de regulação da assistência, na perspectiva de ordenação dos processos de marcação de consultas, exames e ordenação de internações hospitalares. Também figura entre essas ações a organização de fluxos de referências segundo os entendimentos entre os administradores, discutidos nos programas à luz dos protocolos técnico-operacionais e clínicos.

Segundo Lima (2006), os documentos oficiais do MS têm referenciado a implantação dessas estratégias de regulação. A autora endossa que a alocação de recursos para essas finalidades figura nos projetos orçamentários do ministério. Outro aspecto de reforço para essas ações foi a implantação do sistema tecnológico de informação voltado para a regulação, desde 2002. Outra iniciativa desse porte permitiu a instituição da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade⁴⁸, para coordenar os fluxos interestaduais de referências de pacientes. A ação das agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde (ANS), complementam o trabalho de regulação do sistema.

Quanto à regulação do acesso, equidade e integralidade, segundo Lima (2006), ações focais são desenvolvidos, financiadas por convênios entre agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, estados e municípios.

⁴⁸ Contemplando os processos de controle de produtos e preços;

1.9.6 As características do processo de trabalho em saúde

O setor saúde integra as atividades chamadas serviços de consumo coletivo. O ajuste macroestrutural que vem impactando o sistema de produção industrial nas últimas duas décadas atinge igualmente o setor de serviços⁴⁹ e, em especial, o de saúde, impondo desafios cujas ações de superação muitas vezes se contradizem, confrontando umas com as outras no resultado final. Isso pode ser observado no aumento da precarização das condições de trabalho, em detrimento da exigência de produtividade e qualidade com baixo custo. (PIERANTONI et al., 2004).

As especificidades do trabalho em saúde são amplamente enfatizadas em discussões dentro e fora da área⁵⁰. Na opinião de Deluiz (2001), o trabalho em saúde é caracterizado pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela necessidade de prontidão no atendimento, seja qual for o caso. Para a autora, as características mais desafiantes do processo de trabalho em saúde são: a complexidade (compreendida nas ações assistenciais, envolvendo usuários, profissionais e meios), a heterogeneidade (retratada pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde, às vezes até de forma independente do sistema formal), a fragmentação (que ocorre em várias dimensões), tais como a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e a fragmentação social, ditada pela divisão social do trabalho no interior dos processos e reforçada pela multiplicidade das categorias profissionais.

1.9.7 A gestão das organizações de saúde e a busca de modelos adequados ao sistema

Um dos espectros visualizados na gestão retrata a noção de poder e política⁵¹. Sobre isso, Campos e Campos (2009) afirmam que a construção das bases científicas da administração, também chamada de gestão, teve como objetivo central a pretensão de ruptura entre a política e a gestão. A pretensão taylorista foi estabelecer uma metodologia

⁴⁹ Claus Offe (1991) define o setor de serviços como “meta-trabalho”, como “trabalho reflexivo”, enquanto “proteção e resguardo”, como certificação organizada das formas de reprodução social.

⁵⁰ Offe afirma que o trabalho em saúde é um trabalho “reflexivo” no qual as ações e decisões são desenvolvidas mercê de vários elementos, como os saberes relacionados à formação profissional (conhecimento técnico científico); a experiência do conhecimento de causa, através do agir social (qualificações tácitas), entre outros, todos articulados na dimensão ético- política (OFFE, 1991).

⁵¹ Poder, no sentido de dirigir, governar pessoas e política, segundo a origem do termo: capacidade de fazer a gestão democrática da “polis”.

que imprimisse uma gestão técnica, orientada por evidências e não por disputas políticas calcadas em interesses e valores alheios. Segundo Campos e Campos, tais pretensões, concretamente não poderiam ser alcançadas, visto que esse tipo de separação não iria ocorrer por imposição na concepção comportamental dos sujeitos, seja qual fosse o campo de ação. Portanto, o agir político, ou seja, a necessidade de se deter em análises subjetivas no cotidiano da gestão, permanecem tomando grande espaço na agenda do gestor. Atualmente, essa realidade se insere com maior incidência considerando a diversidade de conflitos nos ambientes organizacionais da gestão contemporânea.

Quanto ao poder, tido como a pedra angular da gestão, segundo os ditames do quarto princípio da administração científica, é centralizado na figura do gestor para concretização de suas funções de planejar e decidir. Ainda na direção das pretensões da administração científica e suas consolidações metodológicas, Campos e Campos consideram que o “empoderamento” do gestor vem substituir a autonomia funcional dos trabalhadores. Quanto ao poder do gestor, isso irá depender do nível hierárquico na organização. Para alguns autores, a liberdade maior está no campo da invenção de novos métodos para garantir que todos trabalhem melhor segundo o interesse e a visão da direção geral. Nem mesmo a influência das teorias subsequentes defendidas pelas distintas escolas⁵² da administração foram suficientemente convincentes para modificar de forma generalizada da noção de autonomia e da valorização de fatores subjetivos adotada pelas organizações sob o sigma da Teoria Clássica da administração.

A organização do trabalho em saúde ainda apresenta forte componente gerencial com base na teoria clássica da administração, caracterizado pela separação dos postos de trabalho, com tarefas prescritivas e rotineiras regidas pela intensa divisão técnica do trabalho mantendo a separação entre o planejamento e a execução. Não obstante, verifica-se que desde os meados da década de 1970, com os adventos das crises econômicas, os setores administrativos e acadêmicos buscam soluções para o enfrentamento dos desafios da gestão de saúde em todo o mundo de uma maneira geral. A partir de 1980, vem se intensificando a influência do planejamento estratégico e da administração participativa. A partir dos anos 1990, a área de saúde, por sua vez, começa a incorporar as teorias do ciclo da qualidade em seus modelos de gestão, criando novas perspectivas de envolvimento e comprometimento

⁵² A Escola de Relações Humanas e Comportamentalista, que surge em oposição à Escola Clássica, focalizou os fatores subjetivos, em detrimento da ausência destes na Escola Clássica, mas aumentou os métodos de controle; a Teoria Geral dos Sistemas, o Desenvolvimento organizacional, a Teoria dos ciclos da qualidade e a Teoria Contingencial, com as abordagens integrativas, prometem maior autonomia e melhor integração, mas as conquistas só se materializam a partir de aprofundamentos específicos das necessidades das partes envolvidas (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

dos recursos humanos, tendo por objetivo a melhoria da qualidade do trabalho. Daí por diante, a incorporação de novas tecnologias no setor saúde tem implicado aumento da produtividade do trabalho em saúde e favorecido a busca de maior qualificação da força de trabalho (NOGUEIRA, 1987; PEDUZZI, 1997).

Considerando o entendimento de saúde referenciado na Carta Magna e a concretude das ações assistenciais de saúde colocadas a cargo do SUS, os princípios norteadores da formação dos profissionais que operam nesse campo devem se relacionar com as diretrizes e princípios estruturantes do mesmo sistema. Em outras palavras, segundo proposições do Ministério da Saúde, em acordo com o Ministério da Educação, a formação na saúde precisa ser “ [...] inspirada no paradigma da promoção da saúde que aponta para a multisetorialidade, de um lado, e a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, de outro” (BRASIL, 1999,). . Em busca dessas condições, Deluiz entende que:

tornam-se imperativos a compreensão global do processo de trabalho, a maior articulação entre os diversos setores para o desenvolvimento de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida, a maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área da saúde – dado o seu caráter multiprofissional e interdisciplinar, a necessidade de agregar e recompor trabalhos antes parcelados, a comunicação entre os diferentes membros da equipe, a maior liberdade de decisão e autonomia para intervir no processo de trabalho (DELUIZ, 1997, p. 41).

Nesse tema, Peduzzi comenta a necessidade de adequações do modelo de formação dos profissionais de saúde ao contexto de suas práticas, e destaca a importância de cuidar e ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, não apenas na dimensão técnica especializada, mas sobretudo na dimensão ética, política, comunicacional e de inter-relações pessoais (PEDUZZI, 1997).

Nos dias atuais, no meio acadêmico especializado, a pauta de discussão incide constantemente sobre a organização de uma gestão adequada aos serviços públicos de saúde, em especial ao SUS. Nessas discussões, focadas no modelo, surgem com frequência propostas de inclusão sistemática de comunicação, interação e participação como dimensões orientadoras de um modelo de gestão coerente com a missão do SUS e a natureza de seus processos de trabalho. É com essa preocupação que autores como Rivera (1991; 1995a; 1995b; 1995c; 1995 d), Rivera & Artmann (1999), Dussault (1992), Junqueira & Inojosa (1992), Cecílio (1993) e Campos (1997) apontam a necessidade de privilegiar abordagens gerenciais descentralizadoras, que contenham mecanismos que facilitem participação dos trabalhadores, o compartilhamento decisório e a formação de consensos, a cooperação interdisciplinar e a responsabilização crescente com os objetivos organizacionais (KOPF; HORTALE, 2005). Nessa linha de discussão de modelo de gestão, Kopf e Hortale trazem à

cena suas posições sobre a adoção de abordagens gerenciais que se contrapõem à tradicional lógica sistêmica, em que predomina a racionalidade instrumental. Nesse percurso, os autores destacam a teoria do agir comunicativo, tendo como pano de fundo a interpretação do referencial “razão comunicativa” habermasiana.

Oriundo da Escola de Frankfurt, Jürgen Habermas participa do pensamento de que a ciência positivista, ao invés de emancipar o homem com seus saberes, o coagiu e o submeteu ao domínio da razão instrumental. Habermas considera que a via de emancipação do homem se fará através da formação do sujeito e da sociedade sob uma nova racionalidade. A isso ele chama de “razão comunicativa”, que pressupõe uma comunicação livre de coações que ocorre através da linguagem e permite a fala argumentativa, favorecendo o alcance do consenso e a diminuição das diversidades na interpretação. Segundo Habermas, o agir comunicativo tem como centro de discussão o mundo da vida⁵³, o espaço onde os agentes comunicativos se mobilizam, e se modificam a partir das restrições e das mudanças estruturais da sociedade (HABERMAS, 1987-I).

Apesar de o agir comunicativo estar voltado para o processo de intercompreensão e trabalhar uma racionalidade com ampliação da perspectiva monológica do sujeito, sua aplicação nas abordagens da teoria organizacional percorre os domínios da razão instrumental, visto que, no mundo da vida, está contido o mundo social estruturado pela sociedade, que funciona como a teoria da ação, distinguindo e conjugando as partes e as submetendo às coações do mundo sistêmico.

Abordando a ação comunicativa na gestão de saúde, Rivera (1995a) sinaliza que o foco da “gestão contemporânea” tem se detido na comunicação e apresenta um conceito de gestão como “gerir é comunicar, negociar, problematizar coletivamente e essencialmente, produzir e acompanhar compromissos linguisticamente mediados”.

O autor destaca também as dimensões necessárias para ampliação do espaço da ação comunicativa na gestão das organizações de saúde; democratização das relações institucionais nos diferentes níveis hierárquicos; adoção de metodologias descentralizadas e a participação de processamento de problemas e soluções, assegurando o direcionamento da missão; investimento na maior responsabilização de gestores e trabalhadores de saúde sobre compromisso de ação orientado pela missão da organização (RIVERA, 1995a). Ainda sobre

⁵³ Para Habermas, o mundo da vida compreende a integração de três mundos: o mundo objetivo (estruturado no saber, na cultura que permite a interpretação); o mundo social (estruturado na sociedade, tida como ordenações legítimas de grupos sociais solidários entre si) e o mundo subjetivo (estruturado na personalidade, ligado à capacidade do indivíduo no exercício da linguagem e da ação). Isto é, reflete a competência do indivíduo para tomar parte nos processos de entendimento da afirmação de sua identidade (HABERMAS, 1987 –II).

esse ponto, Rivera salienta que o aspecto cultural, do saber, é responsável pela estabilidade de uma organização. No mundo organizacional, os conjuntos dos saberes estão compreendidos na missão; na forma de integração social que define a governabilidade; liderança; capacidade de socialização dos sujeitos organizacionais; comprometimento e responsabilização. Com base no conceito do mundo da vida habermaziano, e retendo a noção do saber no mundo objetivo, o autor defende a possibilidade de inversão do espaço sistêmico da categoria sujeito pela categoria intersubjetiva mediada linguisticamente. Para tanto, seria necessário que o mundo de vida dos atores organizacionais impregnasse a organização, ocupando todo o espaço sistêmico, através do agir comunicativo e fosse por ele regido. (RIVERA, 1995b).

Cecílio (1993) refere-se à teoria do agir comunicativo como um instrumento de grande utilidade para conhecer o interior de uma instituição. Nesse sentido, destaca o pensamento de Habermas referindo-se à esfera pública como um espaço do trato comunicativo e racional entre as pessoas. Cecílio arremata que seria contributivo para a gestão “a criação de um espaço público consensualmente definido compartilhado, no qual diferentes racionalidades apresentadas por diferentes grupos possam se disputar e alcançar consenso” (CECÍLIO, 1993).

Ainda nessa linha de discussão, Kopf (1999) argumenta que o conceito do mundo da vida habermaziano se aplicado às organizações de saúde teria as seguintes correspondências: a dimensão da cultura seria ocupada pelos saberes prévios sobre saúde entre os atores, usuários e profissionais; na dimensão da integração social, ocupada pela sociedade através dos movimentos sociais solidários, articulados e interativos nas decisões sobre saúde; na dimensão de socialização, onde se abrigam as questões individuais de formação de identidade, seria ocupada pela ação de desenvolvimento de competências dos trabalhadores e usuários, com o objetivo de suas participações em instâncias deliberativas sobre saúde.

Kopp e Hortale (2005) propõem um olhar analítico para o modelo dos sistemas de gestão proposto por Matus, em busca de referências metodológicas, capazes de diminuir os efeitos objetivos e instrumentais na gestão. Considerando os pressupostos teóricos e metodológicos da teoria matusiana, os autores creem ser possível visualizar a ampliação de espaço e estabelecer certas condições para que o movimento de integração nas organizações de saúde seja impulsionado não apenas pelos poderes econômicos e administrativos, mas também pela construção de entendimentos linguísticos comunicativos entre os sujeitos organizacionais. Nessa perspectiva, seriam criadas condições para a aplicação de uma racionalidade subjetiva fundamentada em um entendimento intersubjetivo livre de coações.

Os autores se detêm no modelo do chamado “Triângulo de Ferro Matusiano”, que se define como um sistema de alta direcionalidade, governabilidade e responsabilidade, com gerência entre si e em consonância com a ação comunicativa (HORTALE, 1995). É constituído por em três sistemas de gestão: sistema da agenda do dirigente (ocupa-se da missão, distribuição dos problemas de alto valor e das funções de macrogerência); o sistema de gerência por operações⁵⁴ (ocupa-se das unidades de produção, a distribuição do poder, interdisciplinaridade, governabilidade para acesso aos recursos e executa gestão por objetivos e a reengenharia dos processos) e o sistema de petição e prestação de contas (responsabilização em torno dos compromissos de ação). As características fundamentais que norteiam a teoria do macro organização matusiana estão marcadas pelas condições de direcionalidade; de estruturação organizativa, de departamentalização de governabilidade e responsabilidade. Na opinião de Hortale e Kopf, os sistemas de gestão matusianos integrantes do Triângulo de Ferro guardam elementos relevantes para uma gestão comunicativa e responsabilizante, necessária ao planejamento e gestão das organizações de saúde.

Ainda na abordagem comunicativa, para a gestão de saúde, outros autores, como Baccega (2002) e Marchiori (2008) trabalham em diferentes períodos, levantando a relevância do papel da comunicação na cultura organizacional, desvelando as interfaces dos processos comunicacionais, na gestão das ações organizacionais. De posse dos fundamentos de gestão dos processos comunicacionais na cultura das organizações, é possível destacar alguns requisitos centrais no rol de competências a serem definidas para a formação do gestor de unidades de saúde. Esse foi o itinerário do estudo de Padilha e Nassar (2003), quando procuraram identificar, nas estruturas curriculares de faculdades de medicina da Região Metropolitana de Campinas, conteúdos que referenciassem competência gerenciais de saúde ou mesmo competências comunicacionais dirigidas para a gestão de saúde⁵⁵.

Embora reconhecendo os limites dos resultados da investigação, cujo campo foi restrito a uma região, as autoras concluem que em nenhuma das três estruturas curriculares incluídas em suas análises se identificou a presença de componentes curriculares que tratassem especificamente de comunicação ou de aspectos relacionados a situações de gestão de saúde. Há, segundo as autoras, uma crença embutida culturalmente no meio da saúde, de

⁵⁴ O sistema de gerência por operações matusiano encarna características da gestão contemporânea, praticando o modelo de gestão por objetivos, além do desenvolvimento da reengenharia de processos, quando constata necessidades de adequação e reajustes.

⁵⁵ A resolução CNE/CES nº 04, de 07/11/2001, que institui as Diretrizes Curriculares para Graduação em Medicina, estabelece que a comunicação se insere como uma das competências gerais a serem desenvolvidas no contexto das ciências humanas e sociais.

que as competências no âmbito técnico do curso de medicina são suficientes para o desempenho da gestão, ou ainda que as competências de gestão se desenvolvam unicamente pela experiência prática do cotidiano das organizações de saúde. Assim, administrar organizações de saúde exige do gestor um grande comprometimento com a instituição, e competências específicas para apresentar resultados.

A comunicação eficiente insere-se nesse contexto, pois o gestor deve ser capaz de utilizar diversos instrumentos com o objetivo de se comunicar com todos os públicos que se relacionam com a instituição. E ainda, ser atento a seu papel de mediador da comunicação, utilizando-se, com a mesma medida, da técnica e da sensibilidade. Como líder, precisa ser capaz de perceber os contextos, distanciando-se e envolvendo-se na dinâmica da vida social, na construção do novo no cotidiano. E ainda, manifestar sincronia nas interações com as tecnologias, mediadoras privilegiadas pela condição que têm de ampliar e redimensionar a própria vida social.

Dussault (1992) destaca que as organizações públicas de saúde dependem do ambiente sociopolítico em maior grau do que as outras. O funcionamento dessas estruturas públicas é regulado por ações externas, seus objetivos e suas definições de comando são fixados por instâncias de governo. Na visão de Dussault, os pontos críticos mais comuns da gestão dessas organizações passam pelas condições temporais da aquisição de recursos, implicadas na relação de dependência da liberação pelo estado. Nesses processos, as decisões políticas que liberam os recursos quase sempre são alheias às realidades locais. A distribuição de recursos nem sempre é compatível com as necessidades reais definidas pela gestão local.

Outro aspecto peculiar das organizações públicas salientado pelo autor consiste na obrigatoriedade do atendimento. Isso repercute diretamente nas condições de recursos, considerando a condição de escassez gerada pela imprevisibilidade da demanda geralmente alta em casos mais complexos e dispendiosos. Quanto à eficiência e qualidade dos serviços, o autor chama atenção para o efeito negativo gerado nas organizações públicas de saúde, quando esta não dispõe de processos avaliativos sistemáticos. Como não são submetidas às regras do mercado, podem sobreviver indefinidamente sem apresentar eficiência.

Concordando com a classificação de Mintzberg quanto à tipologia organizacional, Dussault entende que as organizações públicas de saúde se adequam ao conceito de organizações profissionais ou burocracias profissionais. Segundo Mintzberg (2003), nesse tipo de organização cabe à gestão conciliar a flexibilidade da autonomia profissional com os

objetivos da organização, a descentralização e a imputabilidade administrada de forma transparente.

Ao tecer considerações sobre o tipo adequado de modelo de gestão para as organizações públicas de saúde, Dussault é da opinião de que seria mais conveniente um modelo de gestão colegiado, com representações de profissionais e usuários, com mecanismos consensuais de tomada de decisão, no qual os profissionais se reconhecessem sob uma perspectiva responsabilizante. Esse modelo de gestão, segundo Dussault, precisa ser democrático, trazendo para o processo gerencial a participação dos prestadores multiprofissionais. O autor arremata que, por suas especificidades, a gestão do setor saúde tem que ter flexibilidade e ser dirigida para o ambiente, e manter relação direta com as mudanças demográficas epidemiológicas e sociais. Com essas considerações, Dussault admite a incompatibilidade das ações de gestão de serviços de saúde ao modelo de gestão burocrática, cuja prática vem sendo substituída pela gestão gerencial na administração pública brasileira há pouco mais de uma década.

A ideia de expandir a democratização e autonomia no ambiente da gestão de saúde coloca Campos (2005) em evidência nesse debate. O autor defende uma racionalidade gerencial detentora de maior autonomia e maior espaço para intervenções da subjetividade no desenvolvimento do ser (contrapondo-se à racionalidade gerencial hegemônica⁵⁶ da Escola da Administração Científica). Trata-se de um método “para análise e co-gestão de coletivos”. O autor chama o “Método de Roda”⁵⁷, que segundo ele, privilegia as pessoas, o sujeito e tem como objeto “o coletivo organizado para produção⁵⁸”. Campos entende que a “organização” ligada à administração científica e a racionalidade burocrática em geral seria um dos tipos de coletivos entre tantos outros, desde uma orquestra passando por escolas, hospitais e fábricas. Ele se refere ao Método da Roda como instrumento de produção de bens e serviços, onde os processos compreendem também a própria constituição do agrupamento. Em seus argumentos, Campos enfatiza o método como uma nova racionalidade gerencial para preencher a grande lacuna das Escolas de Administração em relação à autonomia do trabalhador. Para ele, o Método da Roda propõe a combinação do compromisso social com a

⁵⁶ Lógica dominante entre os sistemas de gestão contemporânea. As teorias da administração têm suas prescrições sustentadas por uma racionalidade rígida, com limites bem definidos orientados para os interesses da organização.

⁵⁷ É “um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a co-gestão de instituições e para a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenções”

⁵⁸ Campos conceitua Coletivo Organizado para Produção como “todos os agrupamentos humanos articulados, com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas”(CAMPOS, 2005).

liberdade. Como referência, afirma-se amparar nas escolas filosóficas que sustentam a existência da relação dialética entre o pensar e o agir entre o homem e o mundo.

Nesse sentido, vale sinalizar que, no campo das inovações dos modelos de gestão, a retomada de caminhos e suportes filosóficos vem se expandindo com certa evidência. A presença de Sócrates (com o poder do não saber), Confúcio (com a milenar arte chinesa da gestão) e Kant (com a força do pensamento autônomo) tem se feito notar na oferta das livrarias nas prateleiras de gestão (DROSDEK, 2008).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Abordagem

O estudo, de cunho quali-quantitativo, exploratório e descritivo, desenvolveu-se em duas vertentes. Primeiramente, se embasou na pesquisa “Avaliação da Formação de Gestores para Sistemas e Serviços de Saúde”⁵⁹, realizada em 2010, da qual a autora participou como pesquisadora no transcurso do Doutorado. Em segundo lugar, foram incorporadas seis entrevistas com informantes-chave, reconhecidos nacional e internacionalmente, especialistas e professores do campo da gestão em saúde.

Leopardi (2002) orienta a adoção da pesquisa quali-quantitativa quando se utilizam dados que necessitem de duas análises para esclarecimento da questão investigada. A classificação da pesquisa exploratória se encaixa nos estudos realizados em casos em que se busca uma primeira aproximação com um tema, visando a criar maior conhecimento sobre um fato ou fenômeno (TOBAR; YALOUR, 1999).

Trivinos (1987) afirma que a pesquisa exploratória prepara o caminho para a pesquisa descritiva, permitindo o planejamento do estudo nos limites de uma realidade específica. A pesquisa descritiva, segundo Tobar (1999), é aquela que expõe as características de determinada população ou de determinado fenômeno. Essa opinião é compartilhada com Santos (1999), quando se refere à pesquisa descritiva como o levantamento das características conhecidas de fato, fenômeno ou problema.

2.1.2 O Curso de Especialização de Gestão em Saúde como campo do estudo

Para apoiar a análise da adequação do conteúdo programático às necessidades de desempenho gerencial de seus egressos, a partir de suas percepções, elegeu-se o Curso de Especialização em Gestão de Saúde (pós-graduação *lato sensu*) e seus ex-alunos a partir de 2000 a 2007, perfazendo um total de 284 indivíduos. Assim, o campo do estudo foi o curso, que compõe o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

⁵⁹ A pesquisa “Avaliação da Formação de Gestores para Sistemas e Serviços de Saúde” desenvolveu-se no Instituto de Medicina Social, por demanda do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2010, sob a responsabilidade do Dr. Roberto Parada. Será denominada, ao longo desta tese, como pesquisa “Avaliação da Formação”.

Esse curso atendeu aos seguintes critérios: (i) o trabalho com a formação de gestores generalistas; (ii) foco na atuação no âmbito público e privado na área de sistemas e serviços de saúde; (iii) tempo de existência; e (iv) boas condições de acesso aos egressos. Outras instituições de ensino (Apêndice 5) oferecem cursos dessa natureza, cujo acesso aos egressos foi decisivo.

Fundado em 1976, à época voltava-se para a Especialização em Administração Hospitalar. Embora oferecido para profissionais de nível superior da área de saúde, tinha uma clientela predominante de médicos e enfermeiros. Ao longo de 30 anos, o curso foi se adequando às transformações da gestão nas organizações de saúde, retratadas na própria diversificação de sua clientela, hoje compreendida por engenheiros, arquitetos, advogados, administradores de empresas, analistas de sistemas e demais profissionais da área de saúde, sempre com a constância dos médicos e enfermeiros.

Ao longo dos últimos 15 anos, o curso sempre objetivou atender às necessidades de desempenho dos profissionais responsáveis pela organização e operacionalização do cuidado à saúde. As mudanças no conteúdo programático, metodologias e na própria infraestrutura à disposição de docentes e discentes se deram pela utilização de instrumentos de acompanhamento por parte da coordenação do curso e de avaliação pelos próprios alunos. As mudanças externas contextuais no campo da gestão de saúde também influenciaram constantemente os ajustes e adequações de conteúdo.

Nesse percurso, o curso ampliou seus conteúdos programáticos para além da administração hospitalar, estendendo-se na complexidade da gestão de sistemas e serviços de saúde. De sua fundação até o presente, foram formadas mais de 30 turmas, entre turmas abertas de demanda espontânea – constituídas de profissionais de saúde e outros, provenientes de setores públicos e privados – e turmas institucionais fechadas. Tanto as turmas de demanda espontânea quanto as de clientelas fechadas tiveram, em média, de 25 a 30 alunos cada. A última mudança estabelecida no curso ocorreu em 2005, quando foi mudada a titulação da especialização em administração hospitalar para especialização em Gestão de Saúde. Tal alteração ocorreu como uma formalização, a fim de legitimar o conteúdo programático que já estava orientado para gestão de sistemas e serviços desde 2000.

2.2 As fontes dos dados e os instrumentos de coleta

A principal fonte dos dados foi a pesquisa “Avaliação de Gestores de Sistemas e Serviços de Saúde”. A ela acrescentaram-se cinco entrevistas com especialistas/professores. Assim, consistiram em materiais neste estudo:

- 1) Os dados primários do questionário com questões abertas e fechadas (Anexo 6), aplicado a egressos do Curso de Especialização de Gestão de Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na pesquisa “Avaliação de Gestores de Sistemas e Serviços de Saúde”. Esse questionário, elaborado com base em revisão da literatura e a partir dos conteúdos temáticos desenvolvidos pelo Curso de Especialização do IMS/UERJ, engloba questões relacionadas às competências divididas em três componentes: conhecimentos, habilidades e atitudes. A seção sobre a dimensão “Conhecimentos” contém um 24 questões fechadas e três questões abertas. A seção “Habilidades” contém 14 questões fechadas e duas abertas; e a seção “Atitudes”, nove fechadas e duas abertas. Para as questões fechadas, adotou-se a Escala de Likert. Os questionários foram pré-testados em um grupo de indivíduos com as mesmas características, mas não integrantes do estudo, pertencentes à turma de 2009. O modelo de questionário encontra-se no Anexo 6.
- 2) Entrevistas com quatro gestores de topo⁶⁰ (Apêndice 1), com reconhecimento nacional pela experiência na gestão de sistemas e serviços de saúde no Rio de Janeiro, realizadas no âmbito da pesquisa “Avaliação de Gestores de Sistemas e Serviços de Saúde”.
- 3) Resultados do grupo focal com gestores e professores conhecidos nacionalmente, realizado no âmbito da pesquisa “Avaliação de Gestores de Sistemas e Serviços de Saúde”. A relação dos participantes e o roteiro do grupo focal encontram-se nos Anexos 9 e 11.
- 4) Entrevistas realizadas com seis informantes-chave, reconhecidos nacional e internacionalmente, especialistas e professores do campo da gestão em saúde, sendo dois professores/gestores de nacionalidade canadense e um professor consultor de nacionalidade francesa. A relação nominal dos entrevistados e o roteiro de entrevista encontram-se no Apêndice 1 e 3.

2.3 Sujeitos da pesquisa: amostra e critérios de eleição de participantes

⁶⁰ Reitera-se aqui que o termo “gestores de topo” é usado na linguagem corrente da administração e gestão nos ambientes organizacionais, designando os cargos de direção, considerados o topo na hierarquia das gerências.

O curso, no período de 2000 a 2007, formou 284 alunos. A escolha desse período ocorreu em função da maior valorização da gestão de saúde, que se intensificou em meados dos anos 1990 e se estendeu pela década seguinte com o aumento do nível de informação dos usuários do sistema de saúde e consequente aumento na exigência de resultados positivos e melhoria da qualidade. Outro aspecto considerado para a escolha desse período foi a intenção de minimizar vieses de memória: quanto mais antigas as turmas, mais as lembranças sobre o curso realizado poderiam se confundir com outras experiências, além da dificuldade de localização dos alunos.

