

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE GESTORES PARA A SAÚDE  
PÚBLICA/COLETIVA**

CURITIBA

2016

MARIA DE LOURDES DE ALMEIDA

**COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE GESTORES PARA A SAÚDE  
PÚBLICA/COLETIVA**

Relatório de tese a ser apresentado a banca de defesa do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem.

Linha de Pesquisa do orientador: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Aida Maris Peres  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Maria Manuela Frederico Ferreira.

**CURITIBA  
2016**

Almeida, Maria de Lourdes de  
Competências essenciais de gestores para a saúde pública/coletiva / Maria de Lourdes de Almeida -  
Curitiba, 2016.  
244 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres  
Coorientadora: Professora Dra. Maria Manuela Frederico Ferreira  
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde.

Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Tradução. 2. Competência profissional. 3. Saúde pública. 4. Gestão em saúde. 5. Administração de recursos humanos em saúde. I. Peres, Aida Maris. II. Ferreira, Maria Manuela Frederico. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.173068

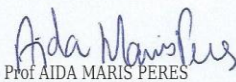


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7

### TERMO DE APROVAÇÃO

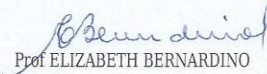
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **MARIA DE LOURDES DE ALMEIDA**, intitulada: "**COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE GESTORES PARA A SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 22 de Junho de 2016.



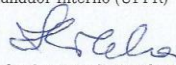
Prof AIDA MARIS PERES

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)



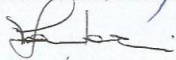
Prof ELIZABETH BERNARDINO

Avaliador Interno (UFPR)



Prof ISABEL CRISTINA KOWAL OLM CUNHA

Avaliador Externo (UNIFESP)



Prof MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI

Avaliador Interno (UFPR)

Prof REINALDO ANTONIO SILVA-SOBRINHO 

Avaliador Externo (UNIOESTE)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família que ao seu modo acompanharam e apoiaram todo este percurso, que com a sua alegria e presença ajudaram nas etapas percorridas.

Em especial a minha mãe, meus irmãos Airton, Marcos, Luciane, Ana Caroline e Alexandre.

Aos meus amados sobrinhos Victor Hugo, Bruna, Fabrício, Elery, Natan, Melina, criaturas cheias de amor que com seus sorrisos e carinhos ajudaram a aliviar a carga da jornada, quando esta estava pesada.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, e aos demais docentes do curso, meus sinceros agradecimentos.

À Professora Dra Aida Maris Peres, orientadora, pela contribuição no meu crescimento profissional e na pesquisa, e pela amizade construída desde o mestrado.

À Dra. Maria Manuela Frederico Ferreira pelo coorientação da tese e pelo acolhimento durante o doutorado sanduíche na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Aos membros do *Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde da UFPR (GPPGPS/UFPR)*, pela oportunidade e troca de experiências durante a minha trajetória no Mestrado.

Aos Professores Dra. Elizabeth Bernardino, Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Dr. Reinaldo Antônio da Silva Sobrinho, Dr<sup>a</sup>. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, pelas contribuições na minha banca de qualificação e pelo aceite em participar da banca de defesa.

À professora Maria de Fátima Mantovani pelo aceite em participar da banca de defesa.

Aos docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, pelo apoio em todas as fases do processo de capacitação.

À Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, pelo apoio financeiro concedido por meio do Programa de Apoio a Capacitação Docente das Instituições Públicas de Ensino Superior do Paraná – Doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro para cursar o doutorado e o doutorado sanduíche e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná, pela concessão do afastamento para a Pós-Graduação.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em especial a Unidade de Investigação – UICISA – E pelo acolhimento para o doutorado sanduíche.

Aos especialistas em saúde pública/coletiva e aos profissionais de saúde que atuavam em cargos gerenciais que se disponibilizaram a participar das etapas desta pesquisa

À minha família, que apesar de não entenderem tudo que envolve o doutorado, mostraram seu apoio em momentos cruciais da caminhada, em especial a minha irmã Luciane.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma colaboraram para o êxito desse trabalho.

## RESUMO

ALMEIDA, M. L. 2016. **Competências essenciais de gestores para a saúde pública/coletiva**. 244 f. tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

As competências essenciais para os profissionais que atuam na saúde pública/coletiva correspondem a um conjunto de habilidades fundamentais desejáveis para as dimensões da prática profissional. A identificação dessas competências contribui para o desenvolvimento da força de trabalho, pois serve como ponto de partida e reforço para as organizações de saúde compreenderem a necessidade deste tipo de investimento a fim de melhorar a prestação do cuidado à saúde. Na atenção à saúde, o gestor representa papel de destaque para que os objetivos sejam atingidos e atua num processo contínuo de exercício da autoridade e das responsabilidades a depender da esfera governamental em atua. A presente pesquisa teve como objetivos traduzir e adaptar à realidade brasileira o documento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde; e, construir um instrumento para mapear as competências dos gestores a partir deste. A pesquisa é do tipo exploratória, metodológica de abordagem quantitativa realizada em duas etapas: Tradução e adaptação transcultural do documento Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas, e construção de um instrumento para mapeamento de competências de gestores que atuam na atenção à saúde, a partir do documento traduzido e adaptado ao português do Brasil com aplicação da técnica Delphi a 130 especialistas e a 36 gestores por meio do questionário. A população do estudo para a primeira etapa foram tradutores e especialistas em saúde pública/coletiva; para a segunda etapa, na técnica Delphi, foram profissionais de saúde, especialistas em gestão na saúde pública/coletiva, e profissionais de saúde que ocupavam cargos de gestão nos diversos níveis da Secretaria Municipal de Foz do Iguaçu e Secretária Estadual de Saúde (9ª Regional de Saúde) para a fase de verificação do poder de interpretação do instrumento. Os resultados da primeira etapa mostraram que a tradução e adaptação transcultural do documento, a fase da tradução inicial, consenso entre tradutores, retrotradução e comitê de especialistas exigiram ajustes a fim de que o primeiro objetivo da pesquisa