Dos alunos formados nesse período, conseguiu-se localizar 174, aos quais se enviou ou distribuiu o questionário, em mãos ou pelos correios eletrônico e convencional (ambos). A amostra de conveniência do estudo atual se constituiu dos 114 egressos que retornaram o questionário, mediante busca ativa.

Para escolha dos quatro gestores de topo, entrevistados no âmbito da pesquisa “Avaliação da Formação”, os critérios foram os seguintes: um gestor de topo de rede hospitalar de natureza privada; um gestor de topo de rede estatal de serviços; um gestor de topo do SUS; um gestor de topo de hospital filantrópico e um gestor de topo de hospital estatal. Todos os gestores dos serviços hospitalares e redes abrangidos neste estudo, à exceção do gestor de topo do SUS, dirigem serviços com certificações de qualidade.

Para escolha dos seis professores/especialistas em gestão entrevistados no âmbito apenas no âmbito desta tese, os critérios foram: notório saber e experiência reconhecida na formação e na gestão em saúde, em âmbito nacional e internacional.

Para escolha dos participantes do grupo focal, buscou-se respeitar os critérios de experiência na gestão – e no ensino da gestão – de redes e serviços, bem como o de distribuição regional. Alcançou-se a participação de representantes dos seguintes estados: Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e Bahia.

2.4 Variáveis do estudo, categorias analíticas e análise

O currículo nuclear do curso, por se basear nas quatro áreas de desempenho da gestão – Planejamento, Organização, Coordenação/Controle/Comando, Avaliação – fundamentou o mapeamento das competências de gestão que o curso busca desenvolver. Essas competências, desdobrados nas dimensões de Conhecimentos, Habilidades e as Atitudes,

compuseram algumas das variáveis do questionário dos egressos para valoração do seu grau de importância, na forma de uma escala Likert. Essas dimensões constam no Anexo F.

Nos questionários, respondidos e codificados para preservar o anonimato dos respondentes, coletaram-se as seguintes variáveis: identificação (código); sexo; idade; formação; área de atuação; tempo de inserção no mercado de trabalho. Recolheram-se também as percepções dos alunos sobre o grau de importância atribuído às dimensões das competências integrantes da grade curricular do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ, bem como a avaliação do grau de importância dessas competências para a gerência de sistemas e serviços de saúde.

A análise das questões fechadas baseou-se no grau de importância na mobilização dos conhecimentos, habilidades e atitudes na prática profissional dos gerentes de serviços e gestão de saúde, medida pela Escala de Likert, com a seguinte pontuação: (1) Nada Importante; (2) Pouco Importante; (3) Importante; (4) Muito Importante; e (5) Indispensável.

A escolha do uso da escala Likert se deu em função de sua melhor adequação à pesquisa, considerando que: as respostas dos níveis de medição são solicitadas levando-se em conta as experiências e influências sociais dos respondentes; pode-se atribuir valores numéricos ou não aos itens respondidos (BAKER, 2005). Segundo Mattar (2001) as principais vantagens da escala Likert em relação às outras é a simplicidade de construção e o uso de afirmações que não estão explicitamente ligada a percepções estudadas – isto é, permite a inclusão de qualquer item que se verifique empiricamente.

Além da escala Likert, embasaram a análise as seguintes categorias: Competências gerenciais citadas pelos egressos como necessárias mas não oferecidas pelo curso, e competências oferecidas pelo curso, mas não consideradas importantes pelos egressos.

Os dados coletados através dos questionários na pesquisa “Avaliação da Formação” foram tabulados e analisados estatisticamente em computador. Os resultados foram representados por tabelas e a análise descritiva para as variáveis contínuas foi realizada utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalo de confiança). As variáveis qualitativas foram descritas em proporções. No âmbito desta tese, os questionários foram revisados e analisados, nas questões abertas, por meio da análise do seu conteúdo.

2.5 Aspectos éticos

A pesquisa, registrada sob o nº CAAE – 0021.0.259.000-09, foi cadastrada no sistema da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Anexo 9), com a finalidade de ser apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, conforme o Anexo 10, e obteve aprovação em 15 de setembro de 2009, conforme o parecer relacionado no Anexo 10.

As entrevistas foram realizadas através de roteiro, contendo três questões abertas, acompanhadas por formulário de consentimento informado (Anexos 2 e 3). No material enviado constavam o termo de consentimento informado (Anexo 8), estabelecendo o compromisso ético da pesquisa, e uma carta explicativa sobre o preenchimento das perguntas.

2.6 Procedimentos metodológicos

2.6.1 Preparação para elaboração do questionário para levantamento da opinião dos egressos: realização de entrevistas com especialistas “gestores de topo”⁶¹

Na perspectiva de orientar o delineamento da pesquisa, a adoção de um modelo conceitual mais adaptado à realidade brasileira e a elaboração do questionário para entrevistas com egressos, optou-se por adicionar outra atividade que se associa à revisão da literatura, a escuta da opinião de alguns gestores, pesquisadores/professores brasileiros, através de entrevista.

Foram selecionados quatro gestores com experiência em gerência de sistema e serviços de saúde, considerados para efeito da pesquisa “gestores de topo” tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, bem como três professores/pesquisadores internacionais (Anexo 1).

2.6.2 Elaboração de questionário para entrevistas com egressos

A compreensão das questões do questionário foi pré-testada com quatro ex-alunos, usando o formulário listado no Anexo 6. Os resultados (Anexo 7) foram utilizados para fazer as modificações e ajustes julgados necessários.

2.6.3 Compilação e preparação para análise dos dados dos questionários

⁶¹ O termo “gestores de topo” é usado na linguagem “falada” da administração e gestão nos ambientes organizacionais, designando os cargos de direção, considerados o topo na hierarquia das gerências. (RAZZOLINI FILHO; ZARPELON, 2010).

O primeiro passo foi o envio por e-mail eletrônico, e em seguida o contato telefônico, a fim de identificar as dificuldades de preenchimento e incentivar o retorno do material e opções de envio por correio postal. A entrega e/ou busca em mãos ocorreu para diminuir as dificuldades de retorno das respostas de alguns egressos. Nesse sentido, foram organizadas planilhas de entregas e buscas dos questionários, nos locais de trabalho e nas residências dos egressos, sendo esse processo acompanhado por contato telefônico.

Os questionários preenchidos foram recebidos e os dados foram preparados para análise no *software* Excel. A análise estatística dos dados foi feita utilizando-se o Programa R versão 2.10.0⁶².

Para facilitar a análise, a formação profissional informada pelos egressos na variável “graduação” foi agrupada em cinco categorias: administradores, médicos, enfermeiros, demais categorias da área de saúde (inclui fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos e outras profissões relacionadas) e demais categorias fora da área de saúde (incluem profissões como economistas, arquitetos, estatísticos, analistas de sistemas e outras).

Os cargos informados pelos egressos na variável “cargo atual” também foram agrupados em categorias, a saber: assessores/consultores; gerentes de topo (incluem diretores gerais, secretários e outros); gerência média (incluem subdiretores, subsecretários, gerentes [clínicos, administrativos, técnicos] e outros); gerência operacional (incluem coordenações e supervisões de serviços); e níveis operacionais.

Vale ressaltar que os termos “gerência de topo”, “gerência média” e “gerência operacional” foram utilizados nesta pesquisa levando em consideração as linguagens dos atores de campo. Encontramos sinônimos desses termos na literatura (MINTZEBERG, 2003; MOTTA, 2001; CHIAVENATO, 2007). Assim, gerência de topo tem similaridade com a “cúpula estratégica”, de Mintzeber (2003), e de “gerência estratégica”, de Motta (2001). Gerência média é tratada por Mintzeberg dentro da linha “intermediária”, assim como Chiavenato (2007) fala de gerência intermediária.

A variável “instituição onde trabalha” foi categorizada como: agências (de âmbito nacional – Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]); Secretarias - Estaduais e Municipais de Saúde; Hospitais - Públicos, Privados e Filantrópicos; Institutos de Assistência à Saúde; Prefeituras; Ministério da Saúde; Outros (serviços de saúde públicos e privados diversos).

⁶² Informações sobre esse programa estatístico podem ser obtidas no *site* da internet [Http://www.r-project.org](http://www.r-project.org).

A análise das variáveis contínuas foi realizada utilizando-se medidas de tendência central (média), e das variáveis categóricas, a distribuição percentual. Destaca-se que nas questões fechadas convencionou-se focalizar o somatório das duas variáveis de maior grau de importância (“muito importante” e “indispensável”), tratando como “resultado global da resposta”. As questões abertas foram analisadas buscando-se identificar palavras-chave e conceitos similares nas respostas dos egressos, a fim de descrevê-los livremente. Buscou-se também, quando possível, categorizar essas palavras ou conceitos de forma a permitir alguma análise de sua distribuição percentual.

3 RESULTADOS

Este capítulo apresenta três grupos de resultados: os que decorreram das entrevistas com gerentes e pesquisadores/professores, do processamento dos questionários dos egressos e do grupo focal.

3.1 Entrevistas com gerentes e pesquisadores/professores

Das dez entrevistas com gestores e pesquisadores/ professores, quatro foram realizadas com “gestores de topo”, inseridos na gestão de serviços de saúde de natureza pública, filantrópica e privada. Entre as seis entrevistas com especialistas, pesquisadores e professores, figuram dois pesquisadores/professores e uma gestora/especialista internacionais (conforme descrição no Anexo 1).

As quatro primeiras entrevistas apresentaram pontos consensuais que orientaram a elaboração do questionário, o que se torna relevante, uma vez que, guardadas as particularidades existentes entre o foco gerencial dos setores público e do privado, as percepções desses gestores não se diferenciam a partir da organização que estão ou que estiveram inseridos.

Nesse sentido, segundo o entrevistado 7, é necessário ter conhecimentos específicos inerentes à gerência e ao nível hierárquico correspondente. Dito de outra forma, não é possível gerenciar sem o conhecimento da atividade-fim. Embora haja necessidade de conhecimento de gestão financeira, dos serviços e do ambiente, esses conhecimentos, dependendo do nível hierárquico, devem ser suficientes para se poder discutir e, conseqüentemente, tomar a decisão junto aos especialistas da área.

A área de saúde tem competências específicas, o que foi destacado por três entrevistados (entrevistados 2, 3 e 5), necessitando que o gerente tenha, além dos temas ligados à gerência “clássica” e suas diferentes metodologias, os conhecimentos pertinentes à saúde, no campo da assistência, do saber em saúde e, dependendo da organização de saúde, dos processos do cuidado próprios daquela realidade.

O gerente deve, ao se confrontar com situações-problema no espaço gerencial ao qual deve servir, ser capaz de buscar informações, capturá-las, processá-las e organizá-las. Ter conhecimento de matemática, relações humanas, relações hierárquicas de poder, exposição dos modelos administrativos e confrontar-se com a situação em questão.

O entrevistado 1 destacou como maior desafio do gestor em serviços de saúde manter a coerência entre “as ações orientadas para a missão e objetivos da organização e a objetividade das ações dos profissionais”. Para esse professor e pesquisador internacional,

[...] o principal mandato do gestor é o de manter o equilíbrio entre a boa condição da assistência dentro das condições econômicas estabelecidas orientado pelos objetivos do sistema de saúde institucionalizado, portanto precisa conhecê-lo bem, o desafio reside no fato de gerenciar profissionais de saberes independentes e ações profissionais autônomas, assim ele precisa munir-se de competências articuladas em conhecimentos, habilidades e atitudes que o permitam agir fora da lógica da racionalidade linear que exige a gestão. A prática da gestão eficaz precisa das três dimensões de forma indissociável

No que se refere às habilidades, as opiniões também são consensuais, embora as declarações variem desde a “humildade” em administrar, até a necessidade de ser “exímio negociador”. Ter a capacidade de pactuar, negociar, aprender e ensinar, se comunicar, alto poder de convencimento, gerar ambiente de cooperação e troca, habilidade em lidar com o erro e gerenciar conflitos no dia a dia são questões focadas pelos entrevistados.

O destaque que se apreende nessas entrevistas é que, embora se valorizem os conhecimentos específicos da administração e da gerência nos seus diversos modelos, o conhecimento específico da atividade-fim e a habilidade em negociar são os ingredientes mais citados para uma boa performance. Nesse sentido, os entrevistados evocam a importância das atitudes de ouvir e dialogar.

Outro tema abordado e de relevância, principalmente no setor público, trata da governabilidade real no exercício de suas funções, bem como a clareza das metas e dos resultados que se pretende alcançar.

A entrevistada 9 (internacional) destaca que conhecimento habilidades e atitudes são dimensões inseparáveis para a formação de gestores. Ela ressaltou a importância do conhecimento do contexto como sendo fundamental na bagagem do gestor, mas enfatiza a dimensão da atitude como mola propulsora capaz de otimizar o rendimento das outras dimensões de competência. Em suas palavras:

[...] atitude desencadeando o comportamento irá influenciar os conhecimentos e habilidades para o mal ou para o bem, sobretudo em relação ao trabalho em equipe. Repito, se o relacionamento entre as pessoas depende da atitude, ela própria é responsável pelas condições de equilíbrio e harmonização no desenvolvimento do trabalho em equipe.

A mesma entrevistada destaca um aspecto interessante sobre o processo de capacitação dos profissionais com vistas à melhoria da assistência, referindo-se a dois momentos nucleares do processo: o primeiro momento passa pelo entendimento do que o profissional precisa como capacitação, e isso depende do consenso entre o profissional e seus superiores, considerando suas atribuições e as necessidades de desempenho destas em sua

prática cotidiana; alia-se assim o interesse do profissional com os da intuição. O segundo momento é desencadeado pela instituição de ensino:

É importante um processo seletivo bem integrado junto ao profissional, de forma que permita conhecer quais as condições mais favoráveis para o desenvolvimento cognitivo dessas pessoas. Estou convencida que o sucesso dos programas de capacitação residem na aplicação dos métodos interativos, mais atividades teórico-prático, onde as realidades estão mais explícitas e permitem aos participantes uma condição de análise de contexto mais tangível.

Ainda sobre o conhecimento do contexto, o entrevistado 4 afirma que, em primeiro lugar, há necessidade de se definir o perfil profissional que “sua estrutura mental deve estar aberta com uma visão ampla do ambiente interno e externo, aspectos de dentro e de fora [...] seja no hospital, nas secretarias de saúde e demais instâncias” O ponto forte da capacitação desses profissionais deve ser a construção da visão ampla das realidades dos conjuntos, uma vez que “cada meio desenvolve a visão de seu próprio ambiente, não amplia, não tem visão do alto, falta exercício crítico, não identifica falhas no seu meio”.

O entrevistado 5 levanta aspectos específicos da gestão de saúde no Brasil, destacando a importância da dimensão da habilidade de análise política:

a gestão de saúde no Brasil conta com mecanismos políticos que funcionam como ameaças concretas de incertezas e mudanças permanentes. Esses elementos de tensão que vão além das dificuldades de desconhecimentos técnicos, relacionando-se a questões políticas partidárias, trazem diferentes valores para o jogo gerencial. Esse cenário exige capacidade de decisão que vai além da competência técnica, envolvendo a habilidade refinada da análise política.

A importância da conjugação das três dimensões de competência para alcance efetivo das ações gerenciais também é firmada pelo entrevistado 10, que evoca a possibilidade de lançar mão da técnica para completar a análise política, ou seja

[...] elaborar uma planilha para organizar as ações; ou analisar a base de evidências que me apontem as causas e soluções de problemas; ou colocar as evidências em discussão numa roda [...]. A questão maior é que cada corrente trabalha distanciada uma das outras, a sensação que eu tenho é que não existe divergência, cada método pode e deve ser aplicado no contexto apropriado. Então eu acho o ensino da gestão de saúde precisa ir no caminho da politização, porque o papel de analista que eu preciso em primeiro lugar não é uma análise técnica e sim uma análise política. Até porque não é possível exercer a gestão sem inequívocos posicionamentos políticos, você pode travesti-los de técnicas mas não pode não tê-los, não é possível fazer atenção à saúde sem ter implicitamente um posicionamento sobre o outro e sobre a situação.

3.2 A opinião dos egressos: os questionários

Resultados dos questionários respondidos pelos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do IMS/UERJ.

3.2.1 Universo de estudo

Considerando a delimitação do período de análise, havia um universo a ser estudado de 284 ex-alunos. Após várias tentativas de contato, foram localizados 174 ex-alunos, correspondendo a 61,3% do total (tabela 1). Cento e setenta e quatro questionários foram enviados, sendo recebidas 114 respostas, o que corresponde a 65,5% dos ex-alunos contatados e a 40,1% do total geral de ex-alunos do período de estudo.

Tabela 1 - Quantitativo de ex-alunos no período de 2000 a 2007

Turma	Total de alunos	Alunos contatados		Alunos não contatados		Responderam		
		N	%	N	%	N	(1)%	(2)%
2000	21	14	66,7	7	33,3	8	38,1	57,1
2001	23	14	60,9	9	39,1	9	39,1	64,3
2002	37	23	62,2	14	37,8	18	48,6	78,3
2002(IBAM)	30	21	70,0	9	30,0	9	30,0	42,9
2003	13	07	53,8	6	46,2	4	30,8	57,1
2004	26	17	65,4	9	34,6	1	42,3	64,7
2005	53	37	69,8	16	30,2	7	50,9	73,0
2006	29	10	34,5	19	65,5	8	27,6	80,0
2006(Mesquita)	24	3	12,5	21	87,5	2	50,0	52,2
2007	28		28,6	20	71,4	8	28,6	100,0
<i>Total</i>	284	74	61,3	110	38,7	14	40,1	65,5

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

N - Número de alunos.

(1)% - Em relação ao total de alunos do período.

(2)% - Em relação ao total de alunos contatados.

Tabela 2: Quantidade de ex-alunos que responderam, segundo formação profissional

Formação	Total de alunos	Contatados e não responderam		Contatados e responderam	
		N	%	N	%
Administradores	30	11	36,7	19	63,3
Médicos	37	12	32,4	25	67,6
Enfermeiros	29	11	37,9	18	62,1
Demais Cat. da A. da Saúde	33	17	51,5	16	48,5
Demais Cat. fora da A. da Saúde	43	8	18,6	35	81,4
Formação não definida	2	1	100,0	1	0,0
<i>Total</i>	174	60	34,7	114	65,3

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações)

Na tabela 2, buscou-se comparar a formação profissional dos ex-alunos que responderam e a dos que não responderam ao questionário. Observa-se que “demais categorias fora da área de saúde” foram os profissionais com maior proporção de resposta (81%), ao contrário de “demais categorias da área de saúde” (48%). Médicos, administradores e enfermeiros apresentaram índices de resposta superior a 60%.

3.2.2 Perfil dos egressos

Dos 114 ex-alunos que responderam aos questionários, mais da metade (63%) são do sexo feminino, conforme se observa na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos egressos segundo sexo

<i>Sexo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
F	72	63,2
M	42	36,8
<i>Total</i>	114	100,0

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações)

F – Feminino.

M – Masculino.

A média de idade global é de 44,8 anos (tabela 4), e o tempo de trabalho na instituição atual é, em média, de 20 anos (tabela 5).

Tabela 4 – Distribuição dos egressos segundo idade

<i>Egressos</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
114	44,886	46	10,63	26	66

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações)

Tabela 5 – Distribuição dos egressos segundo tempo de trabalho

<i>Egressos</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo.</i>	<i>Máximo.</i>
114	20,018	19	10,1	3	45

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações)

Quanto à formação profissional, 30,7% dos ex-alunos foram classificados como “demais categorias fora da área de saúde”, o que inclui diversas formações, tais como estatísticos, economistas e outros (tabela 6). Seguem-se os médicos (21%), administradores

(16,1%), enfermeiros (16,7%) e “demais categorias da área de saúde” (14,1%), que incluem assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros.

Tabela 6 - Distribuição dos egressos segundo formação profissional

<i>Formação</i>	<i>Número de Egressos</i>	<i>Porcentagem</i>
Administradores	19	16,1
Médicos	25	21,0
Enfermeiros	18	16,7
Demais categorias da área da saúde	16	14,1
Demais categorias fora da área da saúde	35	30,7
Não informou formação	01	1,4
<i>Total*</i>	114	100

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações)

Considerando a natureza do cargo, quase a metade dos egressos (42,1%) respondeu ocupar posição de gerência média (tabela 7). Observa-se, também, uma quantidade considerável de ex-alunos em cargos de nível operacional (27%). A distribuição dos egressos por natureza do cargo e sexo (tabela 8) indica uma distribuição mais heterogênea nas categorias “gerência operacional” e “nível operacional”, com predominância de ex-alunos do sexo feminino (84,2% e 74,2%, respectivamente) e mais homens (75%) na “gerência de topo”. Nas categorias “assessoria/consultoria” e “Gerência média” há uma distribuição mais uniforme, embora com maioria de mulheres (55,6% e 56,2%), respectivamente.

Tabela 7 – Distribuição dos egressos segundo natureza do cargo

<i>Cargo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Assessoria/consultoria	9	7,9
Gerência de topo	8	7,0
Gerência média	48	42,1
Gerência operacional	17	14,9
Nível operacional	31	27,2
Não respondeu	1	0,9
<i>Total</i>	114	100,0

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

Tabela 8 – Distribuição dos egressos segundo natureza do cargo e o sexo

Sexo/ Cargo	Assessoria/ Consultoria		Gerência de Topo		Gerência Média		Gerência Operacional		Nível Operacional	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	5	55,6	2	25,0	27	56,2	14	82,4	23	74,2
Masculino	4	44,4	6	75,0	21	43,8	3	17,6	8	25,8
<i>Total</i>	9	100,0	8	100,0	48	100,0	17	100,0	31	100,0

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações) N - Número de alunos.

Quanto à instituição em que os egressos trabalham atualmente, observa-se que 40,3% estão nas unidades assistências do sistema de saúde (hospitais e institutos), 21% situam-se em órgãos do nível central federal (ANS, ANVISA, MS), 18,4% do nível central municipal (Prefeitura e SMS) e apenas 1,8% do estadual (SES) (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos egressos segundo instituição em que trabalha

Instituição	Frequência	Porcentagem
ANS	3	2,6
ANVISA	1	0,9
Hospital Filantrópico	2	1,8
Hospital Privado	11	9,6
Hospital Público	26	22,8
Instituto Público	7	6,1
Ministério da Saúde	20	17,5
Prefeitura	3	2,6
SES	2	1,8
SMS	18	15,8
Outros	20	17,5
Não respondeu	1	0,9
<i>Total</i>	114	100,0

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

À exceção da categoria profissional “enfermeiros”, todas as demais apresentaram proporção maior de respostas para a ocupação de cargos de gerência média (tabela 10). Os oito ex-alunos que relatam ocupar cargos de gerência de topo são profissionais categorizados como “demais categorias de saúde” (1), “administradores” (2) e, preponderantemente, “médicos” (5).

Tabela 10 – Distribuição dos egressos segundo formação e o cargo que ocupa

Formação	Administradores		Profissionais da Saúde		Fora da Saúde		Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cargo										
Assessoria/consultoria	3	15,8	1	6,2	2	5,7	1	5,6	2	08,0
Gerência de Topo	2	10,5	1	6,2	0	0,0	0	0,0	5	20,0
Gerência Média	10	52,6	8	50,0	17	48,6	4	22,2	9	36,0
Gerência Operacional	1	5,3	4	25,0	2	5,7	6	33,3	4	16,0
Nível Operacional	3	15,8	2	12,5	14	40,0	7	38,9	5	20,0
<i>Total</i>	19	100,0	16	100,0	35	100,0	18	100,0	25	

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações) N - Número de alunos

Perguntas fechadas: Dimensão de conhecimento - resultado das respostas dos egressos às perguntas fechadas, explícitas no questionário, sobre o grau de importância dos **conhecimentos** enquanto dimensão de competência componente do conteúdo programático do Curso de Especialização em Gestão em Saúde do IMS/UERJ.

Na tabela 11, está demonstrado que 88% dos egressos julgaram o item de conhecimento **“Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde”** como **indispensável**. Totalizados, os graus **“indispensável”** e **“muito importante”** alcançam 93,9%.

Tabela 11 - Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde

<i>Grau de Importância</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Nada importante	0	0,0
Pouco importante	1	0,8
Importante	6	5,3
Muito importante	19	16,7
Indispensável	88	77,2
<i>Total</i>	114	100,0

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

Para fins de encaminhamento da análise, optou-se por destacar nos resultados a média dos graus de importância apontada pelos egressos, através do somatório das variáveis, **muito importante e indispensável**. Aqui tratados de **“resultado global”**. Portanto, todas as dimensões terão essa leitura nesta apresentação dos resultados. Para objetivar a apresentação nesta tese, as tabelas foram compactadas, trazendo resultados expressos através da frequência (número de egressos respondentes) e respectivo percentual.

Tabela 12. Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde.											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	3 (15,8)	15 (78,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (100,0)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,2)	2 (12,5)	13 (81,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	7 (20,0)	25 (71,4)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,3)	5 (10,4)	39 (81,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (17,6)	13 (76,5)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	2 (8,6)	22 (88,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (3,2)	10 (32,3)	19 (61,3)
Organização dos serviços de saúde.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (36,8)	12 (66,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,2)	3 (18,8)	12 (75,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (17,1)	8 (22,9)	21 (60,0)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (12,5)	10 (20,8)	32 (66,7)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	3 (16,7)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (5,9)	15 (88,2)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	12 (38,7)	16 (56,6)
Modelos assistenciais.											
Administradores	0 (0,0)	2 (10,6)	2 (10,5)	10 (52,6)	5 (26,3)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	4 (25,0)	5 (31,2)	6 (37,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	2 (5,8)	7 (20,0)	15 (42,9)	11 (31,4)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (14,6)	23 (47,9)	18 (37,5)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	7 (38,9)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	6 (35,3)	10 (58,8)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	19 (76,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	5 (16,1)	5 (16,1)	9 (29,0)	12 (38,7)
Epidemiologia para a gestão de sistemas e serviços de saúde.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	9 (47,9)	8 (42,1)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (31,2)	6 (37,5)	5 (31,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	9 (25,7)	14 (40,0)	11 (31,4)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	9 (18,8)	18 (37,5)	20 (41,7)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	9 (50,0)	8 (44,4)	Gerência Operacional	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (5,9)	7 (41,2)	8 (47,1)
Médicos	0 (0,0)	2 (8,0)	0 (0,0)	4 (16,0)	19 (76,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	6 (19,4)	10 (32,3)	14 (45,2)

Fonte: avaliação da formação de gestores de saúde (com adaptações).

Seguindo a apresentação dos resultados na dimensão de conhecimento **“Organização dos serviços de saúde”** (tabela 12), 69,3% dos egressos julgaram-no “indispensável” e 21,9% “muito importante”. Semelhante ao item de conhecimento anterior, a soma desses dois graus é significativa, totalizando cerca de 90%. No entanto, considerando as categorias profissionais (na mesma tabela), observa-se que os “administradores”, “médicos” e “demais categorias da área de saúde” conferiram maior importância ao item, e a soma dos graus “muito importante” e “indispensável” é de 100%, 96% e 93,8%, respectivamente.

No que se refere à natureza do cargo (ainda na tabela 12), a soma dos graus “indispensável” e “muito importante” foi superior a 90%, sendo exceção apenas a categoria “gerência média” (87,5%). Destaca-se ainda que a “gerência de topo” considerou o item totalmente “indispensável” (100%). Continuando na leitura da tabela, o item **“Modelos assistenciais”** foi considerado “indispensável” para 45,6% dos egressos e “muito importante” para **37,7%**, o que somam **83,3%**. Quando se considera a categoria profissional, os médicos e enfermeiros deram maior importância a esse item. A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foram de **100% e 94,5%**, respectivamente.

Em relação à natureza do cargo, observa-se maior valorização do item pela “gerência de topo” e “gerência operacional”, alcançando **100% e 94,1%**, respectivamente, para os graus “muito importante” e “indispensável” (tabela 12). Os egressos que conferiram grau “pouco importante” ao item são um administrador e um ex-aluno classificado como “demais categorias fora da área de saúde”, ambos atuando em “nível operacional”. Enquanto os três egressos que não responderam todos os três também atuam em “nível operacional”.

Em relação ao item de conhecimento **“Epidemiologia para a gestão de sistemas e serviços de saúde”**, observou-se que 45,6% dos egressos julgaram o item indispensável e 36,8% como “muito importante”, **somando 82,4%** (tabela 12). Médicos e enfermeiros valorizaram mais esse item de conhecimento e a soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foi de **92% e 94,4%**, respectivamente. Em relação à natureza do cargo, os gerentes de topo pontuaram o item como “muito importante” (62,5%) ou indispensável” (37,5%), o que totaliza **100%**. Mais da metade dos assessores/consultores o pontuaram como “indispensável” (66,7%).

(cont.) TABELA 13- Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional					Natureza do Cargo					
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável	
Gerenciamento de informação.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	5 (26,3)	12 (63,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	1 (6,2)	4 (25,0)	10 (62,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	11 (31,4)	23 (65,7)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	2 (4,2)	12 (25,0)	33 (68,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	7 (38,9)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (60,0)	0 (0,0)	10 (40,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (3,2)	13 (41,9)	16 (51,6)
Planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	15 (78,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (100,0)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	3 (12,5)	2 (12,5)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	5 (14,3)	27 (77,1)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,3)	7 (14,6)	37 (77,1)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	5 (27,8)	12 (66,7)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (17,6)	13 (76,5)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	3 (9,7)	7 (22,6)	20 (64,5)
Gestão de pessoas.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	6 (31,6)	11 (57,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	3 (18,8)	9 (56,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	4 (50,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	17 (48,6)	15 (42,9)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (10,4)	20 (41,7)	23 (47,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (44,4)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	8 (47,1)	8 (47,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	13 (52,0)	11 (44,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	10 (32,3)	18 (58,1)
Gerência de ambiente.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	5 (26,3)	10 (5,6)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	7 (43,8)	5 (31,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	2 (25,0)
Fora da Saúde	1 (2,9)	1 (2,9)	7 (20,8)	15 (42,9)	11 (31,4)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	10 (20,8)	18 (37,5)	18 (37,5)
Enfermeiros	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	5 (27,8)	9 (50,0)	Gerência Operacional	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (5,9)	6 (35,3)	9 (52,9)
Médicos	0 (0,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	16 (64,0)	6 (24,0)	Nível Operacional	1 (3,2)	2 (6,4)	4 (12,9)	15 (48,4)	9 (29,0)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações)

Para o item de conhecimento “**Gerenciamento de informação**”, obteve-se um total de **94,7%**, somando-se as pontuações dos graus “muito importante (**33,3%**) e indispensáveis” (**61,4%**). Médicos, “demais categorias fora da área de saúde” e “enfermeiros” valorizaram com mais ênfase esse item, tendo sido observado que a soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foi de **100%**, **97,1%** e **94,5%**, respectivamente (tabela 13). Mais de 60% dos gerentes de topo e gerentes médios julgaram o item “indispensável”, destacando-se os assessores/consultores com índice de 77,8%. De modo geral, todos os cargos consideraram, em mais de **90%**, esse item como “**muito importante**” ou “**indispensável**”.

Quanto ao item de conhecimento “**Planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde**”, foi considerado “indispensável” para 75,4% dos ex-alunos, índice que somado ao grau “muito importante” alcançou **92,1%** (tabela 13). O resultado obtido para o grau “indispensável” é superior a 65% para todas as categorias profissionais, índice que alcança 80% para os médicos. Ainda em relação às categorias profissionais (exceto para as demais categorias fora da área de saúde) observa-se que a soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foi superior a **90%**.

Quanto à natureza do cargo (tabela 13), o item foi considerado indispensável para 100% dos assessores/consultores e para mais de 75% da “gerência de topo”, “gerência média” e “gerência operacional”. Somados, os graus “muito importante” e “indispensável” alcançaram valores superiores a **90%**.

Para o item de conhecimento “**Gestão de pessoas**”, observou-se distribuição homogênea para os resultados dos graus “muito importante” (42,1%) e “indispensável” (49,1%), que somados alcançaram **91,2%** (tabela 13). O item foi considerado “indispensável” por mais da metade dos administradores (57,9%), “demais categorias da área de saúde” (56,2%) e “enfermeiros” (55,6%). Somados, os itens “muito importante” e “indispensável” alcançaram mais **de 80%**, exceto para a categoria profissional “demais categorias da área de saúde” (75%).

Quanto à distribuição dos egressos por natureza do cargo (tabela 13), a “gerência de topo” julgou, em sua totalidade, o item como “muito importante” ou “indispensável”. Esse índice foi de **88,9%**, **89,6%**, **90,4** e **94,2%** para a “assessoria/consultoria”, “gerência média”, “nível operacional” e “gerência operacional”, respectivamente.

Quanto à dimensão de conhecimento “**Gerência de ambiente**”, as pontuações dos graus “muito importante (42,1%) e “indispensável” (36%) somam **78,1%** (tabela

13). Ressalta-se que essa dimensão alcançou menor pontuação separadamente; um respondente considerou o item como “nada importante” e outro “pouco importante”, ambos profissionais de “demais categorias fora da área de saúde” (tabela 13). E outros cinco egressos não responderam a esse item. Os médicos julgaram, em maioria, o item como “indispensável” (64%). A “gerência de topo” e a “gerência operacional” valorizaram com mais ênfase esse item, tendo sido observado que a soma dos graus “muito importante” e “indispensável” é de 100% e 88,2%, respectivamente.

Quanto ao item de conhecimento “**Gerência de logística**” (tabela 14), 69,3% dos egressos julgaram-no “indispensável” e 21,9% “muito importante”. A soma desses dois graus foi de **77,2%**. Considerando as categorias profissionais, observou-se que apenas os “administradores” e “médicos”, em sua maioria, consideraram o item “indispensável”, 57,9% e 52%, respectivamente. No que se refere à natureza do cargo, a soma dos graus “indispensável” e “muito importante” foi **superior a 90%** apenas para a “gerência de topo” (100%) e para a “gerência operacional” (94,2%). Em relação ao item de conhecimento “**Elaboração de políticas, normas e procedimentos, para gestão de sistemas e serviços de saúde**”, 50,9% dos egressos o consideraram “indispensável” e 28,8% como “muito importante”, o que **soma 80,7%**.

Quanto a categorias profissionais, enfermeiros, médicos e “demais categorias fora da área de saúde” valorizaram mais esse item de conhecimento e a soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foi de **88,9%, 84% e 82,8%**, respectivamente (tabela 14).

Em relação à natureza do cargo, os assessores/consultores, gerentes de topo e gerentes operacionais valorizaram mais o item e o percentual obtido para o grau “indispensável” foi de 77,8%, 65,5% e 52,9%, respectivamente (tabela 14).

Tabela 14 - Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Gerência de logística											
Administradores	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (5,3)	5 (26,3)	11 (57,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	3 (33,3)	4 (44,4)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	6 (37,5)	6 (37,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)
Fora da Saúde	1 (2,9)	5 (14,3)	7 (20,0)	12 (34,3)	10 (28,6)	Gerência Média	2 (4,2)	2 (4,2)	9 (18,8)	16 (33,3)	19 (39,6)
Enfermeiros	1 (5,6)	1 (5,6)	1 (5,6)	8 (44,4)	7 (38,9)	Gerência Operacional	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (47,1)	8 (47,1)
Médicos	1 (4,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	9 (36,0)	13 (52,0)	Nível Operacional	5 (16,3)	1 (3,2)	4 (12,9)	8 (25,8)	13 (41,9)
Elaboração de políticas, normas e procedimentos, para gestão de sistemas e serviços de saúde.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (26,3)	6 (31,6)	8 (42,1)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (31,2)	3 (18,8)	8 (50,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	5 (14,3)	13 (37,1)	16 (45,7)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (20,8)	14 (29,2)	24 (50,0)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	6 (33,3)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,0)	6 (24,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	9 (29,0)	9 (29,0)	12 (38,7)
Gestão de pesquisas em serviços de saúde											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (26,3)	4 (21,1)	10 (52,6)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	2 (12,4)	2 (12,5)	2 (12,5)	10 (62,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (11,4)	6 (17,1)	6 (17,1)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	5 (10,4)	7 (14,6)	35 (72,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	4 (22,2)	4 (22,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	1 (5,9)	14 (82,4)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	10 (32,3)	8 (25,8)	12 (38,7)
Modelos de gestão de saúde											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	4 (21,1)	7 (36,8)	7 (36,8)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	1 (11,1)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	2 (12,5)	5 (31,2)	8 (50,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	2 (5,7)	9 (25,7)	10 (28,6)	14 (40,0)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (16,7)	19 (39,6)	21 (43,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	11 (61,1)	5 (27,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	10 (58,8)	6 (35,3)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	11 (44,0)	11 (44,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	3 (9,6)	9 (29,0)	12 (38,7)	7 (22,6)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações)

O item dimensão de conhecimento “**Gestão de pesquisas em serviços de saúde**” foi considerado “indispensável” para 65,8% dos egressos e “muito importante” para 17,5%, o que **soma 83,3%**. Apenas um egresso considerou o item “pouco importante” e um não respondeu. O item foi considerado “indispensável” por mais de 60% dos egressos em suas categorias profissionais, à exceção dos administradores (52,6%). A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançou **88,5%** para “demais categorias fora da área de saúde”, 88% para os médicos e 83,3% dos enfermeiros (tabela 14).

Em relação à natureza do cargo, observou-se maior valorização do item pela “gerência de topo” (que o considera totalmente indispensável), pelos assessores/consultores, gerência operacional e gerência média, cuja soma dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançam 100%, 88,3% e 87,5, respectivamente (tabela 14).

Quanto ao item de conhecimento “**Modelos de gestão de saúde**” (tabela 14), 39,5% dos egressos julgaram-no “indispensável” e 39,5% “muito importante”, somando **73%**. Considerando as categorias profissionais (tabela 14). Esse item de dimensão de conhecimento foi considerado “indispensável” para 50% dos “demais categorias da área de saúde”, enquanto para as outras categorias este valor foi menor. Considerando a soma dos graus “muito importante” e “indispensável”, enfermeiros, médicos e “demais categorias da área de saúde” tenderam valorizar mais esse item (**88,9%, 88% e 81,2%**, respectivamente).

No que se refere à natureza do cargo (tabela 46), assessores/consultores e a gerência de topo tenderam considerar, em sua maioria, o item como “indispensável”, 66,7% e 62,5%, respectivamente. Mas considerando a soma dos graus “indispensável” e “muito importante”, a gerência operacional se destacou com 58,8% e 35,3%, respectivamente, para esses graus, o que totaliza **94,12%**.

Tabela 15 (cont.)- Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Construção e interpretação de indicadores de saúde											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	6 (31,2)	3 (15,8)	9 (47,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	5 (31,2)	9 (56,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	4 (50,0)	3 (37,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	7 (20,0)	14 (40,0)	13 (37,1)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	10 (20,8)	12 (25,0)	24 (50,0)
Enfermeiros	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	3 (16,7)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (35,3)	1 (5,9)	10 (58,8)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	3 (12,0)	12 (48,0)	9 (36,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,5)	4 (12,9)	16 (51,6)	9 (29,0)
Financiamento da saúde											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (5,3)	4 (21,1)	13 (68,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,2)	7 (43,8)	8 (50,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	1 (2,9)	1 (2,9)	6 (17,1)	9 (25,7)	18 (51,4)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	5 (10,4)	14 (29,2)	27 (56,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	4 (22,2)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	4 (23,5)	12 (70,6)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	6 (24,0)	6 (24,0)	17 (68,0)	Nível Operacional	1 (3,2)	1 (3,2)	7 (22,6)	10 (32,3)	12 (38,7)
Administração financeira em saúde											
Administradores	0 (0,0)	2 (10,5)	3 (15,8)	3 (15,8)	11 (57,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	1 (11,1)	2 (22,2)	0 (0,0)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,2)	4 (25,0)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	1 (2,9)	2 (5,7)	4 (11,4)	14 (40,0)	14 (40,0)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	5 (10,4)	14 (29,2)	27 (56,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	4 (22,2)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	2 (4,2)	5 (10,4)	14 (29,2)	27 (56,2)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	8 (32,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	1 (3,2)	1 (3,2)	5 (16,1)	15 (48,4)	9 (29,0)
Gestão de mudanças nas organizações de saúde.											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (31,6)	4 (21,1)	9 (47,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	6 (37,5)	8 (50,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	4 (50,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	8 (22,9)	8 (22,9)	18 (51,4)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	7 (14,6)	16 (33,3)	23 (47,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	7 (38,9)	6 (33,3)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	6 (35,3)	9 (52,9)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	16 (64,0)	7 (28,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	11 (35,5)	11 (35,5)	8 (25,8)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações).

Para o item de conhecimento “**Construção e interpretação de indicadores de saúde**”, observou-se que os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançaram, respectivamente, 32,5% e 44,7%, que somados **alcançam 77,2%** (tabela 15). Três egressos consideraram o item pouco importante. Na unidade das categorias profissionais, somados os itens “muito importante” e “indispensável”, as “demais categorias da área de saúde” (87,4%) e “médicos” (84%) totalizaram mais de **80%** para este item de dimensão de conhecimento. O mesmo foi considerado “indispensável” em mais de 50% para os “demais categorias da área de saúde” (56,2%) e “enfermeiros” (55,6%), conforme a mesma tabela.

Quanto à distribuição dos egressos por natureza do cargo (tabela 15), somente 50% ou mais dos egressos em “gerência média” (50%) ou em “gerência operacional” (58,8%) julgaram o item indispensável. Considerando a soma dos graus “muito importante” ou “indispensável”, o item foi mais valorizado por assessores/consultores (88,8%, “gerência de topo” (87,5%) e “nível operacional” (80,6%).

Em relação ao item de conhecimento “**Financiamento da saúde**”, 58,8% dos egressos o consideraram “indispensável” e 26,3% como “muito importante”, o que soma **85,1%** (tabela 15). Um egresso julgou o item como “nada importante” e outro como “pouco importante”. Na unidade de categoria profissional, administradores e médicos tenderam julgar o item como “indispensável” (68,8% e 68%, respectivamente). Somando-se os graus “muito importante” e “indispensável”, os profissionais classificados como “demais categorias da área de saúde” foram os que mais valorizaram esse item de conhecimento (**93,8%**), ao contrário dos profissionais classificados como “demais categorias fora da área de saúde” e enfermeiros (77,1% e 77,8%, respectivamente). Em relação à natureza do cargo, observou-se que os gerentes de topo foram os únicos que consideraram o item como totalmente “indispensável” (tabela 15). Assessores/consultores, gerentes operacionais e gerentes médios também apresentaram índices altos de aceitação, quando somados os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável”, 100%, 94,1% e 85,4%, respectivamente.

Para o item de conhecimento “**Administração financeira em saúde**”, observou-se que os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançaram, respectivamente, 28,9% e 53,5%, que somados alcançam **82,4%** (tabela 15). Dois egressos consideraram o item pouco importante e um como nada importante. O item foi considerado “indispensável” em mais de 50%

Para todas as categorias profissionais, à exceção de “demais categorias fora da área de saúde” (40%) (tabela 15), somados os itens “muito importante” e indispensável”, “demais categorias da área de saúde” (93,8%) e “médicos” (92%) foram os que mais valorizaram esse conhecimento. Quanto à distribuição dos egressos por natureza do cargo (tabela 15), o item foi mais valorizado pelos gerentes de topo (100%), gerentes operacionais (88,2%) e gerentes médios (85,4%).

Para o item de conhecimento “**Gestão de mudanças nas organizações de saúde**”, observou-se que os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançaram, respectivamente, 36% e 42,1%, que somam 78,1% (tabela 15). O item só foi considerado “indispensável” em mais de 50% para “demais categorias fora da área de saúde” (51,4%) e “demais categorias da área de saúde” (50%) (tabela 15). Os graus “muito importante” e indispensável”, somados, somente alcançaram mais de 80% para a “demais categorias da área de saúde” (87,8%) e para os “médicos” (92%). Considerando a soma dos graus “muito importante” ou “indispensável”, o item foi mais valorizado por gerentes de topo (100%), assessores/consultores (88,8%), gerentes operacionais (88,2%) e gerentes médios (81,2%) (tabela 15).

Conforme se observa na tabela 16, **60,5%** dos egressos julgaram o item de conhecimento “**Gestão e avaliação da qualidade em saúde**” como indispensável. Totalizados, os graus “indispensável” e “muito importante” alcançam **91%**. Três egressos o julgaram “pouco importante”. A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foi superior **a 80%** para todas as categorias profissionais (tabela 16), embora enfermeiros e médicos tendessem valorizar mais este item (100% e 96%, respectivamente).

Na tabela 16, observa-se que as funções “Assessoria/consultoria” e “gerência de topo” julgaram, em sua totalidade (100%), o item como “muito importante” ou “indispensável”.

Tabela 16 (Cont.)- Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Gestão e Avaliação de qualidade em saúde.											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (5,3)	5 (26,3)	12 (63,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	1 (6,2)	5 (31,2)	9 (56,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	2 (5,7)	2 (5,7)	12 (34,3)	19 (54,3)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,2)	10 (20,8)	35 (72,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	6 (35,3)	10 (58,8)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	9 (36,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	1 (3,2)	3 (9,7)	1 (3,2)	13 (41,9)	13 (41,9)
Comunicação e marketing											
Administradores	0 (0,0)	3 (15,8)	1 (5,3)	5 (26,3)	10 (52,6)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (31,2)	5 (31,2)	6 (37,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	4 (11,4)	6 (17,1)	14 (40,0)	11 (31,4)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	8 (16,7)	23 (47,9)	15 (31,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	2 (11,1)	4 (22,2)	7 (38,9)	5 (27,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (17,6)	5 (29,4)	8 (47,1)
Médicos	0 (0,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	15 (60,0)	4 (16,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	9 (29,0)	7 (22,6)	9 (29,0)	6 (19,4)
Gestão de tecnologia em saúde											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (5,3)	5 (26,3)	12 (63,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (44,4)	5 (55,6)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	5 (31,2)	9 (56,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	2 (5,7)	6 (17,1)	10 (28,6)	17 (48,6)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	5 (10,4)	14 (29,2)	28 (58,3)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	7 (38,9)	8 (44,4)	Gerência Operacional	0 (0,0)	1 (5,9)	2 (11,8)	3 (17,6)	11 (64,7)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	9 (36,0)	14 (56,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,5)	6 (19,4)	12 (38,7)	11 (35,5)
Sistemas de saúde											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	8 (42,1)	8 (42,1)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (44,4)	5 (55,6)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	2 (12,5)	6 (37,5)	7 (43,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	6 (17,1)	13 (37,1)	15 (42,9)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	6 (12,5)	21 (43,8)	20 (41,7)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	9 (50,0)	6 (33,3)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	8 (47,1)	8 (47,1)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	8 (32,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,4)	8 (25,8)	10 (32,3)	11 (35,5)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações).

Quanto ao item de conhecimento **“Comunicação e marketing”** (tabela 16), 31,6% dos egressos julgaram-no “indispensável” e 40,4% “muito importante”, o que soma **72%**. Destaca-se que 8,8% dos respondentes (10 egressos) julgaram o item “pouco importante”. Considerando as categorias profissionais (tabela 16), observou-se que os “administradores” conferiram maior importância ao item, 52,6% o julgam “indispensável” e 26,3%, “muito importante”.

No que se refere à natureza do cargo (tabela 16), apenas os gerentes de topo consideraram o item totalmente “indispensável” ou “muito importante” (100%). Todos os egressos que julgaram o item “pouco importante” atuam em “nível operacional” (25,8%).

Para o item de conhecimento **“Gestão de tecnologia em saúde”**, observou-se que os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançaram, respectivamente, 31,6% e 53,5%, que somados alcançam **85,1%** (tabela 16). Três egressos consideraram-no pouco importante. O item foi considerado “indispensável” em mais de 50% por administradores (63,25), “demais categorias da área de saúde” (56,2%) e médicos (56%) (tabela 16).

Quanto à distribuição dos egressos por natureza do cargo (tabela 16), somando-se os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável”, o item foi mais valorizado pelos assessores/consultores (100%) e gerentes de topo (100%).

Segundo a tabela 16, 45,6% dos egressos julgou o item de conhecimento **“Sistemas de saúde”** como “indispensável” e 38,6% como “muito importante” o que somados significam **84,2%**. Dois egressos o julgaram “pouco importante” e um não respondeu. A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” foi superior a 80% para todas as categorias profissionais (tabela 16). Esses índices foram maiores para os médicos (32% e 60%, respectivamente).

Na tabela 16, observa-se que as categorias “Assessoria/consultoria” e “gerência de topo” julgaram em sua totalidade o item como “muito importante” ou “indispensável”, enquanto os egressos em “nível operacional” foram os que menos valorizaram esse item.

Tabela 17 (Cont.) - Avaliação de importância das dimensões de CONHECIMENTOS segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Legislação											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (21,1)	5 (26,3)	10 (52,6)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)	6 (66,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	3 (18,8)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (20,0)	12 (34,3)	16 (45,7)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	10 (20,8)	10 (20,8)	27 (56,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	4 (22,2)	10 (55,6)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	6 (35,3)	10 (58,8)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	8 (32,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (22,6)	11 (35,5)	13 (41,9)
Regulação											
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	8 (42,1)	7 (36,8)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,2)	2 (12,5)	4 (25,0)	9 (56,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	6 (17,1)	15 (42,9)	13 (37,1)	Gerência Média	0 (0,0)	3 (6,3)	8 (16,7)	15 (31,2)	22 (45,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	1 (5,6)	2 (11,1)	7 (38,9)	8 (44,4)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	7 (41,2)	8 (47,1)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	3 (12,0)	6 (24,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,4)	5 (16,1)	13 (41,9)	11 (35,5)
Sistemas de saúde suplementar											
Administradores	0 (0,0)	2 (10,6)	2 (10,5)	6 (31,6)	9 (47,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (55,6)	4 (44,4)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	3 (18,7)	1 (6,2)	5 (31,2)	7 (43,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	10 (28,6)	12 (34,3)	12 (34,3)	Gerência Média	0 (0,0)	3 (6,3)	10 (20,8)	16 (33,3)	19 (39,6)
Enfermeiros	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	5 (27,8)	8 (44,4)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	5 (29,4)	10 (58,8)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,0)	16 (64,0)	5 (20,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	4 (12,9)	9 (29,0)	13 (41,9)	5 (16,1)
Controle social e instâncias de gestão											
Administradores	0 (0,0)	2 (10,5)	7 (36,8)	5 (26,3)	5 (26,3)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	2 (22,2)	5 (55,6)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	2 (12,4)	6 (37,5)	3 (18,8)	5 (31,2)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	4 (50,0)	3 (37,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	14 (40,0)	10 (26,6)	10 (28,6)	Gerência Média	0 (0,0)	2 (4,2)	20 (41,7)	10 (20,8)	16 (33,3)
Enfermeiros	0 (0,0)	1 (5,6)	5 (27,8)	4 (22,2)	8 (44,4)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (47,1)	4 (23,5)	5 (29,4)
Médicos	0 (0,0)	1 (4,0)	6 (24,0)	10 (40,0)	8 (32,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	5 (16,2)	7 (22,6)	12 (38,7)	7 (22,6)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações)

A tabela 17 demonstrou o resultado da avaliação das dimensões de conhecimento, entre as quais a **“Legislação”** foi apontada por 54,4% dos egressos, que a consideraram “indispensável”, e 28,1% como “muito importante”, o que soma **82,5%**. Somando-se os graus “muito importante” e “indispensável”, **87,6%** dos profissionais classificados como “demais categorias da área de saúde” foram os que mais valorizaram essa dimensão de conhecimento (tabela 17). Em relação à natureza do cargo, observou-se que 100% dos assessores/consultores e gerentes de topo consideraram o item como “muito importante” ou “indispensável”.

Quanto ao item de conhecimento **“Regulação”** (tabela 17), 45,6% dos egressos julgaram-no “indispensável” e 36% “muito importante”, o que soma **81,6%**. Considerando as categorias profissionais (tabela 17), observou-se que apenas os médicos e “demais categorias da área de saúde” julgaram, em mais de 50%, o item como “indispensável” (60% e 56,2%, respectivamente).

Somados os graus “muito importante” e “indispensável”, apenas os administradores apresentaram resultados inferiores a **80%**. No que se refere à natureza do cargo (tabela 17), apenas os gerentes de topo consideraram o item totalmente “indispensável” ou “muito importante” (**100%**). Somados os graus “muito importante” e “indispensável”, assessores/consultores e gerentes operacionais foram os que mais valorizam esse item (**88,9% e 88,3%**, respectivamente).

Para o item de conhecimento **“Sistemas de saúde suplementar”**, observou-se que os resultados dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançaram, respectivamente, 39,5% e 36%, o que soma 75% (tabela 17). Cinco consideraram o item pouco importante (4,4%). O item de conhecimento sobre sistemas de saúde suplementar não foi considerado “indispensável” em mais de 50% por nenhuma categoria profissional. Somados os graus “muito importante” e “indispensável”, somente alcançaram mais de 80% para administradores (83,5%) e “médicos” (80%). Quanto à distribuição por natureza do cargo, somente assessores/consultores e gerentes de topo consideraram o item totalmente “muito importante” ou “indispensável”. Os egressos em nível operacional foram os que menos valorizaram esse item de conhecimento.

Quanto ao item de conhecimento **“Controle social e instâncias de gestão”** (tabela 17), 31,6% dos egressos julgaram-no “indispensável” e 28,9%, “muito importante”, o que soma apenas **60,5%**. Quatro egressos consideraram o item “pouco importante”. Considerando as categorias profissionais, observou-se que médicos e enfermeiros valorizaram mais esse item, considerando a soma dos graus “muito

importante” e “indispensável” (**72% e 66,6%**, respectivamente). No que se refere à natureza do cargo, somados os graus “muito importante” e “indispensável”, assessores/consultores e gerentes operacionais foram os que mais valorizaram esse item (**77,8% e 87,5%**, respectivamente).

3.2.3 Perguntas abertas

A compilação das respostas às perguntas abertas foi feita buscando-se temas/palavras-chave que identificassem conteúdos similares, de forma a possibilitar certa agregação das opiniões.

A primeira pergunta aberta solicitava que os ex-alunos apontassem (considerando a listagem das dimensões de conhecimentos abordadas no questionário) outras dimensões de conhecimentos que teriam sido desenvolvidas no curso, mas não constavam na listagem e seriam importantes e necessárias para o desempenho das atividades práticas do gestor de saúde.

Do universo dos 114 egressos respondentes às questões fechadas do questionário, **88,5%** dos ex-alunos citaram conhecimentos diferenciados, **11,5%**, responderam que todos os conhecimentos desenvolvidos no curso constavam na listagem. Dos conhecimentos acrescentados nas respostas, alguns já estavam incluídos nos conteúdos dos blocos temáticos listados, e foram desenvolvidos em apresentação de seminários tais como: políticas estruturais do SUS (incluído em “sistema de saúde”); indicadores de saúde (incluídos em “construção e interpretação de indicadores e saúde”); qualidade da assistência à saúde (incluída em “gestão e avaliação da qualidade em saúde”); planejamento estratégico situacional (incluído em “planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde”); gestão por competência, (abordado em gestão de pessoas”) (tabela 16).

Das respostas às questões abertas, o conteúdo mais mencionado pelos ex-alunos foi a importância das aulas práticas citada por **78 egressos (68,43%**, tabela 18). As atividades de aulas práticas realizadas em instituições de saúde, foram destacadas como “conteúdo indispensável para ajustar integração teórico prático”. E ainda: “indispensável como método facilitador para identificação e compreensão das realidades contextuais da gestão dos serviços de saúde”; “é preciso conhecer na prática dos outros o que estamos aprendendo nas salas de aula”.

Outro aspecto destacado nas respostas da primeira questão trata da relação do conteúdo de conhecimentos com as necessidades de desempenho do nível gerencial onde o aluno esteja inserido (**12,28**, tabela 18): “os conteúdos são muitos de grande diversidade, preciso focar nas minhas necessidades, saber o que fazer na função que estou exercendo”; “só consigo me concentrar no aprendizado quando o tema me diz respeito”

Tabela 18: Primeira pergunta aberta “CONHECIMENTOS”, segundo os itens (temas/palavras-chave) citados pelos egressos

Dimensão de Conhecimento	Frequência	Porcentagem
Gestão por competência	2	1.75%
Políticas de saúde / organização e estruturas do SUS	2	1.75%
Avaliação da qualidade da assistência à saúde	2	1.75%
Planejamento Estratégico Situacional	3	2.64%
Aulas práticas/ identificação e compreensão do contexto	78	68.43%
Relação dos conhecimentos com o nível gerencial dos ex-alunos	14	12.28%
Todos os conhecimentos tratados no curso, foram listados	13	11.40%

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

A segunda questão aberta perguntava ao ex-aluno que outros conhecimentos ele identificava como necessários e importantes para o desempenho do gestor em saúde, que não foram abordados no curso.

Oitenta e sete ex-alunos (**76,31%**) responderam à pergunta, apontando conhecimentos ou atividades que julgaram necessárias e importante para o desempenho do gestor de saúde e não foram abordadas durante seus períodos de aprendizado no curso, (tabela 19). Para essa mesma questão 27, egressos representando **23,69%** do total de respondentes referiram já ter passado algum tempo e no que lhes parecia todos os conhecimentos importantes e necessários a suas práticas foram abordados no curso.

O destaque das respostas à segunda questão aberta (conforme tabela 19) não se enquadra como conhecimento não abordado, e sim como necessidade de reforçar o ensino prático, com a utilização de métodos específicos, pouco explorado no processo ensino/aprendizagem desenvolvido pelo curso. Para **54,38%** dos respondentes, a metodologia de ensino do curso deve “intensificar a prática com enfoque problematizador, trabalhando com situações voltadas para soluções de problemas”, ou seja com aplicação de “casos” que retratem as realidades cotidianas da gestão de saúde em todos os âmbitos (sistemas; serviços públicos e privados). Em suas respostas, os

egressos indicaram a necessidade de introdução de novas metodologias de aprendizagem tais como os jogos de empresa, “benchmarking” e observar conhecimentos, habilidades e atitudes pertinentes a cargos distintos.

Uma parcela significativa dos respondentes da segunda questão (17,5%, tabela 19) apontou a necessidade de repensar a programação da carga horária possibilitando o aprofundamento de alguns conhecimentos que embora estejam presente no conteúdo programático do curso o nível de abordagem não atende as necessidades práticas dos gestores, nesse sentido citaram temas como: **saúde do trabalhador; economia na saúde; administração financeira; legislação jurídica e direito administrativo, âmbito público e privado** (tabela 19).

Tabela 19 - Segunda pergunta aberta “CONHECIMENTOS”, segundo os itens (áreas/palavras-chave) citados pelos respondentes

<i>Item Conhecimento</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Reavaliação de carga horária/ aprofundamento de temas, tratados de forma superficial.	20	17,54%
Prática de problematização/ metodologia de “Casos” “Jogos”	62	54,38%
Metodologia de ensino/pesquisa	05	4,43
Não tinham nenhum conhecimento diferente a acrescentar	27	23,69

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações)

Na terceira pergunta aberta sobre os conhecimentos, buscou-se identificar quais itens listados no questionário os ex-alunos retirariam da grade curricular. Nesse ponto 58,57%, responderam que não retirariam nenhum tema do conteúdo programático, houve quem relacionasse a qualidade do curso com a grade curricular do mesmo. Vale destacar que, entre as propostas de mudanças, 17,54% referiram-se ao aumento de carga horária para aprofundar abordagem dos mesmos temas citados na resposta da segunda questão aberta. Outros (23,69%) mencionaram a necessidade de diminuir o foco da esfera pública e abranger mais o âmbito privado (tabela 20).