fosse atingido; apesar das competências essenciais serem sugeridas para a América Latina, o processo de tradução e adaptação ao contexto brasileiro evidenciou maior dificuldade para atingir o consenso na tradução inicial, que foi realizada por três tradutores independentes; o comitê de especialistas ocorreu de forma que as versões fossem revistas e a adaptação cultural realizada. Os resultados da segunda etapa, a técnica Delphi, indicam que os respondentes concordaram mais sobre a importância dos itens à medida que eles eram avaliados novamente; os resultados direcionaram para a manutenção dos 56 itens no instrumento, pois ao final das três rodadas, a maioria dos itens mostrou-se importante, na opinião dos especialistas, quanto às competências essenciais sugeridas para o gestor na saúde pública; na comparação entre a opinião dos especialistas do painel Delphi com os gestores conclui-se que as opiniões de especialistas e gestores da saúde pública/coletiva não divergem no que concerne à importância das competências essenciais em saúde pública/coletiva definidas no instrumento e as que os profissionais participantes da verificação do poder de interpretação do instrumento consideram importantes para serem desenvolvidas. Conclui-se que as competências essenciais sugeridas no estudo são importantes para o gestor que atua na saúde pública/coletiva.

**Palavras-chave:** Tradução. Competência Profissional. Saúde Pública. Gestão em Saúde. Administração de Recursos Humanos em Saúde.

## ABSTRACT

ALMEIDA, M. L. 2016. **Essential competencies for managers of public healthcare**. 236 f. tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

The essential competencies for professionals who work at the public health system correspond to a set of fundamental desirable skills for the dimensions of professional practice. Identifying these skills contributes to the development of the workforce, as it serves as a starting point and reinforcement for the healthcare organizations to be aware of the necessities required for this type of investment in order to improve the delivery of health care. In health care, the manager plays a prominent role for the achievement of certain objectives and operates a continuous process of exercising his or her authority and responsibilities, depending on the governmental sphere in which the manager acts. This study aimed at translating and adapting to the Brazilian reality the document *Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas*, suggested by the Pan American Health Organization. The study also aimed at building an instrument to map the skills of managers from the *Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas*, translated and adapted to the Brazilian reality. This research is exploratory and has a methodological quantitative approach performed in two stages: a) the translation and cultural adaptation of the document *Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas*; b) the formulation of an instrument for mapping the skills of managers who work in health care, utilizing the translated document, which has been adapted to the Brazilian context of key competences for human resources in health in the American continents. The Delphi technique has been applied through a questionnaire to experts and managers. The participants of the first stage of the study consisted of translators and experts in public health; for the second stage, for the Delphi technique, there were health professionals, management experts in public health, and health professionals who held management positions at various levels of the Municipal Department of Foz do Iguaçu and the State Secretary of Health (9th Regional Health) for the verification phase of the power of instrument interpretation. The results of the first stage have shown that the translation and cultural adaptation

of the document – the phase of initial translation, consensus amongst translators, back-translation and expert committee – demanded some adjustments for the first objective of the research to be reached. Despite the fact that the essential competencies are suggested for Latin America, the process of translation and adaptation to the Brazilian context presented considerable difficulty in achieving consensus on the initial translation, which was performed by three independent translators; the committee of experts occurred in a way that the versions were reviewed and the cultural adaptation was performed. The results of the second stage, the Delphi technique, indicate that the respondents agreed more on the importance of the items as they were assessed again; the results directed to the maintenance of the 56 items on the instrument, since, at the end of three rounds, most of the items proved to be important, in the opinion of experts, regarding the basic skills suggested to the manager in public health; in comparing the views of experts of Delphi panel with the opinions of the managers, it has been concluded that the judgments of experts and managers of public health do not differ regarding the importance of basic skills in public health which were defined in the instrument, and regarding the ones that the professional participants of the verification of the power of instrument interpretation consider to be important to develop. It has been concluded that the essential skills suggested in the study are important for the manager engaged in public health.

**Keywords:** translating. Professional Competence. Public Health. Health Management. Health Personnel Management.

## LISTA DE QUADRO

QUADRO 1	APRESENTAÇÃO DOS DOMÍNIOS E NÚMERO DE COMPETÊNCIAS POR DOMÍNIO DO MRCESP.....	55
QUADRO 2	ESQUEMA COM AS FASES PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS ADOTADOS NA PESQUISA.....	64
QUADRO 3	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO E A CRONOLOGIA PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EM SALUD PUBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EM LA SALUD DE LA REGION DE LAS AMÉRICAS</i> .....	69
QUADRO 4	FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA TÉCNICA DELPHI COM OS ESPECIALISTAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.....	82
QUADRO 5	FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI COM OS ESPECIALISTAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.....	84
QUADRO 6	FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA TERCEIRA RODADA DA TÉCNICA DELPHI COM OS ESPECIALISTAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.....	86
QUADRO 7	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU.....	88
QUADRO 8	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.....	89
QUADRO 9	APRESENTAÇÃO DOS DOMÍNIOS COM DIVERGÊNCIA ENTRE OS TRADUTORES NA DESCRIÇÃO DO NOME, 2015.....	94
QUADRO 10	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E	

	CONSENSO NA TRADUÇÃO DA DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS.....	95
QUADRO 11	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO PRIMEIRO DOMÍNIO.....	100
QUADRO 12	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO.....	103
QUADRO 13	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO.....	107
QUADRO 14	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUARTO DOMÍNIO.....	111
QUADRO 15	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUINTO DOMÍNIO.....	114
QUADRO 16	QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEXTO DOMÍNIO.....	117
QUADRO 17	APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2015.....	137
QUADRO 18	APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015.....	139
QUADRO 19	APRESENTAÇÃO DAS 23 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA SEGUNDA RODADA DE	

	MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2015.....	147
QUADRO 20	APRESENTAÇÃO DAS 12 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA SEGUNDA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015.....	147
QUADRO 21	APRESENTAÇÃO DAS CINCO COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA TERCEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015.....	150
QUADRO 22	APRESENTAÇÃO DAS SETE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA TERCEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015.....	150
QUADRO 23	APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS QUE NÃO TIVERAM CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE A SEGUNDA E TERCEIRA RODADA (P-VALOR > 0,05).....	149
QUADRO 24	COMPETÊNCIAS QUE OBTIVERAM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DOS GESTORES.....	162
QUADRO 25	COMPETÊNCIAS QUE NÃO OBTIVERAM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DOS GESTORES.....	164
QUADRO 26	PROPOSTA PARA O MAPEAMENTO DAS COMPETÊNCIAS DOS GESTORES QUE ATUAM NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA A PARTIR DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	200

## LISTAS DE TABELAS

TABELA 1	DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, SEGUNDO O GÊNERO E A IDADE, BRASIL, 2015.....	127
TABELA 2	- DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, SEGUNDO O ESTADO DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 2015.....	128
TABELA 3	DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, SOBRE A FORMAÇÃO, BRASIL, 2015.....	129
TABELA 4	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, QUANTO A PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO, BRASIL, 2015.....	130
TABELA 5	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, QUANTO AO TIPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA, BRASIL, 2015.....	131
TABELA 6	ÁREA/CARGO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, BRASIL, 2015.....	133
TABELA 7	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PRIMEIRA RODADA, BRASIL, 2015.....	134
TABELA 8	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS	

	RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, SEGUNDA RODADA, BRASIL, 2015.....	142
TABELA 9	CORRELAÇÕES DE SPEARMAN ENTRE OS ITENS DA 1ª E 2ª RODADA (N=103).....	144
TABELA 10	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, TERCEIRA RODADA, BRASIL, 2015.....	149
TABELA 11	CORRELAÇÕES DE SPEARMAN ENTRE OS ITENS DA 2º E 3º RODADA (N=84).....	152
TABELA 12	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS GESTORES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, BRASIL, 2015.....	159
TABELA 13	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO PRIMEIRO DOMÍNIO, 2015.....	166
TABELA 14	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA , ESTATÍSTICAS DE TESTE <sup>a</sup> NO PRIMEIRO DOMÍNIO, 2015.....	166
TABELA 15	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO SEGUNDO DOMÍNIO, 2015.....	167
TABELA 16	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICAS DE TESTE <sup>a</sup> NO SEGUNDO DOMÍNIO, 2015.....	168



TABELA 17	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO TERCEIRO DOMÍNIO, 2015.....	169
TABELA 18	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICA DE TESTE NO TERCEIRO DOMÍNIO, 2015.....	170
TABELA 19	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, POSTOS NO QUARTO DOMÍNIO, 2015.....	170
TABELA 20	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICA DE TESTE NO QUARTO DOMÍNIO, 2015.....	171
TABELA 21	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO QUINTO DOMÍNIO, POSTOS, 2015.....	171
TABELA 22	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO QUINTO DOMÍNIO, ESTATÍSTICA DE TESTE <sup>a</sup> , 2015.....	172
TABELA 23	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO SEXTO DOMÍNIO, POSTOS, 2015.....	172
TABELA 24	COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, POSTOS NO SEXTO DOMÍNIO, 2015.....	173

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO PRIMEIRO DOMÍNIO.....	153
GRÁFICO 2	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO.....	154
GRÁFICO 3	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO.....	154
GRÁFICO 4	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO.....	155
GRÁFICO 5	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO.....	155
GRÁFICO 6	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO.....	156
GRÁFICO 7	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO QUARTO DOMÍNIO.....	156
GRÁFICO 8	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO QUINTO DOMÍNIO.....	157
GRÁFICO 9	COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEXTO DOMÍNIO.....	157

## LISTA DE SIGLAS

OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
MRCESP	- Marco Regional de Competências essenciais para a saúde pública
FESP	- Funções Essenciais em Saúde Pública
SUS	- Sistema Único de Saúde
DCN	- Diretrizes Curriculares da Graduação dos cursos em saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
APS	- Atenção Primária à Saúde
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
FTSP	- Força de Trabalho em Saúde Pública
INSP	- Instituto Nacional de Saúde Pública do México
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
ATC	- Adaptação Transcultural
BT1	- Back Translation 1
BT2	- Back Translation 2
T1	- Tradutor 1
T2	- Tradutor 2
IWH	- Institute for Work & Health
DPES	- Departamento de Assistência Especializada
DPAB	- Departamento de Atenção Básica
DPGS	- Departamento de Gestão da Saúde
DPSC	- Departamento de Supervisão e Controle
DPVS	- Departamento de Vigilância em Saúde
SPSS	- Statitical Pakage for the Social Sciences
IESP	- Instituição de Ensino Superior Pública
IESPR	- Instituição de Ensino Superior Privada
AGEP	- Assistência, gestão, ensino e pesquisa
E	- Ensino

EP	- Ensino, pesquisa
GEP	- Gestão, ensino e pesquisa
AP	- Assistência e ensino
AEP	- Assistência, ensino, pesquisa
GE	- Gestão, ensino
AGE	- Assistência, gestão e ensino
SMS	- Secretária Municipal de Saúde
SESA	- Secretária Estadual de Saúde
FU -	- Fundação
OS -	- Organização Social
EP -	- Empresa pública