Tabela 20 - Terceira pergunta aberta “Conhecimentos”, com base em palavras-chave e citações dos egressos

Dimensões de Conhecimento	Frequência	Porcentagem
Não retiraria nenhum dos itens de conhecimento listados	67	58,67%
Reformulação da carga horária / aprofundamento de conhecimentos existente.	20	17,65%
Retiraria o foco do setor público e equilibraria com maior abordagem do privado	27	23,68%

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

3.2.4 Perguntas fechadas - dimensões de competências: habilidades

As respostas dos egressos sobre a avaliação do grau de importância das habilidades como dimensões de competência abordadas no processo de capacitação desenvolvido pelo curso apresentaram resultados equiparados em praticamente todos os itens da dimensão explícitos no questionário. A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” Item a item tem poucas variações, com valoração acima de **90%**.

Considerando os resultados levantados por categoria profissional, todos os respondentes médicos valorizaram todas as dimensões de habilidades listadas como muito importante e indispensáveis (somaram **100%**), com exceção das habilidades de gerenciar programas e pesquisas, identificar novas lideranças e ter capacidade de síntese, valorizados em **96%**. As demais categorias profissionais (administrador, enfermeiros, etc.) conferiram grau de importância acima de **80%** (quando somados “muito importante” e “indispensável”), com pequenas variações, tais como os profissionais de formação fora da área de saúde, que imputam **77,2%** à necessidade de se ter capacidade de síntese.

Nos resultados levantados pela natureza do cargo, as dimensões “habilidades” apresentaram valores acima de **90%**, mas notou-se que o nível operacional não valorizou alguma habilidade com a mesma ênfase que as demais funções. Assim, possuir visão sistêmica; promover o uso do planejamento como prático gerencial; negociação com equipe, superiores e usuários; gerenciar programas e pesquisas; identificar novas lideranças e capacidade de síntese encontraram **70 a 80%** de valoração, permitindo inferir que essas dimensões estejam distante do perfil do nível operacional. Todos os itens na gerência de topo e assessoria/consultoria se encontram em **100%**.

3.2.5 Respostas perguntas fechadas dimensões de competências: habilidades

Resultado das respostas dos egressos as perguntas fechadas, explícitas no questionário, sobre o grau de importância das habilidades enquanto dimensão de competência abordado no Curso de Especialização em Gestão em Saúde do IMS/UERJ.

Os seguintes resultados foram observados em cada item de dimensão listado, conforme **tabelas 21, 22, 23 e 24**.

3.2.5.1 Comunicar-se com a equipe e usuário

A soma dos graus indispensáveis e muito importante e alcançaram **96,5%** das opiniões dos egressos **como resultado global**. No resultado por categoria profissional, o destaque é para médicos e enfermeiros, que em sua totalidade apontaram essa habilidade como muito importante e indispensável. Para as demais categorias, os resultados ficaram entre **84,3% a 94,5%** de opções por “muito importante” e “indispensável” (tabela 21). As considerações de “importantes” foram dos administradores, e das demais categorias da saúde e fora da área de saúde.

No resultado por natureza do cargo, o destaque foi com a gerência de topo e gerência operacional, que em suas totalidades consideraram essa habilidade muito importante e indispensável. Nos demais cargos (assessoria/consultoria, gerência média e nível operacional), **93,7%** classificaram a habilidade como muito importante e indispensável (tabela 21).

Tabela 21 - Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Comunicar-se com a equipe e usuário											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	15 (78,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	3 (18,8)	12 (75,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	4 (50,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	7 (20,0)	26 (74,3)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,3)	10 (20,8)	35 (72,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	15 (88,2)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (20,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	5 (16,1)	25 (80,6)
Identificar problemas											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	1 (5,3)	16 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	12 (75,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (11,4)	9 (25,7)	22 (62,9)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	11 (22,9)	35 (72,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (20,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	6 (19,4)	20 (64,5)
Solucionar problemas											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (21,1)	15 (78,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (100,0)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,6)	1 (6,3)	13 (81,3)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	11 (31,4)	22 (62,9)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	9 (18,8)	37 (77,1)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	24 (96,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	10 (32,3)	18 (58,1)
Criar e inovar no seu trabalho em equipe											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	7 (36,8)	11 (57,9)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (12,6)	2 (12,5)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	12 (34,3)	20 (57,1)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	3 (6,3)	15 (31,3)	29 (60,4)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	7 (38,9)	9 (50,0)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)	13 (76,5)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	19 (76,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	12 (38,7)	14 (45,2)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações).

3.2.5.2 Habilidade para identificar problemas

Nessa dimensão, a soma muito importante e indispensável alcançou **93,9%** como **resultado global**. Apenas seis respondentes (5,3%) classificaram importantes.

No resultado por categoria profissional, a totalidade de médicos, enfermeiros e as categorias pertencentes à área de saúde consideraram a habilidade muito importante e indispensável. Administradores e as categorias fora da área de saúde somaram em **89,3%** e **88,6%**, respectivamente, suas opções em “muito importante” e “indispensável”.

No resultado visto pela natureza do cargo, observou-se que o nível operacional e a gerência média perfizeram **83,9%** e **95,8%**, respectivamente, na soma de muito importante e indispensável. Assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional destacaram-se, optando 100% por muito importante e indispensável (tabela 21).

3.2.5.3 Dimensão de habilidade para solucionar problemas

Dentre os egressos, **95,6%** apontaram o **resultado global** com a soma de muito importante e indispensável. Apenas cinco julgaram essa dimensão importante (4,4%). Segundo a categoria profissional, a valoração dos médicos, enfermeiros e administradores foi de **100%**, considerando a soma de “muito importante” e “indispensável”. As demais categorias da saúde e fora da área de saúde se situaram entre **87,6%** e **94,3%**, respectivamente, nas mesmas considerações. Segundo a natureza do cargo, assessoria/consultoria e gerência de topo somaram o resultado global em 100%. Gerência média e nível operacional imputaram **95,9%** e **90,4%**, respectivamente (tabela 21).

3.2.5.4 Dimensão de habilidade para criar e inovar no seu trabalho em equipe

O resultado global com a soma de muito importante (30,7%) e indispensável. (61,4) alcançou o total de **92,1%**. Segundo a categoria profissional, **100%** dos médicos registraram na soma dos graus de “muito importante” e “indispensável”, as demais categorias situaram-se entre **81,3%** (demais categorias da saúde) a **94,7%**. Quanto à natureza do cargo, as funções de assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência

operacional alcançaram **100%** na soma dos graus de muito importante e indispensável: **91,7%** da gerência média e **81,9%**. Do nível operacional fecharam com a soma das mesmas graus de importância acima citados (tabela 21).

3.2.5.5 Habilidade de identificar oportunidades positivas

A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” alcançou **93%**. Seis egressos (9,3%) acharam importantes. Na avaliação por categoria profissional, o destaque foi nos 100% dado pelos médicos, na soma desses itens (indispensável e muito importante). As demais categorias profissionais ficaram entre o percentual de **87,6% a 94,8%**. Quanto à natureza do cargo, todos ficaram acima de 90%, com destaque para assessoria e/consultoria e gerência de topo, ambas com 100% na soma dos graus “muito importante” e “indispensável”, conforme **tabela 22**, apresentada a seguir.

3.2.5.6 Habilidade de desenvolver o trabalho em equipe

O resultado global se apresenta como a soma muito importante com indispensável totalizando **93,9%** das opiniões dos egressos. No levantamento por categoria profissional, enfermeiros e médicos apontaram em 100% a soma dos graus de “muito importante” e “indispensável”. As demais categorias situaram entre **85,7% e 94,7%**.

A verificação por natureza do cargo aponta **100%** das opiniões das funções: assessoria/consultoria, gerência de topo, acompanhados da gerência operacional. Gerência média imputou **89,6%** às valorações de “muito importante” e “indispensável” e o nível operacional situou-se em **93,5%** das opiniões (tabela 22).

Tabela 22 (CONT.) - Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Identificar oportunidades positivas											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	4 (21,1)	14 (73,7)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (6,3)	3 (18,8)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (11,4)	7 (20,0)	24 (68,6)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	3 (6,3)	6 (12,5)	38 (79,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,0)	21 (84,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	13 (41,9)	15 (48,4)
Desenvolver o trabalho em equipe											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	5 (26,3)	13 (68,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (12,5)	13 (81,3)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (14,3)	7 (20,0)	23 (65,7)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (10,4)	10 (20,8)	33 (68,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (27,8)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (17,6)	14 (82,4)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (20,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	9 (29,0)	20 (64,5)
Promover e manter relacionamento profissional com a equipe e o usuário											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	4 (21,1)	13 (68,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	12 (75,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	12 (34,3)	20 (57,1)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,3)	11 (22,9)	34 (70,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	17 (94,4)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (100,0)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	23 (92,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	10 (32,3)	19 (61,3)
Possuir visão sistêmica											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	3 (15,8)	13 (68,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	14 (87,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (20,0)	4 (11,4)	24 (68,6)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,3)	5 (10,4)	40 (83,3)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	24 (96,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	10 (32,3)	16 (51,6)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações)

3.2.5.7 Habilidade de promover e manter relacionamento profissional com a equipe e o usuário

A soma de “muito importante” com “indispensável” atingiu **95,6%**, perfazendo **o resultado global**. A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” vista por categoria profissional (médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde) alcançou **100%** das opiniões dessas categorias. Nas demais categorias fora da área da saúde e os administradores, **91,4%** e **89,1%**, respectivamente, desses profissionais opinaram com a valoração de “muito importante” e “indispensável”.

Na soma dos mesmos graus acima verificados pela natureza do cargo, todos registraram valores acima **de 93%**, apontados por todas as funções, com relevância para assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional, que em suas totalidades consideram essa habilidade muito importante e indispensável (tabela 22).

3.2.5.8 Habilidade de possuir visão sistêmica

No resultado global, observou-se que **91,2%** dos egressos consideraram essa habilidade como muito importante e indispensável. No resultado por categoria profissional, todos os profissionais da área da saúde, em **100%**, consideraram, esse item como muito importante e indispensável, ao passo que **84,2%** dos administradores consideraram muito importante e indispensável e **80%** dos demais profissionais fora da área de saúde consideraram esse item muito importante e indispensável.

Quanto ao resultado por natureza do cargo, o destaque ficou com o nível operacional, que conferiu menor valoração comparado com os demais: **77,4%**. Assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional atingiram **100%**. (conforme apresentado na tabela 22).

3.2.5.9 Habilidade de promover o uso do planejamento como prática gerencial

O resultado global, somando-se “muito importante” e “indispensável”, alcançou **93%**. Visto por categoria profissional, **100%** dos enfermeiros e médicos conferiram os graus de importância mais elevados a essa habilidade. Os demais profissionais fora da área de saúde em **93,2%** têm as mesmas considerações. Os demais profissionais na área de saúde em **89,5%** consideraram essa habilidade muito

importante e indispensável, assim como **85,7%** dos administradores também marcaram as mesmas opções.

Quanto à natureza do cargo: assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional registraram em **100%** suas considerações de maior importância dessa habilidade. A gerência média em **93,7%**, e o nível operacional em **83,9%**, entendem essa habilidade nos maiores graus de importância (conforme registro na tabela 23).

3.2.5.10 Habilidade de negociação com a equipe, superiores e usuários

No resultado global, registraram-se **93,9%**. No resultado por categoria profissional, enfermeiros e médicos mantêm destaque de **100%** na soma de “muito importante” com “indispensável”. Administradores e demais categorias situaram entre **87,5% a 91,4%**.

Visto pela natureza do cargo: assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional atingiram 100% na valorização. Gerência média, 95,8%; nível operacional, 83,9%, conforme **tabela 23**.

3.2.5.11 Habilidade de negociação com a equipe, superiores e usuários

No resultado global, registraram-se **93,9%** e apenas um egresso entendeu o item como pouco importante.

No resultado por categoria profissional: enfermeiros e médicos mantêm destaque de **100%** na soma muito importante com indispensável. Administradores e demais categorias situaram entre **87,5% a 91,4%**.

Visto pela natureza do cargo: assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional atingiram 100% na valorização. Gerência média, 95,8%; nível operacional, 83,9%, conforme apresentado **na tabela 23**.

Tabela 23 - Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Promover o uso do planejamento como prática gerencial											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	5 (26,3)	12 (63,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	5 (31,3)	10 (62,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (14,3)	6 (17,1)	24 (68,6)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	2 (4,2)	11 (22,9)	34 (70,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,6)	21 (84,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	10 (32,3)	16 (51,6)
Negociação com a equipe, superiores e usuários											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	5 (26,3)	12 (63,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,6)	4 (25,0)	10 (62,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	2 (5,7)	11 (31,4)	21 (60,0)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	15 (31,3)	31 (64,6)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	14 (77,8)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (17,6)	14 (82,4)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (28,0)	18 (72,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	4 (11,9)	11 (35,5)	15 (48,4)
Gerenciar programas e pesquisas											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	4 (21,1)	13 (68,4)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,1)	1 (6,3)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (11,4)	13 (37,1)	18 (51,4)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (12,5)	9 (18,8)	33 (68,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	2 (11,1)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	7 (28,0)	17 (68,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	7 (22,6)	15 (48,4)	8 (25,8)
Liderar a equipe de trabalho											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)	0 (0,0)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (12,5)	13 (81,3)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	6 (17,1)	10 (28,6)	18 (51,4)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,3)	9 (18,8)	36 (75,0)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (27,8)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	16 (94,1)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,6)	21 (84,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	5 (16,1)	11 (35,5)	14 (45,2)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações)

3.2.5.12 Habilidade para gerenciar programas e pesquisas

O resultado global alcançou **87,7%**, somados o grau “muito importante” e “indispensável”. Esse resultado já foi destacado por situar-se abaixo de 90%, como se comportaram os demais resultados globais.

Quando visto por categoria profissional, esse resultado também destoa dos anteriores, quando os enfermeiros (**83,3%**) e médicos (**96%**), registraram, nesse item, abaixo dos 100% habituais, se comparados aos demais itens de habilidade. Os demais profissionais ficaram com **89,5%** nos administradores, **88,5%** daqueles fora da área de saúde e **75,1%** os demais profissionais inseridos na área de saúde.

Quanto à natureza do cargo, nível operacional e gerência média deram menor destaque: **74,2%** e **87,6%**, respectivamente. Assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional em 100% opinaram pelos maiores graus de importância para essa habilidade (**tabela 23**).

3.2.5.13 Habilidade de liderar a equipe de trabalho

No **resultado global** desse item, **92,1%** dos egressos computaram na soma de “muito importante” e “indispensável”. Visto por categoria profissional, **100%** dos enfermeiros e médicos mantiveram a valorização máxima dessa dimensão de habilidade. Para os demais: **94,7%**, dos administradores, **93,8%** dos profissionais da área de saúde e **80%** das demais categorias fora da saúde (nessa categoria, seis egressos acharam importante: 17,1%).

Na verificação pela natureza do cargo, o resultado se mantém no padrão dos itens anteriores: **100%** assessores/consultores, gerente de topo e gerente operacional conferiram grau máximo de valoração, assim como **93,8%** da gerência média e **80,7%** do nível operacional, que computaram pelo maior valoração (**tabela 23**).

3.2.5.14 Habilidade de identificar novas lideranças na equipe de trabalho

O **resultado global** representado na soma de “muito importante” e “indispensável” alcança **90,3%**. No que se refere à categoria profissional, os médicos entenderam em 96%, enfermeiros em 88,9%, administradores em 94,7%, profissionais da saúde 87,6% e fora da saúde, 85,7% valorizaram essa habilidade nos graus mais

elevados. Visto pela natureza do cargo: 100% das assessoria/consultoria, gerência de topo e gerência operacional optaram pelo grau máximo de valoração; 95,8% da gerência média marcaram o grau máximo de “muito importante” e “indispensável”. O destaque fica com o nível operacional, que em seu conjunto valoriza menos essa habilidade **74,2%** (tabela 24).

3.2.5.15 Habilidade ter capacidade de síntese

O resultado global dessa dimensão ficou representado por 87,7% da opinião dos egressos, somando-se os graus “muito importante” e “indispensável”. Por categoria profissional, **96%** dos médicos, **94,8%** dos administradores e **94,5%** dos enfermeiros marcaram essa habilidade como muito importante e indispensável. O destaque foi dado pelos demais profissionais da saúde, com 81,3%, conferindo valoração máxima, seguidos dos 77,2% dos profissionais fora da área de saúde. Vistos pela natureza do cargo, 100% dos assessores/consultores, gerentes de topo e gerentes operacionais mantiveram as opções de muito importante e indispensável; 87,5% da gerência média e 74,5% do nível operacional fizeram o mesmo (tabela 24).

Tabela 24 - Avaliação de importância das dimensões de HABILIDADES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

Categoria Profissional					
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Identificar novas lideranças na equipe de trabalho					
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	8 (42,1)	10 (52,6)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,6)	5 (31,3)	9 (56,3)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	4 (11,4)	11 (31,4)	19 (54,3)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	4 (22,2)	12 (66)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	5 (20,0)	19 (76,0)
Capacidade de síntese					
Administradores	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	4 (21,1)	14 (73,7)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (2,6)	2 (12,5)	11 (68,8)
Fora da Saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	7 (20,0)	3 (8,6)	24 (68,6)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	14 (77,8)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	6 (24,0)	18 (72,0)
Natureza do Cargo					
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Identificar novas lideranças na equipe de trabalho					
Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)
Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,3)	14 (29,2)	31 (64,6)
Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (29,4)	12 (70,6)
Nível Operacional	1 (3,2)	0 (0,0)	7 (22,6)	10 (32,3)	13 (41,9)
Capacidade de síntese					
Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	5 (10,4)	5 (10,4)	37 (77,1)
Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	15 (88,2)
Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,5)	6 (19,3)	8 (25,8)	15 (48,4)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações).

3.2.6 Resultado das perguntas abertas sobre a dimensão de competência, habilidade

Considerando as palavras-chave e citações, as repostas dos egressos às perguntas abertas sobre a dimensão de competência habilidades tiveram a seguinte conformação:

Na primeira questão, “Que outras dimensões de competência retida como habilidades identificadas como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, foram abordados no curso e não constavam na listagem apresentada no questionário?”, **33,3%** dos egressos referiram dificuldades de lembrar outras habilidades abordadas fora da lista apresentada. Entretanto, respondendo à mesma questão, outros **46,49%** apontaram outras habilidades abordadas no decorrer das atividades do curso (tabela 25). Ainda na mesma questão, **11,40%** responderam repetindo as mesmas habilidades listadas no questionário com palavras diferentes. Outro tipo de equívoco ocorreu com **8,81%** dos respondentes quando citaram dimensões conhecimentos e atitudes em lugar de dimensões habilidades.

Tabela 25 - Primeira questão aberta				
<i>Classificação</i>	<i>Respostas, a questão aberta sobre outras habilidades tratadas no curso, mas não listada no questionário</i>		<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Não citaram outras	Não lembra de outras que não estejam listadas		38	33,30
Outras habilidades além das listadas	Escuta dos atores do processo		10	8,81
	Criar condições para fazer acontecer		04	3,50
	Saber administrar conflitos.		06	5,24
	Ter diplomacia e ter tática.		06	5,24
	Ter flexibilidade		06	5,24
	Se fazer entender, saber comunicar-se		03	2,65
	Administrar situações adversa e/ou inusitada.		08	7,00
	Habilidade de argumentar, saber convencer		10	8,81
		53	46,49%	
<i>Classificação</i>	<i>Questionário</i>	<i>Respostas</i>		
Habilidades repetidas da Listagem	Criar e inovar no seu trabalho e equipe.	Capacidade criativa.	03	2,65
	Negociação com equipe, Superiores e usuários	Negociar contratos.	02	1,75
	Identificar e solucionar problemas	Identificar e solucionar problemas.	02	1,75
	Gerenciar programas e pesquisas.	Gerenciar programas e pesquisas.	02	1,75
	Planejamento como prática gerencial.	Planejamento como prática gerencial.	03	2,65
	Liderança.	Liderança.	01	0,85
			13	11,40%
<i>Classificação</i>	<i>Respostas:</i>			
Dimensões de conhecimento listados	Conhecimento do SUS.		01	0,85
	Sistemas de Informação.		01	0,85
	Legislação		02	1,75
Dimensões de Atitudes Listados	Honestidade		02	1,75
	Voluntarismo.		02	1,75
	Sentimento de cultura organizacional		01	0,85
	Avaliação permanente das ações.		01	0,85

		10	8,81%
--	--	----	-------

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

A segunda questão aberta foi: “Que outras HABILIDADES você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, que não foram abordados no curso?”

As respostas dos egressos seguiram o padrão das respostas à questão anterior: **20,17%** dos respondentes julgaram que as habilidades necessárias foram abordadas no decorrer do curso e não lhes ocorriam outros exemplos fora da listagem apresentada; **30,70%** responderam com exemplos que se confundem com atitudes, seguindo a formulação das respostas. Como na questão anterior, tais respostas não atendem exatamente ao teor da pergunta, mas oferecem alguma abrangência sobre a visão dos egressos em relação às necessidades do gestor em relação à absorção das dimensões de competências que facilitem a prática profissional; **49,12%** responderam com outras habilidades, não abordadas no curso, mas necessárias desempenho do gestor de saúde, com destaque para o item “desenvolver estratégias alternativas em situações de riscos...”, conforme a tabela 26.

Tabela 26 - Segunda questão aberta			
<i>Classificação</i>	<i>Respostas a questão aberta sobre outras habilidades identificadas Como necessária para o desempenho do gestor de sistemas e Serviços de saúde, mas não abordadas no curso:</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Não indicaram outras fora da listagem	As habilidades necessárias ao gestor Constavam na listagem	23	20,17
Habilidades necessárias ao gestor e não foram abordadas no curso	Capacidade de mudar (assimilar mudanças).	05	4,42
	Demonstrar segurança (inspirar confiança).	04	3,50
	Dominar espírito autoritário (necessidade de demonstrar poder)	08	7,00
	Versatilidade para trabalhar com núcleo duro do poder	06	5,24
	Desenvolver estratégias alternativas em situações de riscos, escassez de recursos e adversidades	10	8,81
	Capacidade de agir em situações de urgência e emergência	12	10,52
	Capacidade de descobrir fontes de competitividade para si e para organização.	05	4,39
	Habilidade em trabalhar com os avanços da TI	06	5,24
		56	49,12%
<i>Classificação</i>	<i>Respostas</i>		
Atitudes como dimensões de competência Listados	Competência emocional:autocontrole; humildade para lidar com críticas; ser tolerante; ser paciente;	14	12,28
	Compartilhar informações e conhecimentos	5	4,44
	Ser ético, para coerência da qualidade	2	2,65
	Dominar vaidades; cultivar a modéstia	3	2,65
	Considerar diferentes versões dos fatos	3	1,75

	Respeitar o outro	6	5,24
	Disposição, doação de si e dedicação frente a instituição	2	2,65
		35	30,70%

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

3.2.7 Resultado do questionário dos egressos sobre a dimensão de competências “Atitude”: perguntas fechadas

No cômputo geral dos resultados das respostas dos egressos sobre as dimensões de competência compreendidas nas atitudes listadas, todas foram acatadas como muito importantes e indispensáveis por mais de 80% dos respondentes. Como se pode observar nas tabelas que se seguem, a atitude mais pontuada pelos egressos nos graus máximos de importância foi a de ter compromisso com as necessidades do usuário (**95,6%**), seguida de ser negociador (**95,6%**) e ser aberto ao diálogo e saber ouvir (**94,7%**, resultado global).

3.2.7.1 Atitude de agir com otimismo

No resultado global, essa dimensão alcançou **84,2%**. Conforme convencionado nas apresentações dos resultados anteriores, o resultado global refere-se à soma dos graus “indispensável e “muito importante”. No cômputo geral, apenas um egresso julgou esse item nada importante, e sete julgaram pouco importante. Vale sinalizar que essa atitude foi a menos pontuada no resultado global entre todas as outras atitudes listadas.

A tabela 27 apresenta os graus pontuados por categoria profissional. A soma dos graus “muito importante” e “indispensável” perfaz um resultado superior a **80%** em todas as categorias profissionais. Dos 114 respondentes, 16 destoaram desse resultado, tendo um deles classificado o item como “nada importante”. Trata-se de profissional da área de saúde, fora da categoria médica e enfermagem, exercendo a função em cargo de “gerência média” (tabela 27). Dois administradores, que desempenham suas funções na “gerência média, pontuaram como pouco importante. Outros 15 respondentes que apontaram o item como “importante”, cinco deles são profissionais de formação fora da área de saúde atuando no “nível operacional”, três são enfermeiros, cinco são médicos e dois são “demais profissionais da área de saúde”, atuando em gerência operacional e nível operacional.

Na verificação pela natureza do cargo, o destaque fica com os profissionais que exercem função nos cargos de “gerência de topo” e “consultoria e assessoria”, que julgaram em sua totalidade (**100%**) o item como indispensável.

3.2.7.2 Atitude de ter compromisso com os objetivos

O resultado global é de **92,9%** (79% dos egressos respondentes apontaram-no como indispensável e 13,5% marcaram-no como “muito importante”).

No resultado por categoria profissional, **97,1%** dos profissionais fora da área de saúde e **96%** dos médicos consideraram o item “muito importante” e “indispensável”. E no resultado visto pela natureza do cargo, **100%** dos consultores/assessores e gerentes de topo consideraram o item como indispensável e muito importante (tabela 27).

3.2.7.3 Atitude de ter compromisso com as necessidades do usuário

O resultado global aponta que **95,6%** dos egressos referem o item como muito importante e indispensável (tabela 27). Sinaliza-se apenas uma resposta como “pouco importante” de profissional das “demais categorias da área de saúde” exercendo função de gerência média.

Visto por categoria profissional, **100%** dos enfermeiros e **96,00%** dos médicos pontuaram como muito importante e indispensável, seguidos de **94,7%** dos administradores; **93,80%** de profissionais da área de saúde e de **93,11%** dos profissionais de formação fora da área de saúde. E visto pelo ângulo da natureza do cargo, **100%** das funções, consultorias e gerência de topo classificaram essa atitude como muito importante e indispensável, seguidos de **98,8%** dos cargos de gerência operacional, e de **98,0%** dos ocupantes de cargos em gerência média e **93,50%** do nível operacional (tabela 27).

3.2.7.4 Atitude de ser “negociador”

Nessa dimensão de competência, o resultado global das opções “muito importante” e “indispensável” alcança **95,6%** (tabela 27). Dois egressos consideraram o item pouco importante. Considerando a formação profissional, **100%**, com exceção dos profissionais de formação fora da área de saúde (**94,3**) pontuaram o item como “muito importante” ou

“indispensável”. Quanto ao resultado por natureza do cargo, 100% os assessores/ consultores e gerentes de topo, gerência operacional consideraram o item como muito importante ou indispensável; 98% da gerência média e 87% do nível operacional foram da mesma opinião, conforme apresentado na tabela 27.

3.2.7.5 Atitude de ser aberto as mudanças

O resultado global das respostas dos egressos para essa dimensão apontou que **90,30%** dos respondentes consideram a atitude muito importante e indispensável.

O resultado por categoria profissional revelou que **100%** dos profissionais de saúde e enfermeiros pontuaram essa atitude como muito importante e indispensável, sendo seguidos de **99,7%** dos médicos com a mesma avaliação. As pontuações menores ficaram com **89,4%** dos administradores e **85%** dos profissionais fora da área de saúde.

O resultado por natureza do cargo revelou que **100%** dos que ocupam funções em assessoria/ consultoria, gerência de topo, gerência média e gerência operacional consideraram essa atitude muito importante e indispensável; e **80,6%** dos que ocupam função em nível operacional também foram da mesma opinião (tabela 28).

3.2.7.6 Atitude “ser aberto ao dialogo e saber ouvir”

O resultado global foi considerado por **94,7%** dos egressos como “muito importante” ou “indispensável” (tabela 28). Considerando a formação profissional, todas as categorias, em mais de 97% (100% dos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e administradores), julgaram essa atitude como “muito importante” ou “indispensável”.

Na avaliação por natureza do cargo, assessores/consultores e gerentes de topo, gerência média e gerência operacional em sua totalidade julgaram o item como muito importante ou indispensável; e **90,3%** dos egressos em funções de nível operacional foram da mesma opinião (tabela 28).

Tabela 27 - Avaliação da importância das dimensões de ATITUDES segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde. IMS/UERJ 2000-2007

	Categoria Profissional						Natureza do Cargo				
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Agir com otimismo											
Administradores	0 (0,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (5,3)	6 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	1 (6,3)	0 (0,0)	2 (12,5)	3 (18,8)	10 (62,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (14,3)	4 (11,4)	26 (74,3)	Gerência Média	1 (2,1)	1 (2,1)	7 (14,6)	8 (16,70)	31 (64,6)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	4 (22,2)	11 (61,1)	Gerência Operacional	0 (0,0)	2 (11,8)	1 (5,9)	1 (5,9)	13 (76,5)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (20,0)	5 (20,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,40)	4 (12,9)	6 (19,4)	19 (61,3)
Compromisso com os objetivos da instituição											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	1(6,3)	14 (87,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	7 (20,0)	27 (77,1)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,4)	6 (12,5)	38 (79,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	2 (11,1)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	2 (11,8)	0 (0,0)	1 (5,9)	14 (82,4)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (3,2)	7 (22,6)	22 (71,0)
Compromisso com as necessidades do usuário											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	14 (87,5)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	4 (11,4)	29 (82,9)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	3 (6,3)	2 (4,2)	42 (87,5)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (11,2)	16 (88,9)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	0 (0,0)	15 (88,2)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	23 (92,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	4 (2,9)	25 (80,6)
Negociador											
Administradores	0 (0,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	3 (15,8)	14 (73,7)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	11 (31,4)	22 (62,9)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	2 (4,2)	12 (25,0)	33 (68,8)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,2)	4 (22,2)	12 (66,7)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	3 (17,6)	12 (70,6)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	8 (32,0)	15 (60,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	1 (3,2)	3 (9,7)	12 (38,7)	15 (48,4)

Fonte: Avaliação de Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde (com adaptações).

3.2.7.7 A atitude “compromisso com o trabalho em equipe”

Dentre os egressos, **96,40%** classificaram essa atitude como “muito importante” ou indispensável”. Na tabela 28, observa-se que **100%** dos administradores, profissionais da área de saúde e enfermeiros pontuaram essa atitude como muito importante e indispensável, seguidos de “demais categorias fora da área de saúde” (**91,4%**) e os médicos (**96%**).

Considerando o resultado pela natureza do cargo que exercem, 100% dos assessores/consultores, gerentes de topo, gerentes médios e gerentes operacionais pontuaram como “muito importante” e “indispensável”, seguidos do nível operacional (87,10%), segundo a mesma tabela.

3.2.7.8 Atitude de “processar críticas”

No resultado global, **93,00%** dos egressos julgaram essa atitude como “muito importante” e indispensável”. Já no resultado por categorias profissionais, 100% dos administradores profissionais de saúde e enfermeiros valorizaram essa atitude nos graus mais elevados, seguidos dos médicos (92,00%). Os profissionais de formação fora da área de saúde (92%,) também julgaram “muito importante” e indispensável”. Vale sinalizar que três egressos com formação fora da área de saúde, um situado na gerência média e dois no nível operacional, consideraram essa atitude pouco importante (tabela 27).

Considerando a natureza do cargo que exercem, destaca-se que 100% dos gerentes de topo, assessores/consultores e gerência operacional julgaram o item como indispensável e muito importante, seguidos de 98,0% da gerência média e 93,6% do nível operacional, que emitiram a mesma avaliação (tabela 28).

3.2.7.9 Atitude de “motivar a equipe”

No resultado global, **93,00%** dos egressos classificaram como “muito importante” ou “indispensável” (tabela 28). Dentre as categorias profissionais, as que mais valorizaram essa atitude no resultado global estão os enfermeiros, em **100%**, médicos em 96,00% e administradores em **94,8%** e 96% (tabela 28).

Quanto ao resultado visto por cargo, 100,00% dos assessores/consultores, gerentes de topo e gerência média consideraram o item como “muito importante” ou “indispensável”, seguidos dos gerentes médios (95,9%), ainda na tabela 28.

Tabela 28 – Avaliação de importância das dimensões de ATITUDE, segundo a percepção dos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde IMS/UERJ. 2000/2007

	Categoria Profissional Natureza do Cargo										
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Indispensável
Ser aberto às mudanças											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (10,5)	15 (78,0)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	5 (31,3)	11 (68,8)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (14,3)	4 (11,4)	26 (74,3)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (27,1)	35 (72,9)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7(38,6)	11 (61,1)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (35,3)	11 (64,7)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	4 (16,0)	19 (76,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (19,4)	5 (16,1)	20 (64,5)
Ser aberto ao dialogo e saber ouvir											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	16 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	13 (81,3)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	9 (25,7)	25 (71,4)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (20,9)	38 (79,2)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (27,8)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	3 (17,7)	14 (82,4)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,6)	5 (20,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	8 (25,8)	20 (64,5)
Compromisso com o trabalho em equipe											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	16 (84,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (26,1)	12 (75,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	6 (17,1)	26 (74,3)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	9 (18,8)	39 (81,3)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,2)	5 (27,8)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	3 (17,7)	14 (82,4)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1(4,0)	2 (8,00)	22 (88,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,9)	7 (22,6)	20 (64)
Processar críticas											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,00)	7 (36,8)	12 (63,2)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	8 (88,9)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (18,8)	7 (43,8)	9 (56,3)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	3 (8,6)	3 (8,6)	14 (40,0)	18 (51,4)	Gerência Média	0 (0,0)	1 (2,1)	3 (6,3)	16 (33,4)	31 (64,6)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,2)	5 (27,9)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	6 (35,3)	11 (64,7)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	20 (80,0)	Nível Operacional	0 (0,0)	2 (6,5)	5 (16,0)	10 (32,3)	14 (45,2)
Motivar a equipe											
Administradores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	17 (89,5)	Assessoria/Consultoria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (100,0)
Profissionais da Saúde	0 (0,0)	1(6,3)	0 (0,0)	2 (12,5)	12 (75,0)	Gerência de Topo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Fora da Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	7 (20,0)	24 (68,6)	Gerência Média	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	11 (22,9)	37 (77,1)
Enfermeiros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (27,7)	13 (72,2)	Gerência Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	13 (76,5)
Médicos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	21 (84,2)	Nível Operacional	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (22,6)	4 (12,9)	20 (64,5)

Fonte: avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

3.2.8 Resultado das respostas dos egressos as duas questões abertas sobre a dimensão de competência “Atitude”

Sobre a primeira questão, cujo teor indagava a opinião do egresso sobre outras dimensões de competência compreendidas como atitudes que tivessem sido abordadas no curso e não constasse na lista apresentada no questionário, os achados foram os seguintes: **30,70%** dos egressos responderam que não lhes ocorria outros exemplos, algumas respostas colocavam ênfase no aproveitamento do aprendizado: “acho que as atitudes descritas, abrangem bem as atitudes de um gerente de serviços e sistemas, com esse aprendizado, pude implementar com segurança diversos conteúdos visto no curso”. Na sequência dos resultados, **33,30%** responderam, repetindo as citações registradas na resposta da segunda pergunta aberta referente à dimensão de habilidades (tabela 26). Dentre as respostas, o destaque por ordem de frequência foi para **as atitudes necessárias para consistência da competência emocional** (tabela 29): “essas atitudes não estavam citadas exatamente dessa maneira, mas muitas vezes foram abordadas no contexto das discussões dos casos, porque agente sempre buscava essa questão da competência emocional”.

As atitudes de “**respeito ao outro**” e “**compartilhar informações e...**” também se destacam nessa resposta, conforme a tabela 29. Na mesma questão, **24,50%** dos respondentes apontaram outras atitudes que, segundo eles, não constavam na listagem do questionário. Desta feita, o destaque de maior frequência foi para atitude de ser “**seguro de si**”, onde alguns realçaram a dependência dos portadores dessa atitude: “ser seguro de si, para tanto é preciso conhecer e entender o trabalho de todas as equipes que estão sob sua gestão, conhecer técnica e cientificamente a área que gerencia”. Entre as respostas, foi também destacada a atitude de “colocar-se no lugar do outro”.

Completando o universo dos respondentes, **11,40%** apontaram atitudes que já constavam na listagem do questionário, com destaque de frequência para as atitudes de compromisso com trabalho em equipe; atitude de conciliador e de compromisso com os objetivos do usuário, conforme descrição na tabela 29

Tabela 29	Respostas à primeira pergunta aberta – Dimensão atitude		
<i>Classificação</i>	<i>1ª questão aberta sobre outras atitudes tratadas no curso, mas não listada no questionário</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>Não houve citações de outras atitudes fora das listadas no questionário</i>	<i>“As atitudes descritas na listagem abrangem todas as atitudes de um gerente de serviços e sistemas de saúde”...</i>	35	30,70%
		35	30,70%
<i>Citações de atitudes não listadas mas já apontadas na questão aberta sobre habilidades</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Competência Emocional- controle de vaidade/-ser modesto; senso de humildade; ser tolerante</i> <i>ser paciente; ser coerente; controlar voluntarismo; ter auto-controle</i> - <i>ser aberto à divisão (socializar informações, conhecimentos)</i> - <i>ser imparcial nos julgamentos.;(considerar todas as versões)</i> - <i>ser respeitador do outro;</i> - <i>ser ético, para coerência da qualidade.</i> 	14	12,28%
		08	7,01%
		03	2,63%
		09	7,89%
		04	3,50%
		38	33,30
<i>Citações de outras, atitudes além daquelas listadas no questionário</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>agir com : ética transparência, para visibilizar honestidade</i> - <i>ser seguro de si nas determinações de comando.</i> - <i>ter expressão de autoridade.</i> - <i>ouvir todos os atores implicados no processo de trabalho e conhecer suas necessidades incluindo usuários.</i> - <i>mostrar boa vontade e colocar-se no lugar do outro,</i> - <i>senso de educador - buscar aprimoramento da equipe através de treinamentos e capacitação”</i> - <i>ser dinâmico, ter bom senso e iniciativa</i> 	02	1,75%
		06	5,24%
		04	4,38%
		07	6,14%
		03	2,63%
		05	4,38%
		01	0,86%
		28	24,50%
<i>Citações de atitudes já listadas no questionário.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>compromisso com os objetivos da instituição</i> - <i>agir com otimismo, ter entusiasmo, encarar o trabalho como um desafio.</i> - <i>comprometimento com os usuários de saúde.</i> - <i>administrar divergências, ser negociador, buscar o consenso</i> 	02	1,75%
		03	2,63%
		04	3.50%
		04	3.50%
		13	11,40%
Total			

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

A segunda pergunta indagava sobre que outras atitudes, diferentes das listadas, não foram tratadas no curso mas são consideradas necessárias para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde. A compilação dos dados dessas respostas mostrou os seguintes resultados: seguindo a tendência das respostas anteriores, **49,12%** dos egressos respondentes sinalizaram: “as mesmas já mencionadas”, deixando entender que as atitudes necessárias para o desempenho dos gerentes de sistemas e serviços de saúde já tinham sido mencionadas nas

respostas anteriores. Continuando a leitura dos resultados da segunda questão, **9,64%** dos respondentes fizeram citações com respostas diferentes do que foi perguntado; **27,19%** responderam com menção de outras atitudes não listadas e não abordadas no curso, destacando “a atitude de não procrastinar e de sentimento de pertencer (pertinência)”; **14.01%**, responderam repetindo atitudes citadas nas respostas anteriores com outras palavras.

Como aconteceu nas perguntas abertas referentes às dimensões de conhecimento e habilidades, os respondentes confundiram algumas dimensões, citando habilidades como atitudes. Nesta questão surgiram respostas que mais se enquadraram no âmbito das habilidades, como por exemplo: ter perspicácia para prevenir situações de risco, ter capacidade de análise da conjuntura política, capacidade de gerir rede de relacionamento articulando interesses multidisciplinares, atenção ao relacionamento interpessoal, capacidade de delegar e descentralizar (tabela 30).

Tabela 30 - Repostas à segunda pergunta aberta – sobre outras atitudes necessárias ao desempenho dos gerentes de sistemas e serviços de saúde que não tenham sido abordadas no curso					
<i>Classificação</i>	<i>Respostas</i>			<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Não apontaram outras atitudes.	- “as mesmas já mencionadas”			56	49,12%
Citação de outras atitudes, não abordadas no curso	- ser realista			3	2,63%
	- focar a atenção nos objetivos e resultados –			1	0,87%
	- ser integro, praticar o próprio discurso, ser coerente			3	2,63%
	- ser flexível			3	2,63%
	- incentivar o consumo consciente			1	0,87%
	- de não procrastinar, fazer o que tem que ser feito.			6	5,26%
	- atitude de pertinência			8	7,01%
	- demonstrar coragem, ser corajoso, ser destemido, aceitar desafios .			4	3,50%
	- agir com firmeza; - inspirar confiança			2	1,75%
				3	27,19%
				1	
Citações de atitudes repetidas nas listagens e respostas abertas anteriores.	Respostas	Repetidas respostas abertas	Repetidas listagens do questionário	Frequência	porcentagem
	- ser paciente,	X		1	0,87%
	- motivar a equipe		X	1	0,87%
	-pacificador/administrar conflitos	X	X	2	1,75%
	- educador	X		5	4,38%
	- auto controle/ equilíbrio emocional	X		4	3,50%
	- ser ético	X		1	0,87%
	- humanização profissional	X		1	0,87%
- aberto a mudanças/” a maior de todas seria insistir para se ter a atitude de mudar” “		X	1	0,87%	

		1	14,01%
		6	
		F	porcentagem
		requência	
Outras dimensões	- ter perspicácia; capacidade de previsão de situações problemáticas.	1	0,87%
: habilidades	- capacidade de tomada de decisão	1	0,87%
	- capacidade de incentivar a participação ou controle social	1	0,87%
	- capacidade de liderança, - ser líder	1	0,87%
		4	
Outros dimensões:	- Conhecimento - análise da conjuntura política	1	0,87%
conhecimentos	- conhecimento da legislação básica, para equipe de funcionários	1	0,87%
	- conhecimento da realidade de funcionamento das instituições de perto; por um ciclo de atividades práticas e não visitas apenas.	1	0,87%
		3	
Citações diferentes	-capacidade de discussão sobre pesquisas, pontos fortes, pontos fracos...Quem paga a conta da saúde?	1	0,87%
	- cobrança de resultado do trabalho em equipe	1	0,87%
	- tomar decisão de como atender as necessidades da assistência	1	0,87%
	- praticar a realidade, aprender a fazer com a prática	1	0,87%
		1	9,64%
		1	
Total		1	100%
		14	

Fonte: Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde (com adaptações).

Outras respostas enfocaram ações da gerência, tais como: avaliação sistemática do desempenho de cada indivíduo, cobrança do resultado do trabalho em equipe, discussões sobre pesquisas, pontos forte e fraco e a tomada de decisão sobre a organização dos serviços. Atitudes listadas no questionário foram repetidas, embora em menor proporção, sobretudo referente a compromissos da instituição e dos objetivos. A tabela 30, acima, explicita esses resultados

3.3 A opinião dos especialistas: o grupo focal

3.3.1 Planejamento do grupo focal

O objetivo principal da utilização deste método foi validar e qualificar os resultados obtidos com as respostas dos egressos. Como esses resultados mostraram uma proporção de

concordância bastante alta nas dimensões de competência “habilidades” e “atitudes”, optou-se por levar para a discussão do grupo focal apenas a dimensão de “conhecimento”.

3.3.2 Definição e contato com os especialistas

Os participantes foram escolhidos por sua formação, experiência e reconhecimento profissional na área de gestão em saúde. Buscou-se convidar especialistas representativos das diferentes regiões do país. O Anexo 13 relaciona o nome e a instituição de trabalho de cada participante. Sete especialistas foram convidados e aceitaram participar, assinando o termo de consentimento informado no início da sessão (Anexo 14).

3.3.3 Elaboração dos roteiros para o grupo focal

A elaboração do roteiro do grupo focal foi feita com base nos resultados dos questionários aplicados aos egressos. Para orientar as discussões e, ao mesmo tempo, garantir que um mínimo possível de informação fosse repassada aos especialistas, conforme preconiza a bibliografia Sobre Grupos Focais (LERVOLINO; PELICIONI, 2001; BUNCHAFT; GONDIM, 2004; GOMES, 2005), os resultados globais de cada item de “conhecimento” (considerando somente a soma das pontuações “muito importante” e “indispensável”) foram reunidos em três grandes grupos:

1. Itens pontuados por menos de 80% dos egressos como “muito importante” ou “indispensável”: controle social, saúde suplementar, gerenciamento do ambiente, logística, modelo de gestão; instâncias de gestão, gestão de mudança e comunicação e marketing.
2. Itens pontuados por 80 a 90% dos egressos como “muito importante” ou “indispensável”: modelos assistenciais, epidemiologia para a gestão, elaboração de políticas, normas e indicadores; gestão de pesquisas, sistemas de saúde, financiamento, legislação, regulação e administração financeira e tecnologia em saúde.
3. Itens pontuados por mais de 90% dos egressos como “muito importante” ou “indispensável”: missão, visão e valores; organização dos serviços; gerenciamento da informação; planejamento e programação; gestão de pessoas e avaliação e qualidade em saúde.

Esses resultados formaram a base para discussão com os especialistas e para a formulação de questões que orientaram o debate, a saber:

1) Qual o grau de importância de cada um dos itens de conhecimento para a formação do gestor de sistemas e serviços de saúde?

2) Existe uma ordem de importância entre os blocos? Que mudanças você faria em cada bloco?

3) Na sua experiência, quais são as principais deficiências na formação do gestor de sistemas e serviços de saúde?

4) Que Modelo Pedagógico deve ser adotado para a formação desses profissionais?

O Anexo 15 descreve o roteiro utilizado para realização do Grupo Focal.

3.3.4 Realização do grupo focal

A duração da sessão foi de duas horas e 50 minutos e contou com a presença de três pesquisadores e sete especialistas.

As discussões foram anotadas, registrando-se a fala de cada participante, procurando refletir com o máximo de fidelidade o conteúdo da discussão. Todos os participantes concordaram que a reunião fosse gravada.

As transcrições dos debates renderam grande quantidade de material bruto, que foi lido, contextualizado e separado em partes relevantes e não relevantes para a pesquisa. Num primeiro momento, foram extraídos das transcrições temas e áreas julgados mais importantes, e posteriormente analisado junto ao restante do material da pesquisa.

3.4 **Resultados**

3.4.1 Grupo focal

Ao iniciar o grupo focal, o especialista 1 propôs juntar as perguntas 1 e 2, o que foi aceito por todos. Dessa forma, as perguntas abaixo foram debatidas em conjunto.

1) Qual o grau de importância de cada um dos itens de conhecimento para a formação do gestor de sistemas e serviços de saúde?

2) Existe uma ordem de importância entre os blocos? Que mudanças você faria em cada bloco?

O primeiro destaque feito pelo especialista 1 foi para expor sua dificuldade em compreender o arranjo dos itens de conhecimento nos blocos, pois não havia uma ordem de

importância entre esses itens. Essa perspectiva obteve consenso no grupo, o que pode ser exemplificado pelas falas dos especialistas 1, 2 e 3:

Não entendi a lógica do arranjo dos itens em cada bloco. Não considero importante a ordem nos itens dos blocos, não vejo que há alguma coisa que venha antes ou depois, em ordem de importância. (Especialista 1).

Bem, confesso, que tive dificuldades em compreender a lógica de distribuição dos itens em blocos. (Especialista 2).

Bem, também não compreendi a separação em blocos desses conhecimentos que, na minha visão, estão igualmente implicados nas ações de gestão do dia a dia na saúde. (Especialista 3).

Outro ponto de destaque apontado foi sobre o caráter mais “geral” de alguns itens de conhecimento como por exemplo, “**modelo assistencial**” e “**organização dos serviços de saúde**”, em contraposição a **legislação e logística**, entre outros, que teriam caráter mais “especializado” ou “instrumental”.

Nesse aspecto, há que se destacar que, embora tenha existido concordância de que um curso de gestão em saúde “forma pessoas com conhecimentos genéricos sobre gestão” (Especialista 1), também se discutiu a necessidade de que os gestores, para ganharem certa autonomia de discussão/atuação e não ficarem expostos aos “especialistas”, necessitam de conhecimentos em áreas mais específicas, tais como **administração financeira e questões jurídicas**.

A opinião do especialista 4 retrata parcialmente essa discussão:

Acho que, além de oferecer os conhecimentos aqui colocados, para formação de gestores, a gente precisa fornecer os elementos para que essas pessoas possam exercer com segurança a função de gestor público, de maneira que eles não sejam reféns dos especialistas, expostos às instabilidades do desconhecimento das consequências das ações decisórias decorrentes de suas funções. Porque, se você não tem os conhecimentos da parte administrativa e financeira, ou você se encastra cometendo atos ilícitos por absoluta ignorância ou fica nas mãos dos que lhe assessoram, que dizem que sabem e te orientam nessas ações.

A discussão foi reforçada pela fala do especialista 5, que pontua a mudança nos cenários da saúde nos anos mais recentes, com a implantação do SUS, e as novas responsabilidades do gestor em saúde:

[...] o gestor geral não tem ideia das normas e regulamentos de como se pode gastar, as restrições das rubricas. Essas questões não eram do gestor da área da saúde, isso era do administrador geral do serviço, a gente simplesmente consultava se iam ter recursos para se fazer o que queria ou não. (Especialista 5).

A fragmentação da prática de gestão e a reprodução desse modelo na formação dos gestores foi outro aspecto abordado pelo grupo. Apontou-se que, embora a gestão inclua a **execução, o planejamento e a avaliação**, há uma tendência de se fragmentar estes conteúdos. A fala do especialista 1 exemplifica:

Para mim administrar e gerenciar é tudo a mesma coisa [...] Considero um erro separar essas questões, administrar inclui: planejar, executar e inclui avaliar. Nos nossos cursos continuamos separando, quando colocamos professores especialistas em planejamento de saúde [...] Nos dias atuais é preciso pensar integradamente a gestão, é o desafio do milênio. Não separar essas coisas: a política, definição do que, planejamento a definição do como e a gestão que é o como do como do todo...

Posição reforçada pela fala do especialista 2: “É importante aplicar o planejamento estratégico situacional, centrado nas realidades. Mas é importante fazer a gestão como um todo [administrar é planejar, executar e avaliar]”.

Uma discussão é iniciada com a fala do especialista 7 – “Trabalhar com o item conhecimento pode ser mais fácil, por outro lado apontar os conhecimentos necessários, fatalmente será sempre necessário acrescentar” – trouxe à tona um dado importante que deve ser considerado pelos órgãos formadores o crescente acúmulo de “conhecimentos” a serem adquiridos, contexto decorrente do dinamismo da realidade científica e tecnológica atual.

Embora tenha havido consenso de que os itens de conhecimento apresentados compreendem um leque importante e necessário para o gestor em saúde, alguns acréscimos foram sugeridos. Em outras ocasiões, o grupo expressou a necessidade de se implementar algumas reformulações de conteúdos ou a revalorização de outros, em função das mudanças ocorridas ao longo da implementação do SUS. Optou-se então por apresentar a discussão sobre esses itens em separado, conforme a seguir:

1. **Gestão da clínica** – abordada pelo grupo como uma forma mais recente de olhar e atuar sobre o processo de atenção à saúde, caracterizando uma “**evolução dos modelos assistenciais**” (Especialista 1), ou seja, através da gestão da clínica se estaria repensando a construção do modelo assistencial.

A ideia da gestão da clínica, é uma evolução da visão do modelo de assistência, lógico que falar de gestão da clínica parece que você está no espaço micro e está esquecendo os grandes temas da organização dos serviços. Nós temos que construir isso, esse é o desafio para nós formadores de gente na área da gestão de serviços de saúde, que é pensar essa história da organização do modelo [...] Hoje já demos outro passo nessa evolução pensando a questão da gestão da clínica. (Especialista 1).

2. **Análise política** – abordada como um item de conhecimento necessário para análise das diferentes realidades nacionais e em outros contextos, mas também como uma ferramenta para propiciar aos alunos maior compreensão da política nacional de saúde, dentre outros aspectos. Conforme apontado e exemplificado pelos especialistas 2 e 4:

Nessa perspectiva, de ações integrais, não visualizei a questão de dimensão política, análise política, seja de análise de cenário, análise de contexto, que é absolutamente central, considerando a inserção das pessoas nesse ambiente eminentemente político da saúde. (Especialista 2).

A discussão política do SUS, ela está um pouco abandonada, a pessoa que vai se preparar ou se aperfeiçoar para gestão, precisa saber qual é esse contexto. Porque que uma emenda constitucional tida e havida como fundamental não é regulamentada? (Especialista 4).

3. **Gestão da informação** - neste item em particular, a discussão girou em torno da necessidade de separar-se a tecnologia da informação (TI), conteúdo de muita complexidade sob o domínio de especialistas e de se revalorizar como conteúdo dessa área temática a epidemiologia e a regulação. Conforme o destaque a seguir:

[...] gerenciamento da informação pode ser visto nos objetivos do curso com dois focos. Primeiro, com a maior importância, ilumina a epidemiologia cujo tratamento na gestão do SUS tem sido pouco eficaz [...] Nós tratamos a epidemiologia com a maior importância para os numeradores e jogamos na lata do lixo os denominadores: sem denominador não tem epidemiologia [...] portanto cria-se a dificuldade de se pensar as necessidades, que é outra palavra que não se fala mais, se fala em demanda. A epidemiologia é um instrumento que precisa ser reciclado como instrumento de informação. (Especialista 1)

Sobre essa questão, o especialista 5 acrescenta à discussão a importância da releitura desse instrumental face às mudanças impostas pelo SUS e a necessidade de cumprir com suas diretrizes básicas de atendimento universal e integral. Nesse particular, a discussão se relaciona à questão da descentralização.

Descentralizou, em um determinado momento os estados ficaram meios perdidos, as estruturas dos municípios passaram a se reger pelas NOBs [...] Acho que nós da saúde pensamos de maneira linear, se pensarmos em termos de tendências temos que pensar os registros muito diferenciados [...] Quem são essas pessoas que temos no serviço que vai cuidar e em que nível? Precisamos organizar a assistência, para quem e por quem. Precisar atentar para o nível da gestão. Se é um gestor geral, ele tem que estar centrado em um determinado estado de descentralização. (Especialista 5).

Outro foco incluso no tema do gerenciamento da informação a ser valorizado seria a **regulação**, vista como instrumento ainda necessário para a organização de saúde, conforme os destaques a seguir:

O outro componente [...] [no gerenciamento da informação] [...] Como segundo foco é a regulação. Esta sim, dentro de alguns anos, se a gente for competente, vai desaparecer como algo importante, mas enquanto isso não acontece, nós temos que decodificar a regulação para que possa ser instrumento a serviço da construção da organização dos serviços de saúde. Ai entra a organização propriamente dita do serviço, que está aqui como: organização do serviço, modelo assistencial [...] (Especialista 1).

[...] o gestor hoje quando se fala em regulação, ele pensa [...] central de regulação, ou ele pensa oferta [...] está longe de pensar necessidade, ele pensa [...] demanda no lugar disso, porque está centrado no modelo da oferta e da demanda [...] (Especialista 7).

4. **Descentralização** – neste o grupo destacou a importância dada à diversidade brasileira em termos culturais, organizacionais, aos perfis diferenciados dos gestores, entre outros.

Cada estado é muito diferenciado nesse país, então quando penso Minas Gerais, são 13 macro regiões dentro desse estado. Então quando pensamos gestor, pensamos gestor para onde? Qual

o nível de gestão, dentro do sistema, estamos focando? A situação é diferente dos que vão trabalhar no MS, ou quem vai trabalhar na secretaria estadual [...] Precisa atentar para o nível da gestão. Se é um gestor geral, ele tem que estar centrado em um determinado estado de descentralização.” (Especialista 5).

A discussão é associada à noção de qual é o gestor que se está pretendendo formar: “ [...] eu acho que é extremamente importante essa questão do nível de descentralização, para quê instância do sistema se prepara o gestor...” (Especialista 5).

5. **Intersetorialidade** – essa discussão destacou o caráter multissistêmico dos problemas de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de multidisciplinaridade para seu enfrentamento. O exemplo são as áreas como a de saneamento e urbanização e a permanência de algumas doenças como sério problema de saúde pública, onde a “dengue é o principal exemplo” (Especialista 6): “ [...] a gente tem que ter a humildade de reconhecer que a saída está em outras áreas e a gente tem que negociar isso” (Especialista 6).

6. **Gestão de pessoas** (chamada na discussão de “**gestão das coletividade**”) – uma questão importante que se insere na área de gestão de pessoas, foi a trazida pelo especialista 2 sobre a “gestão das coletividades”, o que significaria, por exemplo, considerar a subjetividade das equipes:

[...] centrar-se sobre as questões subjetivas que ocorrem no dia a dia dentro dos pesquisas, sejam os conflitos e divergências, dificuldades de construir vontades coletivas, são obstáculos que impedem o andamento das ações. É preciso buscar saberes que orientem soluções, atuação de grupos operativos, sem minimizá-las ou propor saídas desviantes. (Especialista 2).

7. **Qualidade em saúde** – mencionada a importância de se destacar o enfoque na gestão dos riscos e na dimensão da segurança. Uma questão consensual na discussão do grupo foi a importância da introdução dos elementos de competência “**habilidades**” e “**atitudes**”, necessários à formação dos gestores. Caminho que, talvez, esteja na base das expectativas expressadas pelos participantes e oriente a formação de um “**gestor inteiro**”, conforme a fala do especialista 4:

Esse cardápio de assuntos que foram colocados aqui, ele cobre bastante bem as necessidades, acrescentando-se as observações já levantadas, mas talvez a coisa mais importante seja a gente tentar ter um gestor inteiro, aquele que seja capaz, primeiro de identificar problemas, porque às vezes os problemas estão debaixo do nosso nariz e nos não damos conta de enxergar. Segundo, a capacidade de planejar estratégias de intervenção, não é só executar, mas liderar a execução dessas estratégias e avaliá-las. (Especialista 4).

Citando de forma literal o debate, descrevemos:

[...] apontar os conhecimentos necessários, fatalmente será sempre necessário acrescentar. Dentro dos elementos de competência na gestão, vejo a questão da **atitude como fator determinante**, já que o conhecimento vai ser sempre insuficiente considerando a mobilidade

dos processos. Para dar conta da realidade é mais importante que a pessoa tenha atitude [...] Os colegas que me antecederam, citaram **capacidade de análise** e necessidade de saber situar-se em um contexto e intervir **como sujeito**, isso implica então em atitude e habilidade. A atitude de buscar sempre e habilidade de conseguir procurar saídas. (Especialista 7).