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
1.1	OBJETIVO.....	29
1.2	APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA PESQUISA.....	29
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	31
2.1	MODELOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	31
2.2	NOÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	34
2.3	MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS.....	40
2.4	COMPETÊNCIAS DO GESTOR PARA A SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.....	43
2.5	MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	46
2.6	MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA (MRCESP).....	51
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b> .....	56
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	56
3.2	ETAPAS DA PESQUISA.....	56
3.3	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	57
3.4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA.....	58
3.4.1	TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DOCUMENTO MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.....	58
3.4.1.1	A REALIZAÇÃO DA TRADUÇÃO E A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL.....	64
3.4.1.1.1	Autorização para a tradução do MRCESP.....	65
3.4.1.1.2	Tradução inicial.....	65
3.4.1.1.3	Síntese das traduções e consenso.....	66
3.4.1.1.4	Retrotradução ( <i>back-translation</i> ).....	66
3.4.1.1.5	Composição de um comitê de especialistas e versão final traduzida.....	67
3.5	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA	

	SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA.....	70
3.5.1	A técnica Delphi.....	70
3.5.2	A Seleção dos Participantes.....	75
3.5.3	Construção do instrumento para mapeamento das competências essenciais para os gestores que atuam na saúde pública/coletiva.....	77
3.5.4	Procedimentos para a aplicação da primeira rodada da Técnica Delphi.....	79
3.5.5	Procedimentos para a aplicação da segunda rodada da Técnica Delphi.....	83
3.5.6	Procedimentos para a aplicação da terceira rodada da Técnica Delphi.....	85
3.6	VERIFICAÇÃO DO PODER DE INTERPRETAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	87
3.6.1	Participantes da pesquisa.....	87
3.6.2	Local da coleta dos dados dos gestores da saúde pública/coletiva.....	87
3.6.3	Procedimentos para a coleta dos dados dos gestores da saúde pública/coletiva.....	89
3.7	ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	89
3.8	CONTRIBUIÇÃO DO DOUTORADO SANDUICHE NO EXTERIOR.....	91
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>93</b>
4.1	RESULTADOS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA PARA OS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DA REGIÃO DAS AMÉRICAS.....	93
4.2	RESULTADOS DA APLICAÇÃO DAS RODADAS DA TÉCNICA DELPHI .....	126
4.2.1	Caracterização dos especialistas que compuseram o painel nas três rodadas da Técnica Delphi.....	127
4.2.2	Resultados da aplicação da primeira rodada da técnica	

	Delphi.....	133
4.2.3	Resultados da aplicação da segunda rodada da técnica Delphi.....	141
4.2.3.1	Avaliação da 1º rodada <i>versus</i> 2º rodada.....	144
4.2.4	Resultados da aplicação da terceira rodada da técnica Delphi.....	148
4.2.4.1	Avaliação da 2º rodada <i>versus</i> 3º rodada.....	151
4.2.4.2	Avaliação das três rodadas.....	152
4.3	RESULTADOS DA VERIFICAÇÃO DO PODER DE INTERPRETAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	158
4.3.1	Caracterização dos gestores da saúde pública/coletiva.....	158
4.3.2	Resultados da opinião dos gestores sobre as competências essenciais para a gestão da Saúde pública/coletiva.....	159
4.3.3	Comparação entre a opinião dos juizes e gestores sobre as competências essenciais para a saúde pública/coletiva.....	165
4.3.4	Versão final do instrumento	174
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	188
5.1	TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MRCEP.....	188
5.2	TÉCNICA DELPHI .....	189
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	201
6.1	QUANTO A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PÚBLICA DA REGIÃO DAS AMÉRICAS.	201
6.2	SOBRE A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI AOS ESPECIALISTAS EM GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA..	201
6.3	RESULTADOS DA VERIFICAÇÃO DO PODER DE INTERPRETAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	202
6.4	6.3 SOBRE A COMPARAÇÃO DA OPINIÃO ENTRE OS ESPECIALISTAS EM GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA E GESTORES QUE ATUAM NOS NÍVEIS DE GESTÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.....	203
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	204
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	207

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>217</b>
<b>APÊNDICE 1 - EMAIL CONVITE PARA ESPECIALISTA.....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE 2 - EMAIL LEMBRETE PARA OS ESPECIALISTAS PARTICIPANTES DO PAINEL.....</b>	<b>219</b>
<b>APÊNDICE 3 - EMAIL PARA PRORROGAÇÃO DO PRAZO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.....</b>	<b>220</b>
<b>APÊNDICE 4 - EMAIL CONVITE E ORIENTAÇÕES PARA OS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.....</b>	<b>221</b>
<b>APÊNDICE 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR.....</b>	<b>222</b>
<b>APÊNDICE 6 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO PARA AUTORA.....</b>	<b>224</b>
<b>APÊNDICE 7 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRA TRADUÇÃO PARA OPAS.....</b>	<b>225</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>226</b>
<b>ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO DA AUTORA.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO DA OPAS.....</b>	<b>228</b>
<b>ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DA SMS PARA A PESQUISA.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE PARA A PESQUISA.....</b>	<b>230</b>
<b>ANEXO 5 - MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EM SALUD PÚBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO 6 – PARECER CEP.....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXO 7 – PARECER CEP – ADENDO.....</b>	<b>244</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A globalização impõe mudanças constantes no mundo do trabalho e em seus processos, que por sua vez afetam o perfil de profissionais requeridos para nele atuar. Desta forma, o setor de prestação de serviços, com destaque ao de saúde, exige cada vez mais outro tipo de trabalhadores, considerados competentes para contribuir com os objetivos, metas e resultados organizacionais nesta lógica. (MANENTI *et al.*, 2012).