Outras habilidades e atitudes discutidas remetem à singularidade da área da saúde, como a capacidade e necessidade de obter consenso:

E por último um elemento que para mim é importante, porque é muito própria da saúde é a questão da capacidade e a necessidade de se **obter consenso**, o SUS é um sistema que funciona por combinação por Pactuação, nenhuma das outras políticas públicas, você obrigatoriamente precisa fazer isso. (Especialista 4).

Agrega-se às habilidades e/ ou atitudes anteriores as explicitadas na fala do Especialista 1, quando aborda temas como criar a visão de futuro, rapidez, inovar, negociar e construir consenso. Esse especialista ressalta também necessidade da mudança de comportamento quanto a lidar com o erro:

Eu acho que o **administrador é um líder** [...] A tarefa organizacional na minha opinião é **criar a visão de futuro**, isso não dá para fazer sozinho, ele tem que conseguir criar essa visão de futuro que o objeto de trabalho das pessoas de uma forma conjunta. E isso exige dele [...] três coisas fundamentais: primeiro, **rapidez**, que é uma coisa difícil no setor público; segundo estar **inovando** continuamente, porque as transformações que ocorrem na sociedade e nos processos de trabalho na área da saúde estão em contínua transformação, isso exige que as coisas sejam feitas diferentes toda hora e exige que se trabalhe muito na fronteira do conhecimento; e o terceiro ponto é **a capacidade de negociar** para construir consensos, isso implica em termos o comportamento diferente do que nós temos com o erro, porque implica em errar. (Especialista 1).

A discussão também incluiu um importante aspecto nessas questões e está relacionado com o ensino de habilidades e atitudes, que implica na aplicação **de pedagogia própria** e que não está presente na formação dos gestores, conforme demonstrado pela fala a seguir:

Se uma das funções do gestor é negociar, ele precisa reconhecer esses aspectos, ele precisa também saber explicitar seus interesses, isto é os interesses da coletividade representada por ele. Eu acho que essa habilidade na negociação requer uma pedagogia que não estamos acostumados a desenvolver nos nossos cursos de gestão principalmente para gestão pública estatal. (Especialista 7).

Fato resumido na questão colocada pelo especialista 1: “E aí vem o desafio, como é que se faz para **ensinar compromisso social?**” (Especialista 1).

Nesse aspecto, houve consenso em que um dos caminhos é trazer as discussões conceituais de conteúdo dos cursos de formação o mais próximo possível **das realidades** dos alunos, conforme exemplificado em várias falas:

E aí a discussão que se fez foi que o compromisso social vem do conhecimento da realidade e da presença da pessoa em campo, quer dizer, o cara que está lá, ele está por alguma razão. Se ele souber manejar instrumentos de intervenção, ele terá compromisso, isto é, o compromisso social não é uma coisa que vem do berço. Ele é fruto desse arranjo instrumental de uma pessoa que quis estar lá. Então é o caso dos alunos do curso, porque acredito que ninguém vem fazer um curso obrigado. (Especialista 1).

Reforço a fala do [...] sobre as questões de pactuação, é fundamental para quem pratica gestão, conhecer o funcionamento dos fóruns e colegiados em temas básicos das comissões, bipartite e tripartite, precisa conhecer esses mecanismos de decisão, visto que nem os municípios, nem os estados dão conta de resolver suas questões sem as reuniões de pactuação. Existe ainda os colegiados de gestão [...] (Especialista 6).

[...] me senti incomodado por observar a dificuldade das pessoas em interagir com os profissionais de saúde nas realidades cotidianas. O distanciamento das pessoas criava uma situação fictícia de modelo assistencial, e rejeitava as condições reais existentes. O modelo que eles discutiam não existia, então não havia pesquisa. Há que se buscar trabalhar objetivamente.” (Especialista 2).

Quanto à pergunta três, “Na sua experiência quais são as principais deficiências na formação do gestor de sistemas e serviços de saúde?”, observou-se que, de modo geral, os participantes apontaram como deficiências os próprios conteúdos julgados necessários aos cursos de formação de gestores, sejam eles relacionados aos conhecimentos, habilidades ou atitudes. Conforme se pode perceber na fala a seguir:

[...] acho que na minha experiência, o que tem mais é falta, então acho que vou me repetir, falta a capacidade de **análise política, análise de conjuntura, cenários, capacidade de negociação**. Às vezes você tem um grupo grande de trabalho e você pinça algumas pessoas que você percebe ter mais habilidades para determinadas atividades [...] Tem pessoas que são excelentes, mas há grandes chances de criar problemas [...] não conseguem formular, não conseguem perceber uma mudança de contexto, por exemplo, em um ano pré-eleitoral [...] não consegue mudar a lógica de montagem de pesquisas, ele insiste em realizar pesquisas que não tem mais como sustentar, já perdeu o tempo já perdeu o rumo, não tem mais capacidade de negociação. (Especialista 2).

Essa discussão aponta a necessidade de reformulação dos conteúdos programáticos dos cursos e, como já destacado anteriormente, o estreitamento desses conteúdos com as diferentes realidades. Por outro lado, dado os grandes desafios da área de saúde existe a necessidade de uma abordagem diferenciada pelos cursos de formação, para que deem conta das adversidades e rapidez das mudanças, conforme sugere a fala a seguir:

Ainda pensando na fala do [...] nós queremos formar um agente, quer dizer um **gestor inteiro** [...] Para isso precisamos olhar para o SUS de hoje, que é trabalhar na pactuação [...] (mas) a gestão tem que dar espaço também para o que é minoritário [...] então ela não pode funcionar só na base do consenso. Porque hoje nas instâncias se não há consenso não se decide, só se decide com consenso, aí as vezes o dissenso é salutar [...] (Especialista 7).

Mais uma vez, é importante ressaltar a ênfase dada a **certas capacidades** necessárias aos gestores, que transcendem a aquisição de conhecimentos, em virtude da singularidade dos problemas da área de saúde e da necessidade de se priorizar sua finalidade, qual seja, a de satisfazer as necessidades de saúde das pessoas. E, paralelamente, aliam aspectos abordados anteriormente, como a necessidade de **trazer para a realidade concreta o conteúdo discutido nos cursos de formação**.

[...] sobre as dificuldades [...] perguntadas na 3ª questão [...] Eu me lembro que naquela escola de administração [...] a expectativa ao final do curso, é que o indivíduo seja capaz de administrar, planejar etc. o sujeito parte para a ação sem saber claramente o que vai fazer, **ele não sabe qual o objeto** que vai gerenciar de fato [...] Por outro lado, vem uma reação a esse modelo formador de gestor que é incapaz de dar soluções, e coloca outra orientação,

voltando-se para a tecnologia, a logística, o gestor tem que se ligar na gestão da informação e outras técnicas, como se isso também fosse a solução. Ao meu ver isso não é assim. Acho que [...] se deve buscar [...] esse gestor é **capaz de fazer análise de conjuntura**, de política e é capaz de entender qual o objeto de sua intervenção, para que ele está ali, para quem o serviço é dirigido, para que existe, atender a diminuição, ou eliminação da dor, atender a família daqueles que sofrem um desfecho fatal, o acolhimento da família, enfim que a família sinta que aquela pessoa foi cuidada foi feito o atendimento de suas necessidades, que houve o respeito ao direito das pessoas [...] (Especialista 3).

Quanto à questão quatro “Que Modelo Pedagógico deve ser adotado para a formação desses profissionais?”, como aspecto consensual observou-se a necessidade de se aliar, ao máximo possível, os conteúdos programáticos à realidade concreta, conforme sugerido:

[...] eu acho que a solução para melhorar as dificuldades é análise de situação concreta, acho que as pessoas que estão em determinadas situações trazerem a experiência para o debate e expor a prática de tudo isso. (Especialista 2).

Associada a essa perspectiva, pode-se acrescentar a questão abordada sobre o cuidado que deve ser tomado para não dar um viés demasiadamente acadêmico aos cursos de formação, pela possibilidade de levar a frustrações, pela distância que se estabelece entre os conteúdos e as realidades vividas pelos participantes. Exemplo que alia aspectos das duas perspectivas anteriores é descrito a seguir:

Essas situações que já falamos **administração financeira** e outros, acho interessante trabalhar com situações problemas, até por que a legislação é uma só. Então vamos ver onde tem problema, aí os caras podem correr atrás das informações e provoca todo um movimento que ele próprio vai buscando conhecimentos [...] porque é um universo muito grande, dependendo do lugar que você está muda muito, a dinâmica de cada um [...] secretarias estaduais, por exemplo, você tem que estar vendo as portarias do dia; Eu acho que, considerando o contexto, essa forma de problematizar provoca no sujeito a necessidade de avançar e buscar essa condição, ele vai identificar sua melhor forma de aprender, isto é [...] e **aprender a aprender**. Fora disso, quando você apresenta os temas explanando, no modelo convencional, o sujeito não assimila a questão como sendo seu problema [...] (Especialista 2).

Outra questão consensual foi a necessidade de utilizar **diferentes metodologias** para permitir alcançar interesses e formações diversificadas. Tais como as metodologias problematizadoras, **as metodologias ativas**, a exemplo dos grupos operativos, dos jogos de empresa, ou uma mistura dessas diferentes abordagens, visando a construir consciência crítica.

Outro aspecto destacado foi o uso das tecnologias da informação e de recursos audiovisuais em cursos presenciais ou à distância, como os vídeos educativos, os fóruns de discussão e outros. Ou seja, o grupo concordou que se deve dar ênfase ao uso de diferentes metodologias e ferramentas pedagógicas, conforme exemplifica a fala a seguir:

[...] esses cursos eram montados com diferentes metodologias, aula professoral, exercício de treinamento, aplicação de métodos para trabalhar essa ou aquela situação, algumas coisas mesmo amarrando os resultados [...] O pessoal gostou. O educando construiu o caminho dele. Nesse sentido existem várias maneiras de caminhar, considerando a complexidade do assunto [...] (Especialista 2).

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Mirian Maia do; VILARINHO, Lúcia Regina Goulart. **Surfando na sociedade da informação e do conhecimento: a questão das competências docentes.** *Boletim Técnico do SENAC: a revista da educação profissional* [online]. 2008, v. 34, n. 1, p. 30-41. ISSN 0102-549X.
- ANDRADE, Murilo Martins de; STRAUHS, Faimara R. **Competências requeridas pelos Gestores de Instituições de Ensino Superior privadas: um estudo em Curitiba e região metropolitana.** *Revista Gestão Industrial*; V. 2, No 3 (2006)
- ANDRÉ A.M.; CIAMPONE, M.H.T. **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2007, 41(Esp):835-840.
- ARÉNILLA, L. et al. **Dicionário de pedagogia.** Portugal: Instituto Piaget, 2000.
- ARRUDA, Marcos et al. **Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador.** São Paulo: Cortez, 1987.
- ARTMANN E. **Atualização da condensação traduzida do Planejamento Estratégico-Situacional-PES.** Relatório 2. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz/CNPq, (s/d).
- AUBRUN, S.; OROFIAMMA, S. **Les compétences de troisième dimension.** Paris: CFF-CNAM, 1991 (Relatório de Pesquisa).
- BACCEGA, Maria Aparecida. **Gestão de Processos Comunicacionais.** São Paulo: Atlas, 2002.
- BACKES, Vânia Marli Schubert et al. **Competência dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, v.16, n.4, p. 727-736. ISSN 0104-0707.
- BAHRY, Carla Patrícia; TOLFO, Suzana da Rosa. **Mobilização de competências nas atividades profissionais dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento.** *Rev. Adm. Pública* [online]. 2007, v.41, n.1, p. 125-144. ISSN 0034-7612.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 1977.
- BARNARD, C. I. **As Funções do Executivo. The Functions of the Executive.** Tradução de Flávio Moraes Toledo Piza. São Paulo: Atlas, 1971.
- BARRENNE, M. E. I.; ZUNIGA, V. F. **Competência profissional: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor saúde.** Rio de Janeiro: Editora Senac Nacional, 2004.
- BERNARDIM, M. L. **Os reflexos do novo panorama econômico sobre as configurações de empregabilidade: um estudo no município de Guarapuava, Paraná, Brasil.** Buenos Aires, 2000. Tese de Doutorado – Facultad de Ciencias Políticas, Jurídicas y Económicas da Universidad Del Museo Social Argentino.

- BITENCOURT, C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de competências. In: BITENCOURT, C. **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- BORBA, R. V.; LISBOA, T. C. **Teoria geral de administração hospitalar: estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- BORGES-ANDRADE, J. E. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 24, Florianópolis, 2000. Anais. Florianópolis: Anpad, 2000.
- BORGES-ANDRADE, J.; PILATI, R. Validação de uma medida de percepção de imagens organizacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., 1998, Foz do Iguaçu. *Anais [...]* Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 1993.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BOURDIEU, P. **Sur Le pouvoir Symbolique**. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. V. 32, N° 3, p. 405-411, 1977.
- BRASIL. DECRETO Nº 2.208 - DE 17 DE ABRIL DE 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. DOU DE 18/4/97 (Revogado)
- BRASIL. DECRETO Nº 3.860, DE 9 DE JULHO DE 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 10 de julho de 2001a.(Revogado)
- BRASIL. LEI Nº 9.394 - DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, 23 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**. Disponível em: www.inep.gov.br. Acesso em 20 de junho de 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área de saúde**. Brasília: OPAS, 1999. [mimeografado]
- BRASIL. Ministério da Educação. **Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional**: documento básico, Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB n.º 4, de 8 de dezembro de 1999. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm>>.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n.º 04, de 07 de novembro de 2001b**. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 4 junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Sistema nacional de certificação profissional baseada em competências**. Brasília: [s.n.], 2000. [mimeografado]

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução nº1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós- graduação *lato sensu* em nível de especialização. DOU, 8 de junho de 2007

BUNCHAFT, Alexandra Flávio e GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação**. *Estud. psicol. (Campinas)*, ago. 2004, v.21, no.2, p.63-77. ISSN 0103-166X.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. (2ª ed.). São Paulo: Hucitec, 1997.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3ª ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CARBONE, P. P. et al. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

CARNEY, Marie. **How commitment and involvement influence the development of strategic consensus in health care organizations: the multidisciplinary approach**. *Journal of Nursing Management* [online]. 2007, v. 15, n. 6, p. 649-658.

CASTRO, J. L. de; FORMIGA, J. M. M.; VILAR, R. L. A. de. (orgs). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos**. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2006.

CECÍLIO L. C. **Inventando a mudança na administração pública – reconstituição e análise de três experiências na saúde**. vols. 1 e 2. Tese de doutoramento. Campinas: Unicamp, 1993.

CECÍLIO, L. C. O. (org.); et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHANLAT, J. F.; SÉGUIN, F. **L'analyse des organisations: une anthologie sociologique**. Tome II les composantes de l'organisation. Québec: Gaëtan Morin, 1987.

CHIAVENATO, I. **Introdução a teoria geral da administração**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CICOUREL, A. **Le raisonnement Médical: une approche sócio-cognitive**. Paris: Seuil; 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONNASS). **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde**. Conass Documenta 14, Brasília Conass. 2008. 150 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos**

Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), p. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; **Les Centres Universitaires de Santé, La Gouverne d'organizations complexes aux contours flous**, document de travail prepare par le Departament d'administration de la santé e le Groupe de recherche interdisciplinaire em santé, Quebec, CA: 2002 Université de Montreal

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; TOUATI, N., RODRIGUEZ, R; **Integration des soins: dimensions et mise em ouvre**,; Ruptures, v.8 nº 2, 2001, p 38-52.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; POUVOURVILLE, G.de POULIER, J.P., CONTRANDIOPOULOS, D.; **Á La recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI siècle**, dans Pomey M. P. Poullier, J.P. (dir.) Santé publique, Ellipses, 2000^a, p. 637-667.

COOPER, R.; SAWAF, A. **Inteligência emocional na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

COOPER, S. J., LAWRENCE, E., KIERSTEAD, J., LYNCH, B., LUCE, S. **Competences – A Brief Overview od Development and Application to Public and Private Sectors**. Research Directorate, Police, Research and Communications Branch Public Service Commission of Canada, 1998.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. **Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, v.15, n.3, p. 479-482. ISSN 0104-0707.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, Florianópolis. V.16, nº 2 pg 654-661

DAVEL, E.; VERGARA, S. C (orgs.). **Gestão com pessoas e subjetividade**. 4^a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DELUIZ, Neise. **Formação do trabalhador em contexto de mudança tecnológica**. *Boletim técnico do SENAC*, v. 20, nº 1, jan/abr, 1994.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

DEMO, Pedro. Educação profissional: desafio da competência humana para trabalhar. *In: Educação profissional: o debate da(s) competência(s)*. Brasília: Ministério do Trabalho. SEFOR, 1997.

DESAULNIERS, J. **Formação, competência e cidadania**. *Educação e Sociedade*, v. 18, n. 60, p. 51-63, 1997.

DICIONÁRIO de termos de negócio: português-inglês, inglês-português. 2^a ed. São Paulo: Atlas, 1997.

DROSDEK, A. **Sócrates: o poder do não saber**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

DRUCKER P. F. **Gestão**. Rio de Janeiro: Agir, 2010.

DRUCKER P. F. **O que todo executivo deve lembrar**. Harvard Business Review. 2004. Disponível em:
http://www.hbrbr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=164&Itemid=1.
 Acesso em 03 de fevereiro de 2010.

DRUCKER, P. F. **Administração, tarefas, responsabilidades, práticas**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUARTE, G. **Dicionário de administração**. Fortaleza: Imprensa Universitária UFC/IMPARH, 2002.

DUBOIS, D. D. **The executive's guide to competency-based performance improvement**. Harvard Press Inc, 1996.

DUGUÉ, E. A lógica da competência: o retorno do passado. In: TOMASI, A. (org.). **Da qualificação à competência: pensando o século XXI**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2004.

DURAND, T. Forms of incompetence. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON COMPETENCE-BASED MANAGEMENT, 4. **Proceedings [...]** Oslo: Norwegian School of Management, 1998.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Abril, 1978.

DUSSAULT G. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências**. *Revista de Administração Pública* 26(2):8-19, 1992.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. **Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral**. Tradução de Irene de Bjano e Mário de Sousa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1960.

FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, v.61, n.2, p. 239-242.

FERREIRA, Ademir Antônio. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias: evoluções e tendências da moderna administração de empresas**. São Paulo: Pioneira, 2002.

FERREIRA, Avilmar Santos. **Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, v.9, n.1, p. 69-76. ISSN 1413-8123.

FERREIRA, V. C. P. et al. **Modelos de gestão**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

FEUILLETTE, I. **RH: o novo perfil do treinador. Como preparar, conduzir e avaliar um processo de treinamento**. São Paulo: Nobel, 1991.

FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Atlas, 2000.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. **Construindo o conceito de competência.** *Rev. adm. contemp.* [online]. 2001, v.5, p. 183-196. ISSN 1982-7849.

FLINK, RJS; VANALLE, RM. **Gestão por competência – um novo modelo de gerenciamento.** In: Anais do XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Ouro Preto, 2003. Disponível em: www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0703_0196.pdf. Acesso em: 03 de fevereiro de 2010.

FOUCAULT, M. **La volonté de Savoir.** Luxembourg: Messageries du Livre, 1976.

FREIDBERG, E. **Le pouvoir et la régle: dynamiques de l' action organisée.** Paris: Seuil, 1997.

FRESHMAN, Brenda; RUBINO Louis. **Emotional intelligence: a core competency for health care administrators.** *Health Care Manag.* 2002, v. 20, p. 1–9.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Formação técnico-profissional: avanço ou regressão ao dualismo, fragmentação e reducionismo economicista?** Versão escrita para exposição e debate no II CONED. Belo Horizonte. Novembro de 1997

GAUTHIER, B.(dir.) **Recherche Sociale: de la problématique à La collecte des données:** Presses de l'Université du Québec, 1993.

GLOUBERMAN, S. **Towards a new perspective on Health Policy.** Ottawa: Renouf, 2001.

GOLEMAN, D. **Os mestres da administração.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

GOMES, Alberto Albuquerque. **Apontamentos sobre a pesquisa em educação: Usos e possibilidades do grupo focal.** *EccoS – Revista Científica.* São Paulo, v. 7. n. 2,p.275-290, jul./dez., 2005.

GUALEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective Evaluation.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990.

HABERMAS J. **Teoria de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social e crítica de la razón funcionalista.** (tomos I e II). Madrid: Taurus, 1987a.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: Ferreti, C. J. et al. **Novas tecnologias, trabalho educação: um debate multidisciplinar.** Petrópolis: Vozes, 1994.

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** *Rev. Esc. Enferm.* USP;35(2):115-121, jun. 2001.

IRIGOIN, Maria. **Em torno Del concepto de competencias: programa de fortalecimiento de servicios de salud.** Lima, Peru, 1996. 3 f. [Mimeografado].

JUNQUEIRA, Luciano A. P. Gerência dos serviços de saúde. **In: Conferencia Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento.** v. 1. Brasília: Cultura, 1992.

KEARNEY, R., **Poetics of Imagining: From Husserl to Lyotard (Problems of Modern European Thought)** Harper Collins Academic, 1991.

KEARNEY, Richard. **Mith as the bearer of possible worlds.** Interview in *Religiologiques* nº 3 Montreal, Automne 1991 pg.111-136

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. **Administração pública no Brasil: Crises e mudanças de paradigmas.** São Paulo: Annablume, 2000.

KOONTZ, Harold, O' DONNELL, Cyril. Princípios de administração: uma análise das funções administrativas. *Principles of Management: an analysis of managerial functions.* Tradução de Paulo C. Goldschmidt e Fernando C. Carmona. 11ª. Ed. São Paulo: Pioneira. 1978.

KOPF, Águida Wichrowski and HORTALE, Virginia Alonso. **Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, v.10, suppl., p. 157-165. ISSN 1413-8123.

L' ABBATE, Solange. **Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, v.15, suppl.2, p. S15-S27. ISSN 0102-311X.

LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde.** Florianópolis: UFSC, 2001. 100 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

LE BORTEF, G. **De la compétence: essai sur un attracteur étrange.** Paris: Editions d' Organizations, 1994.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEGGAT, Sandra G. **Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies.** *BMC Health Services Research* [online]. 2007, v. 7.

LEVTT, Theodore. **The Managerial Merry – Gourund;** *Harvard Business Review* 1974, p 52-56).

LIMA, L. P. **Competências essenciais, segundo a percepção de gestores e alunos do curso de administração do instituto cultural de ensino superior do Amazonas – ICESAM.** 2002. 153 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MACHADO, Lucília. **O modelo das “competências” e a regulamentação da base curricular nacional e de organização do ensino médio.** In: *Revista Trabalho e Educação*, n.4, NETE/FaE/UFMG, 1998.

MACLAGAN, P. A. **Competencies: the next generation.** *Training and development*, V. 51, N° 5, p. 40-47, 1997.

MANFREDI, S. M. As metamorfoses da qualificação: três décadas de um conceito. *Anais [...]* ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, Caxambu, Minas Gerais, Brasil, 1999.

MANFREDI, S. M. **Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas.** *Educação e Sociedade*, v. 19, n. 64, p. 13-49, 1998.

MARQUEZINE, Maria Cristina; TRAMONTINA, Viviane Maroneis. **Produção científica dos alunos egressos do curso de especialização da Universidade Estadual de Londrina.** *Rev. bras. educ. espec.* [online]. 2006, v.12, n.1, p. 101-122. ISSN 1413-6538.

MARTIN-BARÓ, I. **Acción e ideologia: psicologia social desde centroamérica.** San Salvador: UCA, 1983.

MARTINS, H. F. **Burocracia e a Revolução Gerencial: a persistência da dicotomia entre política e administração.** *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado*, Salvador, N° 6, junho/julho/agosto, 2006. Disponível em: www.direitoestado.com.br. Acesso em: 10/05/2010.

MATTAR, Fauze N, **Pesquisa de Marketing.** Edição compacta. São Paulo: Atlas 1996.

MATUS C. **El método PES: Reingeniería pública y la teoría de las conversaciones: trabas y problemas.** Caracas: Fondo Editorial ALTADIR, (Colección Ciencias y Técnicas de Gobierno-2), 1994.

MATUS C. **Política, planejamento & governo.** Tomos I e II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 1993.

MEDEIROS Cristhine Reis, BALTAZAR Maria Luiza Felipe, MELLO Mônica Seixas de Oliveira, et al. **Por que identificar as competências em uma organização pública de saúde?** [online] Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em 15/12/2009.

MENDES V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil.** Salvador: Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia; 2000. Salvador; 2000. Disponível em: http://www.adm.ufba.br/ipublica_teseveramendes.html Acesso em: 10/05/2010.

MENKENS, J. **Inteligência executiva: a essência de todos os grandes líderes.** Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

MERHY E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, p.117-148. *In.* GALLO E. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade.** São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco/Hucitec, 1995.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; YOSHIKATO, Elizabete. **Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, v.10, n.4, p. 493-501. ISSN 0104-1169.

MERTENS, Leonard. **Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos**. Montevideo: Cinterfor, 1996. 119p. Disponível em: <
<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/index.htm> >. Acesso em: 20/01/2009

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG, H. Quoi de neuf dans la gestion?. Santé et Societé. **Jornal Le Devoir**, Montreal, 23 de janeiro 2010. disponível em: <http://www.ledevoir.com/>. acesso em: 23/01/2010.

MINTZBERG, Henry. **“Managing: desvendando o dia a dia da gestão”**. Porto Alegre: Bookman, 2010

MINTZBERG, Henry. **MBA não, obrigado: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gerentes**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MORENO, J. **Modelo Integrado de Gestão por Competências**. *Revista Capital Humano*, 1999.

MOSELEY, Laurence G.; DAVIES, Moira; EVANS, Linda E. **The training needs of health care support workers: results of a study of workers and their managers**. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2007, vol 16, n. 12, p. 2280-2286.

MOTTA, F. C. P. **Teoria Geral da Administração**. 14ª ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1989.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS Paulo; NUNES Tânia Celeste Matos. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. *Rev. Olho Mágico*. Londrina, 2001, v. 8, n. 3. ISSN 1517-1345.

MOTTA, P.R; **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro : Record 1991

NASSAR, Maria Rosana Ferrari. **Princípios de Comunicação Excelente para o Bom Relacionamento Médico-Paciente**. Tese de doutorado. Escola de Comunicação e Artes, USP. São Paulo: 2003.

NISEMBAUM, H. **A competência essencial**. São Paulo: Infinito, 2000.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *In: MÉDICI, A. (org.) Textos de apoio. Planejamento I: Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: Projeto de Emenda constitucional, Escola Nacional de Saúde Pública, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1987.

OFFE, Claus. **Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho.** Rio de Janeiro,: Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVEIRA, Ângela Maria; NOVAIS, Eunice Silva; SILVA, Ivani da; BERTHOLINO, Maria Luiza Fernandes. **Mapeamento de competências em bibliotecas universitárias.** *Perspect. ciênc. inf.* [online]. 2006, v.11, n.3, p. 360-382. ISSN 1413-9936.

OLIVEIRA, Rosely Cerqueira de; GONCALVES, Aguinaldo. **Avaliação do II Curso de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Distrito Federal: um estudo de caso.** *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [online]. 1991, v.33, n.3, p. 233-239. ISSN 0036-4665.

OLIVEIRA-CASTRO, G. A. Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., 1998, Foz do Iguaçu. *Anais [...]* Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca.** Relatório mundial de saúde. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde.** Relatório mundial de saúde. Genebra: OMS, 2006.

PAES DE PAULA, A. P. **Por uma no gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PAIVA, Kely César Martins de; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. **Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas.** *Rev. adm. Contemp.*[online]. 2008, v.12, n.2, p. 339-368. ISSN 1415-6555.

PATTON, M.Q. **Practical Evaluation.** Beverly Hills, California, Sage Publications Ltd. 1982, 319 p.

PEDROSO, E. T. **Administração e os novos paradigmas.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. In: SEMINÁRIO: FORMAÇÃO TÉCNICA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser; SPINK, Peter. (org.) **Reforma do estado e Administração Pública Geral.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, v.15, n.3, p. 492-499. ISSN 0104-0707.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

PIAGET, Jean. **La Psychologie de L' intelligence**. Paris, France, Livrarie Armand Colin, 1966.

PIERANTONI, Celia. **As reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades**. *Ciência e Saúde Coletiva*, ABRASCO 6 (2), p. 341-361, 2001.

PILLAY, Rubin. **Defining competencies for hospital management: a comparative analysis of the public and private sectors**. *Leadership in Health Services* [online]. 2008, v. 21, issue 2, p. 99-110. ISSN 1751-1879.

PILLAY, Rubin. **Managerial competencies of hospital managers in South Africa: a survey of managers in the public and private sectors**. *Human Resources for Health* [online]. 2008, v. 6, issue 4.

POTER, Michael; Elizabeth O. Teisberg. **“Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos”** Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. A competência essencial da corporação. *In: ULRICH, D. (Org.). Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH*. São Paulo: Futura, 2000.

QUINN, R. E.; et al. **Competências gerenciais: princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

RAZZOLINI Filho, R.; ZARPELON, M. I. **Dicionário de administração de A a Z**. 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2010.

RIBEIRO, A. de L. **Teorias da administração**. São Paulo: Saraiva, 2010.

RICE, Mitchell F. **A post-modern cultural competency framework for public administration and public service delivery**. *International Journal of Public Sector Management* [online]. 2007, v. 20, issue 7, p. 622-637. ISSN 0951-3558.