A palavra competência, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), refere-se à capacidade de um indivíduo para executar uma função e sua definição operacional está relacionada com a declaração de ações desenvolvidas de acordo com níveis de profundidade em que é definido um conjunto básico de conhecimentos, habilidades e atitudes além da experiência necessária para ajustar a capacidade e desempenho de um papel. (OPAS, 2013).

Para a efetividade na gestão, faz-se necessário identificar e desenvolver a competência dos gestores a partir de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas para os resultados, ter visão sistêmica, compartilhar informações e conhecimentos, liderar equipes, gerenciar pessoas, ter capacidade de inovação e competência técnica. (MINAS, 2007).

O termo “competências” tem sido apontado como tendo várias origens e com diferentes enfoques em diversos países. No campo da saúde pública, o debate surge pelas mudanças no perfil epidemiológico e do modelo assistencial e na necessidade de investimento, e no desenvolvimento de recursos humanos frente a essas situações. (FRAGELLI, SHIMIZU, 2012).

As competências essenciais para os profissionais que atuam na saúde pública correspondem a um conjunto de habilidades fundamentais desejáveis para as dimensões da prática profissional, da educação e pesquisa neste campo do conhecimento, isto é, utilizadas na resolução de problemas de saúde da comunidade, de forma eficaz e eficiente. (PUBLIC HEALTH FOUNDATION, 2014; OPAS, 2013). A identificação dessas competências tem como objetivo o desenvolvimento da força de trabalho, pois serve como ponto de partida e reforço para as organizações de saúde compreender a necessidade deste tipo de investimento a fim de melhorar a prestação do cuidado à saúde. (PUBLIC HEALTH FOUNDATION, 2014). Isso significa que é papel institucional resolver problemas de

saúde da população de maneira eficaz e eficiente, com requisitos necessários a todos os profissionais que exerçam a atividade profissional na saúde pública, independente do campo de atuação ou da atividade desenvolvida. (OPAS, 2013).

De forma mais específica, as competências essenciais podem ser utilizadas na avaliação de desempenho do pessoal que atua na saúde pública a fim de identificar a necessidade de formação, desenvolvimento e planejamento para a educação permanente e elaboração na descrição do trabalho. Por isso, as organizações que prestam serviços de saúde pública podem interpretar e adaptar as competências essenciais de forma que atendam suas necessidades organizacionais específicas. (PUBLIC HEALTH FOUNDATION, 2014).

No que tange ao debate sobre construção de modelos de competências para a saúde pública, em 2008 ocorreu o movimento da *Galway Consensus Conference*, que evidenciou uma preocupação internacional com o tema nessa área, frente a um novo cenário de saúde e, a demanda por profissionais preparados para tal. (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013).

Este evento teve como objetivo a promoção do diálogo e intercâmbio de conhecimento entre estudiosos internacionais sobre domínios de núcleo de competência, normas e formas de garantir qualidade na preparação profissional e prática de promoção da saúde e especialistas em educação de saúde. (ALLEGIANTE *et al*, 2009).

No que diz respeito à atenção à saúde na América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), uma extensão da Organização Mundial de Saúde, tem focalizado esforços na saúde pública nesta região. No final da década de 1990, a OPAS lança a Iniciativa Saúde Pública nas Américas como forma de fortalecer o papel de liderança dos países em saúde pública. (OPAS, 2011; CONEJERO *et al*, 2013).

A saúde pública, devido ao seu objeto, sujeito, campos do conhecimento e sua prática, que é específica, tem sido tratada por esses organismos como uma parte funcional e operativa identificada dentro do sistema de saúde, em que se pode ter identidade funcional e operativa específica. Para caracterizá-la operativamente como parte desse sistema e otimizar seu desempenho, a OPAS propôs a identificação dessas funções de saúde pública. Assim sendo, as funções essenciais em saúde pública são entendidas como um conjunto de ações a serem realizadas com um fim concreto e necessário para atingir o objetivo central, que consiste em

melhorar a saúde da população. Tal propósito caracteriza a finalidade da saúde pública propriamente dita. (OPAS, 2002).

A partir dessa iniciativa da OPAS, um grupo de trabalho composto por vários países da América, identificou onze Funções Essenciais em Saúde Pública (FESP) e desenvolveu uma metodologia para medir seu desempenho, sendo aplicada em quase todos os países dessa região. A oitava FESP — desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública — foi a segunda função que apresentou desempenho mais baixo. (CONEJERO *et al.*, 2013).

Frente a isto, a OPAS percebeu a necessidade de implementar tanto estratégias de cooperação em campo virtual de saúde pública e quanto a caracterização da força de trabalho nessa área. Ficou evidente que não era a escassez numérica dos recursos humanos o problema mais grave da região das Américas, mas sim, a preparação insuficiente dos profissionais da área somada à escassez de competências que eles possuíam. (CONEJERO *et al.*, 2013).

Assim, a OPAS, por entender ser necessário um processo específico ao contexto das Américas, levando em conta as experiências anteriores na definição de competências ao trabalhador da saúde pública e considerando ainda a saúde, a realidade social e política regionais, e com o objetivo de fortalecer as capacidades de saúde pública (OPAS, 2007), convocou *experts* de vários países da América Latina para dar início à construção do Marco Regional de Competências essenciais para a saúde pública (MRCESP). Este marco tem como objetivo apoiar de forma estratégica os países das Américas no fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde pública e, ainda, estimular o desenvolvimento de planos mestres de formação e capacitação dos recursos humanos em saúde como uma estratégia para otimizar o desempenho das FESP. (CONEJERO *et al.*, 2013, OPAS, 2013).

É importante ressaltar que, para a definição das competências essenciais para a saúde pública, o grupo de trabalho, a partir da OPAS, analisou as experiências prévias, elaboradas em 2008, e bem sucedidas no Reino Unido e nos Estados Unidos por meio do *Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice*. (OPAS, 2010).

A fim de compor um quadro de pessoal com profissionais preparados para a realidade do modelo assistencial predominante no Brasil e do contexto epidemiológico, destaca-se a importância da realização de estudos na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, que apontem para novos modelos

de trabalho, fundamentados em novas formas de ensinar e de gerenciar, a fim de dar conta das mudanças que se apresentam no modelo de atenção à saúde. (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013).

Para tal, faz-se necessário otimizar as competências para a gestão, visto que esta oferece práticas para a condução do processo de decisão que apoiam as ações para que os objetivos organizacionais sejam atingidos. A forma como isso acontece é o que torna as organizações preparadas a fim de utilizar de forma correta os recursos disponíveis. (OPAS, 2016).

No caso da atenção à saúde pública, o gestor representa papel de destaque para que os objetivos sejam atingidos e atua num processo contínuo de exercício da autoridade e das responsabilidades a depender da esfera governamental em que atua. Desempenha papel marcante na gestão do Sistema Único de Saúde e deve ter seu trabalho pautado nos princípios da reforma sanitária. É de responsabilidade do gestor comandar o sistema de saúde no qual exerce funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (TOCANTINS, 2015).

A justificativa para esta pesquisa está no fato de que existe relativa escassez de referenciais voltados para o aspecto metodológico do mapeamento de competências. Embora esta seja um elemento central na gestão por competências, de forma geral, seu mapeamento tem sido negligenciado pelas organizações e por profissionais que atuam na gestão de pessoas. A literatura nacional tem privilegiado discussões conceituais sobre a sua noção, estudos empíricos e proposições teóricas neste tema (BRANDÃO, 2012), em detrimento de estudos sobre sua aplicação nas instituições.

A presente pesquisa parte do pressuposto de que o mapeamento das competências dos gestores que atuam na atenção à saúde pública no nível municipal e estadual pode ser um subsídio ao reconhecimento das competências atuais dos gestores, requeridas para a sua prática profissional no contexto da saúde pública, bem como a identificação das lacunas para o desenvolvimento destas competências. Considerando a especificidade e a complexidade da prestação de serviços de saúde pública, emerge a questão de pesquisa:

*As competências descritas no Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os recursos humanos em saúde de região das Américas*

*sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde podem ser usadas para mapear as competências do gestor que atua na saúde pública/coletiva no Brasil?*

## 1.1 OBJETIVOS

- Traduzir e adaptar à realidade brasileira o documento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde da língua espanhola para o português do Brasil.
- Construir um instrumento para mapear as competências a partir do Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os Recursos Humanos em Saúde de Região das Américas sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde, traduzido e adaptado à realidade brasileira.
- Validar o conteúdo do instrumento construído.

## 1.2 APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA PESQUISA

O relatório da pesquisa organiza-se em capítulos e é estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo são apresentados o problema da pesquisa e os objetivos, o segundo trata da apresentação do referencial teórico metodológico e nela constam os seguintes temas: modelos de gestão na atenção à saúde, noção de competências, modelo de gestão por competências. No segundo ainda descrevem-se as competências do gestor para a saúde pública/coletiva e também apresenta-se o referencial para o mapeamento de competências e descrevem-se as competências sugeridas no documento Marco Regional de competências essenciais em saúde pública.

Na sequência, no capítulo três, apresenta-se o referencial metodológico e descreve-se o percurso percorrido para que os objetivos propostos na pesquisa fossem atingidos. Esse capítulo inicia-se pela descrição do tipo de pesquisa e as suas etapas, aspectos éticos, discorre-se sobre o referencial adotado para a primeira etapa, a tradução e adaptação cultural do documento *Marco Regional de competencias esenciales en salud pública para los recursos humanos en salud de la región de las Américas*. Ainda, no terceiro são apresentados os procedimentos para a realização da tradução e adaptação cultural das competências essenciais

sugeridas pela OPAS, o referencial teórico sobre a Técnica Delphi, bem como o procedimento para a sua utilização na presente pesquisa e os procedimentos metodológicos para a coleta de dados dos gestores da saúde pública/coletiva. Também se coloca neste capítulo a descrição do doutorado sanduíche realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e sua contribuição para a análise dos resultados da pesquisa.

O capítulo quatro consta da apresentação dos resultados da pesquisa: processo de tradução e adaptação transcultural das competências essenciais em saúde pública sugeridas pela OPAS e da aplicação das rodadas da técnica Delphi para os especialistas em saúde pública/coletiva. O quinto capítulo refere-se à análise e discussão dos dados e, no sexto, expõem-se as conclusões do estudo. Por fim, no sétimo capítulo encontram-se as considerações finais do estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de situar o leitor acerca do referencial teórico que fundamentou a pesquisa, são apresentados os subcapítulos que compuseram o referencial teórico e seguem a sequência: Modelos de gestão na atenção à saúde; noção de competências; modelo de gestão por competências; competências do gestor para a saúde pública/coletiva; mapeamento de competências e marco Regional de Competências essenciais em saúde pública (MRCESP).

### 2.1 MODELO DE GESTÃO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os serviços de saúde estão organizados de forma a caracterizar o resultado histórico e evolutivo dos diversos modelos de administração e gestão desenvolvidos ao longo dos anos. (MININEL; FELLI, 2012). A complexidade dos problemas e o desenvolvimento do conhecimento na área da saúde pedem a utilização de novos métodos e processos, que se impõem cada dia mais, de modo a garantir o alcance dos objetivos da área. Nesse contexto, a gestão aparece como um campo do saber e articula elementos para intervenção na realidade individual ou coletiva, nos espaços informais e formais, isto é, nas organizações de saúde. (VALE; OLIVEIRA, 2012).