RIVERA F. J. U. **Comunicação e gestão organizacional por compromissos**. *Revista de Administração Pública* 29(3):211-230, 1995.

RIVERA F. J. U. **Jurgen Habermas: razão comunicativa e planejamento social – uma crítica ao enfoque estratégico**. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

RIVERA F. J. U.; ARTMANN E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. *Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços*. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 4(2):355-366, 1999.

ROCHE, J. A dialética da qualificação-competência: estado da questão. *In: TOMASI, A. (org.). Da qualificação à competência: pensando o século XXI*. Campinas, São Paulo: Papirus, 2004.

ROCHER, G. **Talcott Parsons et la sociologie américaine**. Paris: Presses universitaires de France, 1972.

ROPÉ, Françoise; TANGUY, Lucie (org.). **Saberes e Competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papirus, 1997.

RUAS, R. A problemática do desenvolvimento de competências e a contribuição da aprendizagem organizacional. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL COMPETITIVIDADE BASEADA NO CONHECIMENTO. **Anais [...]** São Paulo, 1999.

RUAS, R. L. Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das organizações. In: RUAS, R. L.; ANTONELLO, C. S.; BOFF, L. H. (orgs.). **Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

RUTHES, Rosa Maria. **Gestão de pessoal de enfermagem baseado em competências: uma proposta para as Santas Casas**. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de enfermagem da UNIFESP, 2007.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Gestão por competências nas instituições de saúde: uma aplicação prática**. São Paulo, 2008: Martinari.

SANT'ANNA, Anderson de Souza. **Profissionais mais competentes, políticas e práticas de gestão mais avançadas?**. *Rev. ERA eletrônica*. [online]. 2008, v. 7, n. 1. ISSN 1676-5648.

SAUPE, R. et al. **Conceito de competência: validação por profissionais de saúde**. *Saúde em Revista*. 2006 Jan/Abr; 8 (18): 31-7.

SAUPE, R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem** [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1979.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BENITO, Gladys Amélia Vélez. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, v.9, n.18, p. 521-536. ISSN 1414-3283.

SAUPE, Rosita; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BENITO, Gladys Amélia Vélez; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, v.16, n.4, p. 654-661. ISSN 0104-0707.

SCHAWNFELDER, W. **Confúcio: a milenar arte chinesa da gestão**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

SCOTTI, R.F; OLIVEIRA, M.H.B; **Segundo Relatório sobre processo e organização da Gestão da Assistência à Saúde**; Coleção pró gestores, CONASS, 1995,

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria da Glória; SANTANA, Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira. **O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, v.60, n.2, p. 161-166. ISSN 0034-7167.

SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; MENDES, Isabel Amélia Costa. **Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, v.11, n.4, p. 499-506. ISSN 0104-1169.

SILVA, E. R. **Uma reflexão sobre a ideia de competência e seu significado educacional**. 2010. 132 p. tese (Doutorado em Ciências e Matemática), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

SILVA, Marizete Pereira da; ESTEVES, Tania Maria Brasil; ROCHA, Glória Walkyria de Fátima. **Avaliação do curso de especialização em enfermagem nas doenças infecciosas, na FIOCRUZ (1997-1999)**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, v.12, n.2, p. 265-270. ISSN 0104-1169.

SILVEIRA C. M. **Pesquisa sobre gestão e cultura organizacional na administração pública brasileira**. Disponível em: <http://www.clovis.massaud.nom.br/artigos21.htm> Acesso em: 20/07/2010.

SPENCER, L. M; SPENCER, S. **Competence at work**. New York: John Wiley, 1993.

STEFEL, M. E. **Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model**. *Journal of Healthcare Management*. 2008.

TEJADA, J. **Acerca de las competencias profesionales**. *Revista Herramienta: debate y crítica marxista*. Argentina, 56, 20-30.

TESTA, M. **Pensar em Salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TOURAINÉ, A. **A crítica da modernidade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

TREWATHA, R. L. **Administração: funções e Comportamento**. São Paulo: Saraiva, 1979.

TREWATHA, Robert L.; NEWPORT, Gene M. **Administração: funções e comportamento**. *Management: functions and behavior*. Tradução de Auriphebo Bernance Simões. São Paulo: Saraiva, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**: 1.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

UBEDA, Cristina Lourenço; SANTOS, Fernando César Almada. **Os principais desafios da gestão de competências humanas em um instituto público de pesquisa**. *Gest. Prod.*[online]. 2008, v.15, n.1, p. 189-199. ISSN 0104-5.

VARGAS, F.; CASANOVA, F.; MONTANARO, L. **El enfoque de competencia laboral: manual de formación**. Montevideo: Cinterfor, OIT, 2001. 130 p

VARGAS, M. R. M. **Treinamento e desenvolvimento: reflexões sobre seus métodos**. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 126-136. abr./jun. 1996.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1946.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. **O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública**. *Texto contexto enfermagem*. Out-dez, 12 (4): 559-68, 2003.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. California: Sage Publications, 1984.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica.** São Paulo: Atlas, 2001

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Gestores e Pesquisadores/Professores Entrevistados

- ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS - Diretor do Grupo de Pesquisa de Saúde da Universidade de Montreal, Canadá. Médico.
- IRMÃ MATILDE SALOMÃO – Superintendente Geral do Hospital São Francisco de Paula, Rio de Janeiro – RJ. Formação: Administradora e Enfermeira.
- JOSÉ CARVALHO DE NORONHA - Professor Doutor da Fundação Oswaldo Cruz. Ex-Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Médico.
- MÁRIO JOSÉ BUENO - Ex-Coordenador dos Hospitais Federais no Município do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde. Médico.
- MARIO ROBERTO DAL POZ - Prof. Adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ. Coordenador da área de Recursos Humanos da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- MICHEL CREMADEZ - Pesquisador e Professor da Universidade de França. Diretor Pedagógico do Grupo de Altos Estudos Comerciais da Universidade de França. Economista.
- REGINA MARIA DE AQUINO XAVIER - Ex-Diretora do Instituto Nacional de Cardiologia das Laranjeiras/Ministério da Saúde. Médica.
- RODRIGO GAVINA – Diretor de Hospitais da Rede Dor (Hospital Copa D’Or e Hospital Quinta D’Or). Médico.
- SUZANNE CHARTIER – Subsecretária de Saúde da Região de Abitibi Témiscamingue – Québec/Canadá – Enfermeira especialista em saúde pública. Consultora para gestão de risco em saúde/para sistema de saúde provincial.
- RUBEN MATTOS – Professor Doutor – Ex Diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2003-2007).

APÊNDICE 2 - Coordenadores de cursos/ Entrevistados:

- CLÁUDIA ARAUJO – Profa. Dra, coodenadora do Curso de Especialização em Gestão de Saúde da COPPEAD/ Universidade federal do Rio de janeiro (UFRJ).
- TÂNIA FURTADO – Profa. Dra, coordenadora do Curso de Especialização de Executivos em Saúde Fundação Getúlio Vargas Rio de Janeiro.
- CLEMENTE GONZAGA LEITE – Prof. Dr., coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal Fluminense Rio de janeiro.
- ELAINE DI DIEGO ANTUNES – Profa. Dra, coordenadora do Curso de Especialização em Gestão de Saúde da Escola de Adminidtração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- BENITO SANTORINE – Médico, professor., coordenador do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e Saúde. Faculdade de Tecnologia e Ciências de Jequié, Bahia.
- HELENO SOARES JUNIOR - coordenador do Curso de Especialização em Gestão de saúde e Administração Hospitalar da Universidade Politécnica de Minas Gerais.

APÊNDICE 3 - Roteiro de Entrevista com Professores Especialistas**Entrevista – 2**

Nome: _____

Profissão: _____ Idade: _____ anos

Obs.: _____

1- Em sua experiência como educador, pesquisador e especialista em gestão em saúde, qual dimensão, de competência, na sua visão tem maior importância no desempenho dos gestores em saúde em suas tarefas cotidianas: conhecimentos, habilidades ou atitudes ?

R: _____

2- Quais as competências que lhe fizeram falta, ou que foram difíceis de aplicar ao longo de sua experiência?

R: _____

3 Na sua opinião como melhorar a contribuição dos programas de formação de gestores em saúde para o atendimento de suas necessidades praticas no dia a dia em termos de conhecimentos habilidades e atitudes ?

R: _____

APÊNDICE 4 - Roteiro para entrevista com coordenadores de cursos
Entrevista

Nome: _____

Profissão: _____ Idade: _____ anos

Instituição de ensino _____

Natureza _____

1- Quais os critérios de organização do conteúdo programático do curso de Especialização em gestão de Saúde dessa instituição?

R: _____

2- Quais os critérios de acesso, para realização do programa de formação?

R: _____

3- Quais são as competências centrais do conteúdo programático?

R: _____

APÊNDICE 5 - Os cursos de formação de gestores de saúde em nível de especialização no Rio do Janeiro e seus conteúdos temáticos

Levantamento realizado através entrevistas com as Coordenações dos Cursos e levantamento do material através dos sites na Internet e confirmados pelos coordenadores. Abrangeu cursos da FGV, UNESA, COPPEAD, além do Curso do IMS/UERJ.

Segundo as informações dos coordenadores dos outros cursos de especialização contatados, um dos principais eixos orientadores da organização dos conteúdos temáticos é definido pelo perfil do principal público alvo. Nessa definição inclui-se a natureza do mercado de gestão de saúde em que esse público esteja inserido. Os coordenadores relatam métodos de organização de conteúdo temático, definidos em um primeiro momento em oficinas de trabalho desenvolvidas com participação de profissionais especialistas das áreas de educação e gestão em saúde, sendo enfatizado a importância da experiência prática dos participantes. Em outras palavras, a constituição dos conteúdos temáticos estão centradas nas necessidades instrumentais e específicas dos gestores em suas práticas cotidianas, segundo a natureza do ambiente de trabalho. O ambiente de gerência de saúde compreende a gestão de sistemas e serviços de saúde no âmbito público e privado. Outro aspecto importante, citado no processo da organização dos programas, foi a definição do método pedagógico, também realizado através de oficinas em oficinas pedagógicas.

CEAHS – PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DA FGV PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE.

Disciplinas:

Instrumentais:

- Análise Exploratória de Dados (32 horas/ 2 créditos)
- Contabilidade (32 horas / 2 créditos)
- Matemática Financeira (32 horas / 2 créditos)
- Habilidades Computacionais (32 horas / 2 créditos)
- Epidemiologia e Estatística Vital (32 horas / 2 créditos)

Habilidades Pessoais:

- 1 - Comunicação e Expressão (32 horas / 2 créditos)
- 2 - Negociação (16 horas / 1 crédito)
- 3 - Relações Interpessoais e Equipes de Alta Performance (32 horas / 2 créditos)

Currículo Nuclear Geral:

- 1 - Políticas Sociais e de Saúde (16 horas / 1 crédito)
- 2 - Gestão em Saúde - Modelos e Visão Futura (32 horas / 2 créditos)
- 3 - Planejamento Estratégico em Saúde (16 horas / 1 crédito)
- 4 - Modelo Assistencial e Sistemas Comparados (32 horas / 2 créditos)
- 5 - Gestão de Pessoas em Serviços de Saúde (32 horas / 2 créditos)
- 6 - Gestão Financeira e Orçamentária em Serviços de Saúde (32 horas / 2 créditos)
- 7 - Marketing Social e de Serviços de Saúde (16 horas / 1 crédito)
- 8 - Economia em Saúde (32 horas / 2 créditos)
- 9 - Informações e Tecnologia da Informação em Saúde (16 horas / 1 crédito)
- 10 - Ética e Direito em Saúde (16 horas / 1 crédito)

Currículo Nuclear Específico:

- 1 - Gestão de Operações das Linhas de Cuidados Assistenciais (32 horas / 2 créditos)
- 2 - Gestão de Operações das Linhas de Apoio Clínico e Técnico (32 horas / 2 créditos)
- 3 - Gestão de Processos e de Operações das Linhas de Logística e Apoio Gerencial (16 horas / 1 crédito)
- 4 - Gestão da Cadeia de Suprimentos (16 horas / 1 crédito)
- 5 - Planejamento e Programação do Espaço Físico em Serviços de Saúde (16 horas / 1 crédito)

COPPEAD - GESTÃO EM SAÚDE/UFRJ:

Criado em agosto de 1997, segundo a coordenação, o curso COPPEAD Gestão em Saúde está estruturado para trabalhar fundamentos e práticas da moderna gestão empresarial, dentro de uma visão ético-humanística no setor saúde. Nesse sentido busca aliar a visão interdisciplinar ao domínio do instrumental analítico e a perspectiva estratégica ao desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão; a ênfase na análise ambiental à compreensão dos seus impactos na organização.

Para os alunos que tiverem completado o curso COPPEAD Gestão em Saúde nos últimos dois anos, é oferecida a oportunidade de reconhecimento do curso como parte dos créditos para obtenção do título de Master of International Business - MIB, da Chapman Graduate School of Business da FIU - Florida International University, EUA.

Disciplinas

- Comportamento Organizacional
- Crescimento Corporativo
- Custos em Administração

- Economia Brasileira
- Estatística Aplicada
- Financiamento de Empresas
- Gerência de Marketing
- Gerência de Operações de Serviços
- Gerência Financeira
- Gestão de Estratégia de Empresas Brasileiras
- Jogo de Empresas – STA
- Matemática Financeira
- Planejamento Empresarial
- Política Pública: o Caso da Saúde no Brasil
- Sistemas de Saúde
- Trabalho de Conclusão de Curso/Monografia

Seminários e Palestras

- Análise de Demonstrações Financeiras
- Aprendizagem e Criatividade
- Atividade de Integração
- Cultura Brasileira
- Gerência de Suprimentos
- Gestão Estratégica de Tecnologia da Informação
- Julgamento e Tomada de Decisão
- Método do Caso
- Negociação
- Planos de Saúde
- Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde
- Terceirização e Cooperativas

POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)

Certificação Conferida

Certificado de Especialização em Política, Planejamento e Gestão de Saúde Pública.

Objetivos

Especializar profissionais para trabalhar na área de planejamento, política e gestão de saúde pública brasileira.

Especializar profissionais para tomada de decisões nos níveis de gestão municipal, estadual e federal na área de saúde pública; para elaboração e monitoramento de pesquisas na área de saúde pública; profissionais que se tornarão gestores de saúde que atendam às demandas sociais e do Estado brasileiro.

Pré-Requisitos

Diploma de curso superior.

Público-Alvo

Profissionais com interesse na área de Planejamento, Política e Gestão de Saúde Pública.

Disciplinas

Bioestatística - 16 h

bioética - 16 h

complexo industrial da saúde - 20 h

epidemiologia e os programas de saúde - 20 h

epidemiologia e os sistemas de informação em saúde - 20 h

estratégia de saúde da família - 20 h

estudos de casos - 10 h

financiamento da saúde no Brasil - 20 h

gestão de pessoas na saúde - 10 h

gestão e política organizacional - 20 h

legislação em saúde - 16 h

marketing de serviços - 10 h

metodologia da pesquisa - 18 h

planejamento em saúde - 20 h

política de saúde no Brasil - 20 h

redação de textos acadêmicos - 18 h

saúde do trabalhador - 10 h

saúde, sociedade e desenvolvimento - 20 h

serviço de atenção domiciliar/internação domiciliar - 20 h

sociologia e antropologia na saúde - 20 h

tecnologia da informação e da comunicação - 18 h

tópicos especiais - 8 h

vigilância sanitária e saúde ambiental - 20 h

Total de Horas: 390 h

Perfil Profissional

Profissionais interessados em atuar em serviços de saúde pública com ênfase no aspecto do planejamento e da gestão.

CURSO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: MBA/DGA

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/

LABORATÓRIO DE TECNOLOGIA, GESTÃO DE NEGÓCIOS & MEIO AMBIENTE/.LATEC

Público alvo:

Profissionais em cargos de direção e gerência de hospitais públicos e privados, de clínicas, de planos de saúde, de empresas seguradoras, bem como dos governos federal, estadual e municipal, fundações e outras instituições.

Objetivos:

Desenvolver competências e técnicas gerenciais contemporâneas que permitam identificar soluções aos problemas administrativos na área de saúde para tomada de decisão. Atender às necessidades de desenvolvimento gerencial de executivos que atuam nos vários segmentos do setor de saúde, integrando atualizadas tecnologias e práticas de gestão fornecendo confiança para atuar em diversas funções gerenciais.

Metodologia:

O curso é desenvolvido com aulas expositivas e práticas apoiadas por recursos audiovisuais, bem como através de trabalhos em grupo, estudos de casos, apresentações, discussões das resoluções, dinâmicas e filmes.

DISCIPLINAS:

- Fundamentos de Gestão;
- Planejamento Estratégico e Desempenho Empresarial;
- Qualidade na Gestão Hospitalar e Acreditação Hospitalar;
- Gestão Integrada das Organizações e Saúde (PNQ e BSC);
- Auditoria em Saúde;
- Gestão de Processos em Saúde Pública e Privada;
- Modelo Assistencial Brasileiro e Sistemas de Saúde;
- Administração Financeira;
- Gestão de Organizações Sustentáveis;
- Negociação de Contratos e Contratação de Serviços;
- Gestão de Contas Hospitalares (Planejamento Financeiro II);
- Legislação e direito do consumidor;
- Logística Empresarial (Gestão de Suprimentos, estoques e controle de serviços);
- Gestão de Marketing (Gestão do Conhecimento e TI);
- Gestão de Pessoas (Recursos Humanos em Unidades Hospitalares);
- Ética, Bioética Hospitalar e Responsabilidade Social Vigilância Sanitária;
- Biosegurança e Gestão de Resíduos em Serviços de Saúde;
- Plano de Negócios em Saúde.

Carga horária: 360 horas.

Avaliação e certificação:

O certificado de Especialista será emitido pela Universidade Federal Fluminense para todos os alunos que tiverem frequência mínima de 75% e nota igual ou superior a 7 (sete) em cada disciplina e na apresentação da monografia de final de curso. Após a conclusão das aulas, o aluno terá 4 (quatro) meses para apresentação do Trabalho Final de Curso.

**Curso de especialização em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar politécnica
Universidade Católica de Minas Gerais / PUC**

Objetivos:

Segundo a coordenação, o curso de especialização em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar, capacita e atualiza profissionais de diversas áreas de conhecimento para atuar nas funções de direção, gerência, coordenação, assessoria e liderança, em hospitais, clínicas diversas, laboratórios, operadoras, cooperativas de saúde e demais serviços e organizações de saúde públicas, privadas ou filantrópicas.

Publico Alvo:

Profissionais com formação de nível superior nas diversas áreas de conhecimento, que atuam ou pretendam atuar na gestão de hospitais, clínicas, operadoras, cooperativas e demais serviços e organizações de saúde públicas, privadas e filantrópicas.

Metodologia:

O curso é desenvolvido com atividades presenciais e à distância e os alunos contarão com o apoio dos professores e de tutores. A concepção de ensino-aprendizagem adotada respalda-se na interação entre os participantes do curso (aluno-professor, aluno-aluno, tutor-aluno). Essa interação pode ser síncrona, por meio de **chats**, ou assíncrona, no ambiente virtual específico do curso.

Carga horária: 360 horas

Conteúdo programático:

- Planejamento e gestão estratégica e mercadológica das organizações de saúde;
- Gestão de pessoas aplicada às organizações de saúde;
- Gestão econômico-financeira aplicada às organizações de saúde;
- Aspectos legais e filantrópicos em organizações de saúde;
- Métodos de pesquisa e elaboração de projetos;
- Tecnologia e logística em organizações de saúde;
- Tópicos especiais em gestão de saúde.

Avaliação e Certificação

Para receber o título de especialista, emitido pela PUC Minas, o aluno deverá obter, no mínimo, 70% dos 100 pontos distribuídos. 35 pontos são atribuídos às atividades realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem e 65 a uma prova presencial. O aluno também deve ser aprovado no trabalho de conclusão de curso TCC.

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS. ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
EM SAÚDE**

Objetivos:

Capacitar de forma inter e multidisciplinar a partir de análise profunda dos sistemas de saúde, com uma visão objetiva e atualizada sobre ética, custos, investimentos, recursos humanos, políticas, entre outros, visando habilitar os profissionais para liderar qualquer organização competitivamente e responsável.

Carga Horária

360 horas/aula (18 meses)

Público-Alvo

Profissionais envolvidos com a gestão de organizações de saúde públicas, prestadoras de serviços e de saúde suplementar.

Processo seletivo:

- Análise Curricular
- Entrevista

Crterios de Avaliao

A formas de avaliao de cada disciplina ser estabelecida pelos professores em funo de contedos e

objetivos pedaggicos propostos.

- Testes escritos
- Resoluo de exerccios
- Elaborao de trabalhos sobre temas selecionados;
- Apresentaes orais;
- Anlise e discusso de casos;
- Apresentao de fichas e resenhas de leituras.
- Trabalho de concluso

Conteudo programtico:**Integrao e Seminrios 15h/a**

Situa o perfil atual e as especificidades da gesto em sade. Promove a integrao entre os alunos e desses com a coordenao e coordenao adjunta do curso. Trabalha com os alunos os significados de voltar a estudar, de aprendizagem, de leitura, de conhecimento.

Sistemas Comparados de Sade e Sistema nico de Sade 30h/a

Estrutura de um Sistema de Sade: componentes e condicionantes. Evoluo histrica de formas de proteo social em sade. Polticas de Sade no Brasil. O Sistema nico de Sade: pressupostos e diretrizes. Pressupostos estruturantes de sistemas nacionais de sade: igualdade, equidade, universalidade. Seguro e seguridade social. Sistema de Sade de pas selecionados.

Teorias Administrativas Aplicadas a Gesto em Sade 15h/a

Caractersticas das organizaes de sade. A influncia da teoria administrativa para a organizao do trabalho em organizaes de sade. A burocracia profissional e as demais formas de coordenar e dividir o trabalho

Cultura nas Organizaes 15h/a

Visa fornecer aos alunos um aporte terico interdisciplinar, mediante a interface da Antropologia Social com a Administrao, de sorte que lhes seja possvel fazer a anlise das culturas organizacionais da rea de sade, bem como do espao societrio brasileiro, bases sobre as quais desenrolam-se os procedimentos administrativos.

Planejamento em Organizaes de Sade 15h/a

A importncia do planejamento como um instrumento para a administrao e, em especial, para o processo decisrio nas organizaes de sade. Diferentes abordagens de formao de estratgia. O planejamento como apoio para a mudana e a transformao. O planejamento como apoio para a estabilidade da organizao. O planejamento como processo coletivo, orientado para a resoluo de problemas. Foco problematizador

tica e Gesto da Sade 15h/a

tica, valores mdicos, sociais, econmicos e as escolhas polticas em sade. Biotica e sade pblica: impactos sobre a organizao do trabalho, os sistemas de tratamento e na relao cuidador / cuidado.

Informaes em Sade: indicadores epidemiolgicos e de gesto 30h/a

Visa habilitar para: a) manejo de conceitos bsicos de epidemiologia, tais como incidncia, prevalncia, mortalidade e letalidade; b) utilizar as tcnicas para o estabelecimento de agravos prioritrios em sade pblica; c) desenvolver diferentes passos para montar um sistema de informao visando a vigilncia epidemiolgica de agravos prioritrios; d) fazer uso adequado de indicadores epidemiolgicos e operacionais

Gestão de Pessoas 15h/a

Abordagem do novo modelo de gestão “com” e “para” as pessoas, o qual é constituído de diferentes e integrados subsistemas de RH (Planejamento, Recrutamento e Seleção, Recompensas e Reconhecimento, Crescimento e Desenvolvimento, Avaliação do Desempenho e do Potencial). Analisam-se as necessidades e as competências essenciais para que as organizações da Saúde venham a adotar a gestão sistêmica de Administração de Recursos Humanos, juntamente com a práxis de organização-cidadã e socialmente responsáveis. Assim como é estimulada a apreensão dos conceitos-chave, também são tratados os aspectos operacionais das principais atividades que compõem o sistema de gestão de RH. Ademais, busca revisar o conceito de profissional da Saúde, o papel do gestor de pessoas na referida área e também instiga uma nova agenda de estudos na área.

Pesquisa em Saúde 30h/a

Compreender as diferentes abordagens paradigmáticas e metodológicas da pesquisa; Desenvolver habilidades para executar um Projeto de Pesquisa.

Análise de Investimentos em Saúde 15h/a

Confecção e análise das demonstrações financeiras, com a ótica do gestor de operações. Avaliação do escopo da gerência financeira numa empresa e suas principais ferramentas, como determinação do ponto de equilíbrio, políticas de capital de giro. Abordagem o valor do dinheiro no tempo e análise de investimentos. Decisões de longo prazo e sua influência nos negócios da empresa, objetivando seu crescimento sustentado, e geração de lucro.

Gestão de Projetos 15h/a

Conceito de Projeto, princípios de administração de projetos, estruturas organizacionais para projetos, aptidões e habilidades do gerente de projetos, etapas da gestão de projetos, utilização da informática no planejamento, programação, controle e avaliação de projetos.

Marketing de Serviços 15h/a

Conceitos de Marketing; Conceitos Centrais de Marketing; Estratégias de segmentação e de posicionamento; Comportamento do cliente e seu processo decisório de compra. Marketing de serviços.

Acreditação de Serviços em Saúde 15h/a

Aborda a essência de um sistema de acreditação nos aspectos fundamentais. Alguns conceitos básicos apresentados servirão para homogeneizar o entendimento sobre os assuntos a serem discutidos. As diferenças e semelhanças entre gestão do negócio e gestão da assistência adquirem relevância devido as implicações na avaliação da qualidade global das organizações de saúde. A segurança, que se constitui em uma das questões mais eminentes nas organizações de saúde, principalmente em função dos clientes/pacientes informados, será discutida em seus aspectos organizacionais, assistenciais e jurídicos. Serão ressaltados os componentes de um sistema de acreditação e a evolução no mundo, com destaque para os Estados Unidos da América, Austrália, Inglaterra e Espanha. Apresentação do sistema brasileiro de acreditação de forma extensiva, desde um breve histórico ate a execução efetiva do mesmo pela Organização Nacional de Acreditação-ONA. O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares recebera atenção em vista de ser o instrumento que se encontra em efetiva aplicação. Por último, se dará destaque aos aspectos relacionados aos avaliadores, à política governamental, e às controvérsias, perspectivas e tendências da acreditação.

Administração Hospitalar: cenários futuros 15h/a

A disciplina apresenta o cenário futuro da administração hospitalar a partir de 4 grandes variáveis definidas: clientes, médicos. Participantes Internos (Rec. Humanos). Participantes Externos (Governo, Empresas, Prestadores de Serviços). Tecnologias (Médica, Informação e Comunicação). Aspectos Estruturais e Gerenciais (Estrutura Hospitalar, Modelo de Gestão, Procesos, etc)

Custos em Saúde 15h/a

Conceituação e abrangência do custo na saúde. Estrutura do custo na saúde. Gestão do custo na saúde. Abrangência e amplitude do custo na saúde. Princípios relevantes do custo na saúde. Os sistemas de custeio e os seus significados. A estruturação do cálculo do custo na saúde. Aplicações gerenciais de custo na saúde (desempenho setorial, custo e resultado por procedimento, por paciente, por patologia, etc). Composição de “mix” e níveis mínimos de gerações. Gestão estratégica de custos na saúde. Exercícios e “case” sobre os assuntos abordados

Gestão da Informação para a Gestão Assistencial 30h/a

Conceitos de Qualidade Assistencial; Papel dos Sistemas de Informações dentro do contexto da QA. Informação clínica versus Informação administrativa. Sistema de Informação Hospitalar: abrangência, objetivos, métodos; exemplos de SI de Hospitais bem sucedidos; o SI do HCPA Prontuário Eletrônico de Pacientes. Construção de sistemas de acompanhamentos da qualidade assistencial: indicadores e seus acompanhamentos. Critérios de escolha de indicadores hospitalares e exigências mínimas para sua construção e implementação. Sistemas comparados de Indicadores de Qualidade Assistencial: SIPAGEH (Brasil) e Quality Indicator Project (EUA).

Gestão Financeira do SUS 15h/a

Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. Formas de financiamento dos gastos com saúde. Modelos de financiamento da atenção à saúde. Financiamento e gasto com saúde no Brasil. A integração dos sistemas de planejamento, orçamento, finanças, contabilidade e auditoria. Gestão orçamentário-financeira no Brasil pós 88. Fundos de Saúde. Percalços e avanços da gestão financeira do setor de saúde. Normas Operacionais Básicas, Normas Operacionais da Assistência à Saúde e Emenda Constitucional nº 29/2000.

Reforma do Estado e Saúde Supletiva 30h/a

Reforma do Estado em nível internacional e no Brasil. Repercussões da Reforma do Estado no Setor Saúde no Brasil. Saúde Suplementar no Brasil. Organizações Sociais. Agências Reguladoras e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Gestão da Assistência Farmacêutica 15h/a

Discutir os principais aspectos relacionados à gestão da assistência farmacêutica no sistema único de saúde, considerando a natureza dos serviços farmacêuticos, a complexidade dos processos envolvidos e o caráter multidisciplinar das respectivas atividades.

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E SAÚDE/
Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) Salvador / Bahia**

Objetivos.

Capacitar profissionais que atuam na área de saúde, para o desempenho de atividades gerenciais em sistemas e serviços.

Carga horária: 450 horas presenciais.

Público alvo:

Profissionais de nível superior

Critérios de seleção:

Prova escrita e análise de currículos.