A forma de se compreender e vivenciar a gerência sofrem transformações no decorrer da história e, ao mesmo tempo, muitas vezes coexistem à medida que se observam mudanças no trabalho assistencial e gerencial. Duas abordagens teóricas procuram explicar o gerenciamento das organizações de um modo geral e o gerenciamento em saúde: os modelos da racionalidade e o modelo histórico-social. (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Campos (2010) denomina “racionalidade gerencial hegemônica” a busca das várias teorias de aproximar o trabalho humano ao funcionamento de uma máquina como forma de regulação deste. Para ele, o trabalho em saúde tem especificidades que amplificam a tensão entre a racionalidade gerencial hegemônica e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano. A racionalidade ainda predomina nas ações gerenciais dos serviços de saúde como modelo clássico de gestão, fortemente embasado nos pressupostos das teorias científicas, clássica e burocrática, e tem as seguintes características como principais: o organograma e a

estrutura verticalizada; a centralização de poder; a hierarquização e a divisão do trabalho; o foco nas tarefas e nas estruturas e o controle como forma de disciplina, como consequência de um trabalho alienado, com modo de funcionar com normas, rotinas e departamentalização. (MININEL; FELLI, 2012).

Vale e Oliveira (2012) inferem que a gestão, como um campo do saber, diz respeito a uma forma especializada de se administrar os elementos tangíveis e intangíveis, envolve as dimensões sociais, políticas e econômicas, bem como o espaço do trabalho e exige dos profissionais de saúde competências que concretizem a atenção à saúde com eficiência e eficácia para atender à complexidade do processo saúde-doença das pessoas.

No contexto atual de descentralização, a gestão pública dos serviços saúde caracteriza-se pelo exercício das funções gestoras, as quais não são realizadas apenas por gestores, mas também por quem assume cargos técnicos e assistenciais. (SOUZA; MELO, 2009). Percebe-se que, a gestão da saúde encontra-se em transição da forma burocrática e tradicionalista, focada na gerência dos instrumentos de trabalho, para priorizar a definição de metas, gestão de linhas do cuidado, foco em resultados, humanização do atendimento, organização dos serviços, incorporação de sistemas de informação no gerenciamento. Em outras palavras, a gestão tem priorizado a resolução de problemas de saúde relevantes e a avaliação de resultados. (VALE; OLIVEIRA, 2012).

Os profissionais da saúde precisam aderir ao modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, numericamente, estão cada vez mais inseridos no setor público. Cabe destacar o trabalho dos enfermeiros que participam da organização do sistema de saúde, assumindo, muitas vezes, as funções na coordenação e na prestação dos serviços de saúde, o que caracteriza uma atuação no processo de gestão, mesmo que estes profissionais não participem como dirigente ou gerente. (SOUZA; MELO, 2009). Uma pesquisa realizada pelo conselho federal de Enfermagem evidenciou que 56,9% dos profissionais que compõem a equipe de Enfermagem trabalham no setor público. (COFEN, 2015).

Sabe-se que os serviços de saúde, principalmente os da área hospitalar, ainda são influenciados pelos modelos *taylorista*, *fordista* e burocrático da administração clássica. Assim, busca-se utilizar modelos gerenciais e tecnologias modernas que sejam capazes de garantir aos clientes a assistência integral, através de serviços humanizados, competentes e com ética. Além disso, preocupa-se em



trabalhar a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, além de tratar da emancipação e cidadania dos usuários e profissionais de saúde. (VALE; OLIVEIRA, 2012).

Frente as novas demandas da área da saúde, percebe-se uma desarticulação e desconstrução do modelo de gestão tradicional instituído. Há a proposta de um novo modelo com características diferentes das práticas gerenciais do antigo modelo de gestão. Essas novas propostas gerenciais para a área da saúde enfatizam a desconstrução da rigidez dos organogramas com estruturas enxutas, a criação de unidades autônomas, a descentralização das decisões e a intensificação da comunicação lateral como uma maneira de superar as lacunas do modelo anterior e coexistente com o novo. (MININEL; FELLI, 2012).

No que diz respeito ao processamento das decisões sobre as políticas de saúde, no SUS as diretrizes para a sua organização são estabelecidas pela Constituição de 1988. Isto é relevante ao se considerar que o funcionamento do sistema de saúde inclui grande quantidade de serviços e pessoal, tais como os dirigentes, os profissionais de saúde, os prestadores de serviços, empresários e os usuários do serviço. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

O SUS, em seu processo de institucionalização tem novas competências e responsabilidades governamentais estabelecidas; o que envolve negociações e pactos intergestores num contexto de condições desiguais, com diversidade e pluralidade, inovações conceituais, logísticas, tecnologias e instrumentos que interferem na gestão do setor. (CARVALHO *et. al.*, 2012).

A direção do SUS, segundo a Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal n. 8.080 de 1990 –, é única em cada esfera do governo, e os órgãos responsáveis pelas funções do poder executivo na área da saúde são o Ministério da Saúde, em nível nacional, e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes, nos níveis estaduais e municipais. Essa Lei refere-se às condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamentos dos serviços de saúde (Brasil, 1990). Assim, o termo “gestor do SUS” tem sido utilizado como referência ao ministro da saúde e aos secretários estaduais e municipais de saúde. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

O gestor do SUS é a autoridade sanitária em cada âmbito do governo e as ações políticas e técnicas são pautadas pelos princípios norteadores da reforma sanitária brasileira. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). Vale lembrar que a

presente pesquisa enfoca o gestor de saúde, considerando os seus vários espaços de atuação, e não especificamente o gestor do SUS conforme o conceito apresentado no parágrafo anterior.

O processo de gestão do SUS tem o Pacto pela Saúde como uma estratégia articulada em três dimensões fundamentadas nos princípios de criação do SUS: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Nesses instrumentos de gestão, a ênfase está nas necessidades de saúde da população, com as prioridades definidas e articuladas na busca de melhoria do acesso aos serviços de saúde, o planejamento regional com definição das redes de atenção, aperfeiçoamento dos mecanismos de governança e dos processos de pacto tripartite. (CARVALHO *et. al.*, 2012).