Conteúdo programático:

- Políticas de Saúde (15 horas)
- Fundamentos e diretrizes do SUS (15 horas)
- Gestão dos sistemas e Serviços de saúde (15 horas)
- Estado Governo e Mercado (15 horas)
- Desenvolvimento e mudanças na administração pública brasileira
- Epidemiologia aplicada à Gestão Hospitalar (30 horas)
- Gestão da vigilância à Saúde (15 horas)
- Oficinas de Gestão por Competência (30 Horas)
- Gestão da Qualidade e Marketing Hospitalar (30 Horas)
- Gestão Financeira e Custos (30 horas)
- Gestão de Materiais e Logística em serviços de Saúde (30 horas)
- Gestão de pessoas (30 horas)
- Gestão de Serviços de Saúde e Estudo Organizacional (30 horas)
- Gestão de Sistemas (30 horas)
- Planejamento Estratégico e Avaliação em Serviços de Saúde (30 horas)
- Auditoria Hospitalar (30 horas)
- Metodologia da Pesquisa Científica (30 horas)
- Fundamentos e métodos para elaboração do TCC (**90 horas**)

APÊNDICE 6 - Curso de Especialização em Gestão de Saúde Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Objetivos do Curso:

São objetivos do curso: especializar recursos humanos com formação de nível superior na gerência (central, média) de serviços de saúde; propiciar conhecimentos dos principais métodos e processos de administração em saúde; de gestão de projetos; técnicas modernas de planejamento e programação; técnicas de avaliação e garantia da qualidade; promover habilidades individuais e do trabalho em equipe; desenvolver capacidades individuais e de equipe para buscar inovações; realizar negociações; tomar de decisões; sensibilizar gestores e equipes quanto à necessidade e importância de se trabalhar numa perspectiva de humanização, tanto nas relações de trabalho, quanto nos serviços e ações de saúde.

Metodologia

As metodologias desenvolvidas no processo de ensino aprendizagem são voltadas para a valorização da experiência dos participantes, fertilizada com a de profissionais da área e no uso de mecanismos de avaliação capazes de considerar a troca de experiências entre alunos e a competência para o trabalho em equipe. Como estratégias de ensino, utiliza-se as metodologias ativas, com exposições dialógicas, dramatizações, jogos individuais e em grupos, seminários e workshops.

Conteúdo Programático:

A organização do conteúdo programático esta desenhado no formato nuclear de cinco temas competências, apresentadas em forma de disciplinas e desdobradas em dimensões de conhecimento, habilidades e atitudes. As cinco competências nucleares estão voltadas para, missão, planejamento, organização e regulação de sistema de saúde; qualidade da assistência, melhoria de desempenho da organização, processos gerenciais em organizações de saúde público e privada. Administração e desenvolvimento de pessoal e outros temas distribuídos nos blocos temáticos competências:

SISTEMA DE SAÚDE

- Análise do sistema de saúde. Necessidades, demandas e ofertas.

- Condicionantes históricos, condicionantes de saúde e estrutura demográfica.
- Condicionantes econômicos: o financiamento do setor e modalidades de pagamento.
- Modelos assistenciais. Estabelecimento de prioridades em saúde.
- O Hospital e as redes assistenciais.
- O Hospital e seu entorno.

PROCESSO GERENCIAL I

- Introdução à Administração.
- Organizações: agentes do cenário organizacional, distribuição de poder nas organizações, configurações culturais e o ambiente organizacional, modalidades organizacionais usuais no sistema de saúde.
- Marketing: conceitos básicos e estratégias, mix do produto, questões éticas e pragmáticas em torno do marketing de instituições de saúde.
- Estratégia: conceito e natureza de decisão estratégica, modelos de análise do negócio, avaliação social de pesquisas, incorporação tecnológica.

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

- Abordagem estratégica do planejamento e programação.
- Fatores determinantes para produção e utilização dos serviços de saúde.
- Programação a partir das necessidades, demanda e oferta.
- Programação físico funcional dos serviços assistenciais e de apoio.
- Modelos de atenção a grupos específicos e propostas inovadoras.
- Gerência da Avaliação e do Cuidado do Paciente.
- Gerência do Acesso e da Continuidade do Cuidado do Paciente.

AVALIAÇÃO E QUALIDADE

- Gestão estratégica da qualidade.
- Avaliação da Qualidade em saúde / Acreditação hospitalar.
- Avaliação tecnológica.
- Avaliação econômica.
- Gerência da informação.
- Gerência de Recursos Humanos.

PROCESSO GERENCIAL II

- Logística e administração de materiais.

- Problemas logísticos.
- Gerência de estoques, lote econômico, just in time.
- Técnicas de suprimento.
- Processos de aquisição: compras diretas e licitações.
- Formatação de processos licitatórios.
- Gerência de manutenção.

PRÁTICA PROFISSIONAL:

- Visitas técnicas, a unidades de serviços de saúde do sistema, para conhecimento de novas experiências de administração e novos modelos de gestão, (benchmarking).
- Seminários com apresentações de trabalhos de grupos buscando a internalização dos conteúdos temáticos desenvolvidos nas cinco disciplinas.
- Realização de palestras e conferências por especialistas e gestores de outros estados, municípios, com apresentações de temas que retratem soluções em saúde para os problemas diagnosticados..
- Trabalhos em grupos, voltados para elaboração de material educativo, um documentário sobre o Sistema Único de Saúde, que funcione como um recurso didático capaz de esclarecer e multiplicar o conhecimento da proposta estrutural do SUS, seus mecanismos de gestão, bem como seus antecedentes e sua trajetória de construção.

Clientela:

Profissionais de nível superior.

Período de realização e horário:

De março a dezembro - das 18:30 às 21:30. 384 horas

Critério de Seleção:

Prova escrita e análise de currículo.

Avaliação das atividades e dos alunos

Para obtenção do título de especialista em gestão de saúde é necessário que o aluno preencha os seguintes requisitos, conforme Deliberação 03/05: 2005

1. Grau mínimo para aprovação em cada disciplina e no trabalho final de 7,0 (sete).
2. Frequência mínima é de 85% da carga horária de cada disciplina.
3. Ao término de cada disciplina realizar-se-á avaliação individual do aluno.
4. Como produto final do curso cada aluno deverá produzir, sob a orientação pedagógica, um projeto de intervenção na sua área de trabalho/atuação.

APÊNDICE 7 - Formulário de Avaliação das Disciplinas e do Curso pelos alunos

Ao final de cada disciplina, os alunos são solicitados a preencher um formulário de

1. Conteúdo da Disciplina	Excelente		Bom		Regular		Fraco	
Objetivos atingidos								
Profundidade do Assunto								
Metodologia Aplicada								
Carga Horária								
Exemplos e Casos								
2. Organização da Disciplina								
Pontualidade								
Instalações								
Apoio Administrativo								
Material Didático								
Recursos Visuais								
3. Instrutores	Capacidade de Transmitir o Conteúdo Programado				Esclarecimento de Dúvidas			
	Excelente	Bom	Regular	Fraco	Excelente	Bom	Regular	Fraco

avaliação com questões fechadas e abertas (abaixo).

Se coubesse a você a atribuição de reestruturação da disciplina, com a substituição de 1 (um) tema abordado, qual você substituiria?.....

Caso contrário, se você tivesse que substituir todos os temas menos 1 (um), qual tema manteria?.....

Observações e sugestões.....

ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista com Gestores Entrevista 1

Nome: _____

Profissão: _____ Idade: _____ anos

Obs.: _____

1- Quais as competências de gestão, que lhes foram mais úteis ao longo de sua prática profissional como gestora na área de saúde?

R: _____

2- Quais as competências que lhe fizeram falta, ou que foram difíceis de aplicar ao longo de sua experiência?

R: _____

3- Qual a categoria profissional de maior dificuldade de enquadramento nas determinações da organização?

R: _____

ANEXO 2 - Entrevistas com Gestores/Professores/Coordenadores
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES PARA SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), que poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 23340325 Ramal 129, ou e-mail Cleide@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso do Pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais são: avaliar as habilidades e competências requeridas ao gestor de saúde com vistas ao aperfeiçoamento dos programas de formação de recursos humanos nesta área; avaliar as habilidades e competências desenvolvidas pelos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do IMS/UERJ nos anos recentes; e propor indicadores de acompanhamento dos programas de formação de gestores de saúde em âmbito nacional.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará por meio de entrevista semi-estruturada que será gravada com recursos audiovisuais. Declaro, assim, para os devidos fins de direito, que tenho pleno conhecimento e expresse minha total anuência quanto a gravação da minha entrevista, e não farei qualquer restrição quanto à utilização do material audiovisual produzido em atividades educacionais.

Declaro, ainda, que concordo em não fazer jus a qualquer valor a título de ressarcimento ou indenização pela utilização de minha imagem ou das informações prestadas no decorrer de minha participação para elaboração do Documentário.

O pesquisador me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do Coordenador/ Entrevistador: _____

ANEXO 3 - Teste 1 - Questionário para Avaliação da Formação de Gestores

Instituto de Medicina Social da Faculdade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Planejamento e Administração em Saúde.

Teste 1 - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES**Consentimento para Participação do Estudo**

Prezado Sr. (Sra.)

Estamos realizando uma pesquisa sobre a Avaliação da Formação de Gestores para Sistemas e Serviços de Saúde. Esse estudo tem por objetivo avaliar as dimensões de competências gerenciais requeridas ao gestor de saúde, com vistas ao aperfeiçoamento dos programas de formação nesta área. Considerando que a presente pesquisa trabalhará com a percepção dos egressos de um programa de capacitação em gestão de saúde, solicitamos sua colaboração enquanto egresso do Curso de Especialização do Instituto de Medicina Social da UERJ. Suas respostas compreendem duas questões: em um primeiro momento, responder sobre o grau de entendimento do item perguntado em função da formulação da pergunta (em escala de três). Em um segundo momento responder sobre os itens listados (classificando suas importâncias) e perguntas abertas. As informações serão utilizadas exclusivamente para fins de estudo e posteriormente serão divulgadas a análise e a conclusão para instituições participantes do estudo.

Maiores informações com Cleide@ims.uerj.br

Entrevistado:

Estou ciente, das normas e tenho interesse e disponibilidade para responder ao questionário, desde que seja mantido o anonimato em relação às respostas. Estou ciente de que se trata de uma pesquisa institucional, cujos resultados serão disponibilizados publicamente.

Nome.....

Assinatura.....

Data.....Entrevistador.....

ATENÇÃO PARA O GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS RESPOSTAS:

Quanto mais próximo do número 1 você marcar sua resposta, menor será o grau de importância.

Quanto mais próximo do número 5 você marcar sua resposta, maior será seu grau de importância.

Valores

- 1- Nada Importante
- 2- Pouco Importante
- 3- Importante
- 4- Muito Importante
- 5- Indispensável

Dados de Identificação:

Sexo:_____ Idade:_____

Tempo de trabalho_____

Profissão:_____

Cargo anterior à conclusão do curso:_____

Cargo após à conclusão do curso:_____

Cargo atual:_____

Instituição onde Trabalha: _____

Grau de pós-graduação: Especialização Mestrado Doutorado

Dimensão de Competências do programa de Gestão de Saúde:

1. CONHECIMENTO

CONHECIMENTOS DE:	Grau de Compreensão	Grau de Importância
Políticas de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Tipos de assistências oferecidas pelos serviços de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Programas assistenciais	1 2 3	1 2 3 4 5
Modelos assistenciais	1 2 3	1 2 3 4 5
Epidemiologia para a gestão de sistemas e serviços de saúde.	1 2 3	1 2 3 4 5
Gerenciamento de informação	1 2 3	1 2 3 4 5
Planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde.	1 2 3	1 2 3 4 5
Gestão de pessoas.	1 2 3	1 2 3 4 5
Gerência de ambiente.	1 2 3	1 2 3 4 5
Gerência de logística.	1 2 3	1 2 3 4 5
Gerência de farmácia hospitalar	1 2 3	1 2 3 4 5
Elaboração de políticas, normas e procedimentos, para gestão de sistemas e serviços de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Gestão de pesquisas em serviços de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Modelos de gestão de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Construção e interpretação de indicadores de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Financiamento da saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Gestão financeira em saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Gestão de mudanças nas organizações de saúde	1 2 3	1 2 3 4 5
Gestão e avaliação da qualidade em saúde	1 2 3	1 2 3 4 5

Que outros conhecimentos você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, que foram abordados no curso?

Que outros conhecimentos você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, que não foram abordados no curso?

Das abordagens acima, quais você retiraria da grade curricular?

Dimensão de competência do programa de gestão de saúde:

2. HABILIDADE

HABILIDADES DE:	Grau de Compreensão	Grau de Importância
Comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuário	1 2 3	1 2 3 4 5
Identificar problemas	1 2 3	1 2 3 4 5
Solucionar problemas	1 2 3	1 2 3 4 5
Criar e inovar no seu trabalho e com a equipe	1 2 3	1 2 3 4 5
Usar sua intuição no desenvolvimento do trabalho	1 2 3	1 2 3 4 5
Desenvolver o trabalho em equipe	1 2 3	1 2 3 4 5
Promover e manter relacionamento profissional com a equipe e o usuário	1 2 3	1 2 3 4 5
Motivar a equipe	1 2 3	1 2 3 4 5
Promover o uso do planejamento como prática gerencial	1 2 3	1 2 3 4 5
Negociação com a equipe, superiores e usuários	1 2 3	1 2 3 4 5
Gerenciar programas e pesquisas	1 2 3	1 2 3 4 5
Liderar a equipe de trabalho	1 2 3	1 2 3 4 5
Identificar novas lideranças na equipe de trabalho	1 2 3	1 2 3 4 5

Quais outras habilidades são necessárias para os gerentes de sistemas de saúde que você julga ter desenvolvido no curso?

Dimensão de Competências do programa de Gestão de Saúde:

2. ATITUDE

ATITUDES DE:	Grau de Compreensão	Grau de Importância
Agir com justiça	1 2 3	1 2 3 4 5
Agir com ética	1 2 3	1 2 3 4 5
Compromisso com os objetivos da instituição	1 2 3	1 2 3 4 5
Compromisso com as necessidades do usuário	1 2 3	1 2 3 4 5
Negociador	1 2 3	1 2 3 4 5
Empreendedor	1 2 3	1 2 3 4 5
Ser aberto às mudanças	1 2 3	1 2 3 4 5
Ser aberto ao dialogo e saber ouvir	1 2 3	1 2 3 4 5
Ser um líder educador	1 2 3	1 2 3 4 5
Compromisso com o trabalho em equipe	1 2 3	1 2 3 4 5
Ser aberto a criticas	1 2 3	1 2 3 4 5
Empatia com a equipe e usuários	1 2 3	1 2 3 4 5

Quais outras atitudes o gerente de saúde deve possuir para administrar sistemas e serviços de saúde?

ANEXO 4 - Dados do pré-teste do questionário

I - Bloco de perguntas-Conhecimentos	Grau de Compreensão			Grau de Importância				
	1	2	3	1	2	3	4	5
Políticas de saúde								
Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde								
Tipos de assistências oferecidas pelos serviços de saúde								
Programas assistenciais								
Modelos assistenciais								
Epidemiologia para a gestão de sistemas e serviços de saúde.								
Gerenciamento de informação								
Planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde.								
Gestão de pessoas.								
Políticas de saúde								
Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde								
Tipos de assistências oferecidas pelos serviços de saúde								
Programas assistenciais								
Modelos assistenciais								
Epidemiologia para a gestão de sistemas e serviços de saúde.								
Gerenciamento de informação								
Planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde.								
Gestão de pessoas.								

Que outros conhecimentos você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, que foram abordados no curso?

R: Comunicação e marketing

Que outros conhecimentos você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, que não foram abordados no curso?

R: Gestão do Conhecimento

Das abordagens acima, quais você retiraria da grade curricular?

3 - Bloco de perguntas - Atitudes	Grau de Compreensão			Grau de Importância				
Agir com justiça								
Agir com ética								
Compromisso com os objetivos da instituição								
Compromisso com as necessidades do usuário								
Negociador								
Empreendedor								
Ser aberto às mudanças								
Ser aberto ao diálogo e saber ouvir								
Ser um líder educador								
Compromisso com o trabalho em equipe								
Ser aberto a críticas								
Empatia com a equipe e usuários								
Quais outras atitudes o gerente de saúde deve possuir para administrar sistemas e serviços de saúde?								
R: Perseverança, otimismo e automotivação								
R: Ser positivo e ser finalístico								
R: Ser paciente e ser determinado								
R: Paciência								

Formato do questionário : aprovado

ANEXO 5 - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Conselho Nacional de Saúde
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 222707	
Pesquisa de Pesquisa Avaliação da Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos Gestão, competências, administração, gerência, capacitação, avaliação, formação de recursos humanos					
Nº de Sujeitos no Centro 284	Total Brasil 284	Nº de Sujeitos Total 2284	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável ROBERTO PARADA CLEDENIR FORMIGA CASIMIRO			CPF 270.867.207-04	Identidade 52188297	
Área de Especialização GESTÃO, POLÍTICA E PLANEJAMENTO			Maior Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço Rua Miguel Lemos, nº8. 506			Bairro	Cidade RIO DE JANEIRO - RJ	
Código Postal 20520-054	Telefone (21) 25132526		Fax	Email Cleide@ims.uerj.br	
Termo de Compromisso					

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica da pesquisa acima. _____

Data: ____/____/____ Assinatura

Instituição Onde Será Realizado			
Nome Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ		CNPJ 33.540.014/0001-57	
Unidade/Órgão Instituto de Medicina Social		Participação Estrangeira SIM	
Endereço R São Francisco Xavier 524		Bairro Maracanã	
Código Postal 20559900	Telefone 21 25877303	Fax 21 22641142	Email .
Patrocinadora			
Nome ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE		CNPJ ./-	
Endereço SETOR EMBAIXADA NORTE, LOTE19		Bairro ASA NORTE	
Código Postal 70.8000-40	Telefone 61 34269538	Fax	Email
Responsável Diego Victoria		Cargo / Função Representante da OPAS/OMS	

ANEXO 6 - Questionário para Avaliação da Formação de Gestores
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde

DATA: ____/____/____ Nº ID.:

ENTREVISTADOR: _____

OBSERVAÇÕES:

ASS.: _____

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES

Pesquisadores:

Doutoranda: Cledenir Formiga Casimiro

Doutoranda Carla Gouveia

Dr. Prof. Roberto Parada.

Orientadora: Anna Maria Campos

DATA: ____/____/____ N° ID.:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo: _____ Idade: _____

Tempo de trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Cargo anterior à conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do
IMS/UERJ: _____

Cargo após a conclusão Curso de Especialização em Gestão de Saúde do
IMS/UERJ: _____

Cargo atual: _____

Instituição onde Trabalha: _____

Instituto de Medicina Social da Faculdade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde.

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES

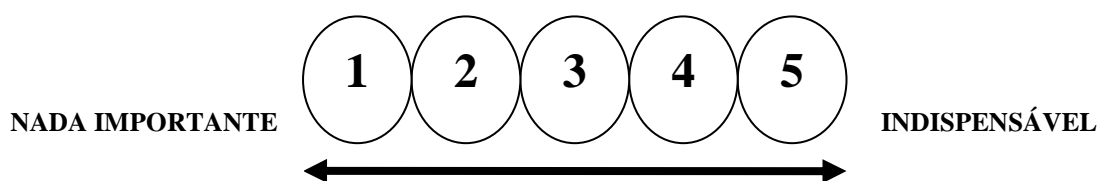
Prezado Sr. (Sra.),

Este estudo tem como principal objetivo avaliar as dimensões de competências gerenciais requeridas ao gestor de saúde, com vistas ao aperfeiçoamento dos programas de formação nesta área. Considerando que a presente pesquisa trabalhará com a percepção dos egressos de um programa de capacitação em gestão de saúde, solicitamos sua colaboração enquanto egresso do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ. Sua participação será responder as perguntas fechadas abertas e do questionário abaixo, entendendo que: O curso que você realizou está montado em um conteúdo de competências que se desdobram em dimensões de conhecimento, habilidades e atitudes. O que se pretende conhecer com esta pesquisa é sobre a utilização real dessas dimensões desenvolvidas no seu dia a dia de trabalho, através do grau de importância que você lhe confere para sua prática profissional. Qual quer dúvida, favor comunicar-se com :

Cleide@ims.uerj.br

021 - 2513 – 25 26 021 – 2568- 3414

ATENÇÃO PARA O GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS RESPOSTAS!



- Quanto mais próximo do número 1 você marcar sua resposta, menor será o grau de importância.
- Quanto mais próximo do número 5 você marcar sua resposta, maior será seu grau de importância.

Valores:

- 1- Nada Importante
- 2- Pouco Importante
- 3- Importante
- 4- Muito Importante
- 5- Indispensável

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde

ASSINALE COM UM X A SUA RESPOSTA

Dimensão de competência de gestão de saúde:

1. CONHECIMENTO

CONHECIMENTOS DE:	Grau de Importância
Missão, visão, valores e objetivos da instituição de saúde	1 2 3 4 5
Organização dos serviços de saúde	1 2 3 4 5
Modelos assistenciais	1 2 3 4 5
Epidemiologia para a gestão de sistemas e serviços de saúde.	1 2 3 4 5
Gerenciamento de informação	1 2 3 4 5
Planejamento e programação para gestão de sistemas e ou serviços de saúde.	1 2 3 4 5
Gestão de pessoas.	1 2 3 4 5
Gerência de ambiente.	1 2 3 4 5
Gerência de logística (estoque, fluxo de materiais, suprimentos, transporte...)	1 2 3 4 5
Elaboração de políticas, normas e procedimentos, para gestão de sistemas e serviços de saúde	1 2 3 4 5
Gestão de pesquisas em serviços de saúde	1 2 3 4 5
Modelos de gestão de saúde	1 2 3 4 5
Construção e interpretação de indicadores de saúde	1 2 3 4 5
Financiamento da saúde	1 2 3 4 5
Administração financeira em saúde (custos, contabilidade, fluxo de caixa...)	1 2 3 4 5
Gestão de mudanças nas organizações de saúde	1 2 3 4 5
Gestão e avaliação da qualidade em saúde	1 2 3 4 5
Comunicação e marketing	1 2 3 4 5
Gestão de tecnologia em saúde	1 2 3 4 5
Sistemas de saúde	1 2 3 4 5
Legislação	1 2 3 4 5
Regulamentação	1 2 3 4 5
Sistemas de saúde suplementar	1 2 3 4 5
Controle social e instâncias de gestão	1 2 3 4 5

Que outros CONHECIMENTOS você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, **que foram** abordados no curso?

Que outros CONHECIMENTOS você identifica como necessários para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, **que não foram** abordados no curso?

Do elenco de CONHECIMENTOS citados, quais você **retiraria** da grade curricular?

ASSINALE COM UM X A SUA RESPOSTA

Dimensão de competência de gestão de saúde:

2. HABILIDADE

HABILIDADES DE:	Grau de Importância
Comunicar-se com a equipe e usuário	1 2 3 4 5
Identificar problemas	1 2 3 4 5
Solucionar problemas	1 2 3 4 5
Criar e inovar no seu trabalho e com a equipe	1 2 3 4 5
Identificar oportunidades positivas	1 2 3 4 5
Desenvolver o trabalho em equipe	1 2 3 4 5
Promover e manter relacionamento profissional com a equipe e o usuário	1 2 3 4 5
Possuir visão sistêmica	1 2 3 4 5
Promover o uso do planejamento como prática gerencial	1 2 3 4 5
Negociação com a equipe, superiores e usuários	1 2 3 4 5
Gerenciar programas e pesquisas	1 2 3 4 5
Liderar a equipe de trabalho	1 2 3 4 5
Identificar novas lideranças na equipe de trabalho	1 2 3 4 5
Capacidade de síntese	1 2 3 4 5

Que outras HABILIDADES você identifica como necessárias para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, **que foram** abordados no curso?

Que outras HABILIDADES você identifica como necessárias para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, **que não foram** abordados no curso?

ASSINALE COM UM X A SUA RESPOSTA

Dimensão de Competências do programa de Gestão de Saúde

3. ATITUDE

ATITUDES DE:	Grau de Importância
Agir com otimismo	1 2 3 4 5
Compromisso com os objetivos da instituição	1 2 3 4 5
Compromisso com as necessidades do usuário	1 2 3 4 5
Negociador	1 2 3 4 5
Ser aberto às mudanças	1 2 3 4 5
Ser aberto ao diálogo e saber ouvir	1 2 3 4 5
Compromisso com o trabalho em equipe	1 2 3 4 5
Processar críticas	1 2 3 4 5
Motivar a equipe	1 2 3 4 5

Que outras ATITUDES você identifica como necessárias para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, **que foram** abordados no curso?

Que outras ATITUDES você identifica como necessárias para o desempenho do gerente de sistemas e serviços de saúde, **que não foram** abordados no curso?

ANEXO 7 - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 222707	
Pesquisa de Pesquisa Avaliação da Formação de Gestores em Sistemas e Serviços de Saúde					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum			Grupo Grupo III		Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos gestão, competências, administração, gerência, capacitação, avaliação, formação de recursos humanos					
Sujeitos na Pesquisa					
Centro	Nº de Sujeitos no	Total	Nº de Sujeitos	Grupos Especiais	
	284	284	284		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO		Banco de Materiais Biológicos NÃO
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável ROBERTO PARADA Cledenir Formiga Casimiro			CPF 270.867.207-04 CPF = 363.429637-20		Identidade 52188297 Identidade 2734215-3
Área de Especialização POLÍTICA E PLANEJAMENTO			Maior Titulação DOUTORADO		Nacionalidade BRASILEIROS
Endereço RUA CONDE DE BONFIM, 470 APT 802			Bairro TIJUCA		Cidade RIO DE JANEIRO - RJ
Código Postal 20520-054		Telefone (21) 22347378 /		Fax (21) 25691142	
Email PARADA@IMS.UERJ.BR		Email Cleide@ims.uerj.br			
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.</p> <p>Aceito as responsabilidades pela condução científica da pesquisa acima. _____</p> <p>Data: ____/____/____ Assinatura</p>					
Instituição Onde Será Realizado					

Nome Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ		CNPJ 33.540.014/0001-57		Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Instituto de Medicina Social		Participação Estrangeira NÃO		Pesquisa Multicêntrico NÃO	
Endereço R São Francisco Xavier 524		Bairro Maracanã		Cidade Rio de Janeiro - RJ	
Código Postal 20559900	Telefone 21 25877303	Fax 21 22641142	Email .		
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste pesquisa, autorizo sua execução.</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data: ____/____/____ Assinatura</p>					
Patrocinadora					
Nome ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE			CNPJ ./-		
Endereço SETOR EMBAIXADA NORTE, LOTE19		Bairro ASA NORTE		Cidade BRASILIA - MG	
Código Postal 70.8000-40	Telefone 61 34269538	Fax		Email	
Responsável Diego Victoria		Cargo / Função Representante da OPAS/OMS			

ANEXO 8 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

**DECLARAÇÃO**

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Avaliação da formação de gestores em sistemas e serviços de saúde" (CAAE - 0021.0.259.000-09), coordenado por Roberto Parada, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 15/09/2009.

Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2009

M. Maria Helena Costa-Couto
p/ MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

ANEXO 9 - Lista de especialistas do Grupo Focal

1. Ana Maria Schneider – Subsecretária de Saúde do Município do Rio de Janeiro.
2. Antônio da Cruz Mendes – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.
3. Fernando Cupertino – Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS); Universidade Federal de Goiás.
4. Gonçalo Vecina Neto – Hospital Sírio Libanês de São Paulo.
5. Heider Aurélio Pinto – Fundação de Saúde da Família da Secretaria de Estado da Bahia.
6. Marismary Hoth de Seta – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ no Rio de Janeiro..
7. Veneza Berenice de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais.

Anexo 10 - Termo de consentimento livre e esclarecido grupo focal

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar do Grupo Focal a ser realizado no âmbito da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES PARA SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a) que a pesquisa é coordenada por Roberto Parada, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 23340235 Ramal 129, ou e-mail Cleide@ims.uerj.br

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais, são: avaliar as competências desenvolvidas pelos egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do IMS/UERJ nos anos recentes; identificar as competências requeridas ao gestor de saúde com vistas ao aperfeiçoamento dos programas de formação de gestores de saúde.

Minha colaboração se fará por meio de participação nas discussões do Grupo Focal, que serão gravadas, a ser realizado no dia 12 de março de 2010, no IMS/UERJ, das 09:00 às 13:00 horas. A Coordenação da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do Coordenador: _____

ANEXO 11 - Grupo Focal

Roteiro desenvolvido na atividade do Grupo Focal na pesquisa de: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE GESTORES PARA SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE:

PARA DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL:

1ª parte : Prezados participantes observem as dimensões de conhecimentos abaixo relacionadas:

- Organização dos serviços; gerenciamento da informação; planejamento e programação; gestão de pessoas; avaliação e qualidade em saúde; gestão de redes.
- Controle Social; saúde suplementar; gerenciamento do ambiente; logística; modelo de gestão; instancias de gestão; e comunicação e marketing.
- Modelos Assistenciais; epidemiologia para a gestão em saúde; elaboração de políticas, normas e indicadores; gestão de pesquisas; sistemas de saúde; financiamento; legislação; regulação; e administração financeira.

1) Considerando a escala abaixo qual o grau de importância de cada uma das dimensões de conhecimento para a formação do gestor de sistemas e serviços de saúde?

Graus :

- 1- Nada Importante
- 2- Pouco Importante
- 3- Importante
- 4- Muito Importante
- 5- Indispensável

- 1) Existe uma ordem de importância entre os blocos? Que mudanças você faria em cada bloco?
- 2) Na sua experiência quais são as principais deficiências na formação do gestor de sistemas e serviços de saúde?
- 3) Que Modelo Pedagógico deve ser adotado para a formação desses profissionais?

Relação dos participantes e o Roteiro do Grupo Focal encontram-se no anexo 13.