O Pacto pela Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde em 2006, tem o intuito de consolidar o SUS no país, representam um compromisso público assumido pelos gestores. No Pacto pela Vida, o Ministério da Saúde constitui um reforço no SUS na gestão pública por resultados, estabelecimento de compromissos sanitários, pactuando de forma tripartite para implementação pelos entes federados. (RAMOS; GRIGOLETO, 2012).

No caso de profissionais para atender ao modelo assistencial de Saúde da Família, o perfil está relacionado a um gerenciamento voltado para a humanização, dinamicidade, em que o enfoque gerencial é para os dados epidemiológicos, sociais, de estrutura, e educação e inter-relacionamento pessoal, em que o autor conceitua como gerenciamento humanizado sem desconsiderar a especificidade da área. (RAMOS; GRIGOLETO, 2012).

A política de saúde do Brasil, desde a sua Constituição em 1988, tem evidenciado mudanças na função dos gestores da atenção à saúde pública nas esferas nacional, estadual e municipal do governo. Isso deve-se ao processo de descentralização político-administrativa, que sofreu influência da agenda de implantação de do SUS. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

## 2.2 NOÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A noção de competência assume muitos significados no mundo do trabalho e na formação e o conceito desta merece longas discussões. Uma destas definições

mostra estar implícito o enfrentamento de um tipo de situação na qual se solicita do indivíduo a capacidade de mobilizar recursos cognitivos. (LE BORTEF, 2003).

Uma proposta para o conceito de competência foi inicialmente apresentada em 1973, por David McClelland, com o intuito de se conseguir aperfeiçoar os testes de inteligência nos processos de seleção de pessoas para as organizações. Este conceito foi ampliado com foco nos processos de avaliação e orientação de ações de desenvolvimento do profissional. (DUTRA, 2013).

Para Perrenoud (2000), a competência não é por si mesma o *savoir-faire*, isto é, o saber-fazer ou atitude. A mobilização referida pelo autor somente é pertinente em uma dada situação, sendo cada uma singular, única, mesmo quando se pode compará-la com outras situações que já foram encontradas pela pessoa.

Outro autor importante na construção do conceito de competências foi Boyatzis, que, em 1982, caracterizou as demandas de certos cargos na organização e buscou consolidar ações ou comportamentos esperados para tal. Este autor evidenciou inquietação com relação à entrega do indivíduo no contexto em que este estava inserido. Para ele, a percepção do contexto é essencial para que a pessoa consiga apresentar comportamentos aceitáveis. Todavia, foram autores como Le Bortef e Zarifian que associaram a questão de agregação de valor e entrega em certo contexto independente do cargo, assim, é a partir da própria pessoa. (DUTRA, 2013).

No cenário brasileiro, o debate sobre a emergência da noção de competência parte da academia e adentra paulatinamente as organizações brasileiras, já que a maioria destas utilizavam práticas de gestão de pessoas pautadas na estrutura de cargos que tinham como referência o modelo taylorista, introduzido na década de 1930, como forma de organizar o trabalho. (FLEURY; FLEURY, 2001).

Assim, torna-se necessário que, ao descrever uma competência, sejam considerados os elementos complementares; os tipos de situação que proporciona certo domínio; os recursos que são mobilizados; os conhecimentos teóricos; as atitudes e as competências específicas; os esquemas motores de percepção, avaliação e antecipação da decisão e, ainda, a origem dos esquemas de pensamentos que permitem buscar, mobilizar e orquestrar os recursos necessários em situações complexas no momento em que acontecem. (PERRENOUD, 2000).

O debate sobre a apropriação do conceito de competência pelas organizações foi retomado pela necessidade de profissionais competentes adaptarem-se às novas atividades e funções que surgem da globalização e seu impacto no ambiente organizacional. (SILVA; ROQUETE, 2013). Além do campo empresarial, a noção de competência tem suscitado discussão também no âmbito governamental e, principalmente, na área da educação além de ser uma preocupação nos meios sindicais. (HIRATA, 2001).

Apesar disso, Hirata (2001) infere que não se pode afirmar que a lógica de competência tenha adentrado extensivamente o mundo do trabalho e da produção, pois suas características discretas não são observadas no trabalho feminino ou no trabalho operário não qualificado em médias e pequenas empresas. Sendo assim, esta lógica é ainda periférica e restrita às inovações e experimentações em grandes empresas.

A palavra “competente” vem do senso comum, que a define como uma pessoa qualificada para realizar dado serviço. Interessante que o oposto ou antônimo desta palavra implica a negação dessa capacidade e também insere uma sensação pejorativa e depreciativa, sinalizando que o indivíduo acha-se ou se achará marginalizado no mercado de trabalho e no reconhecimento social. (FLEURY; FLEURY, 2008).

Segundo Perrenoud (1999), a noção de competência tem múltiplos significados e não existe ainda uma definição clara e partilhada dela, sendo uma capacidade de agir com eficácia em certo tipo de situação apoiada em conhecimento, mas não se restringindo a ele. Isto se dá porque o indivíduo, ao enfrentar uma situação da melhor forma possível, coloca em ação e em sinergia diversos recursos cognitivos e, entre eles, o conhecimento.

Na proposta de definição de competência, Zarifian (2001, p. 69-70) sugere a integração de várias dimensões e formulações: “*a competência é o tomar iniciativa e assumir responsabilidade do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.*” O autor enfatiza as mudanças do trabalho, como o retroceder da prescrição, e valoriza a autonomia do sujeito. A palavra “assumir”, na proposta de conceito deste autor, remonta a assumir a competência, isto é, o resultado do processo individual em que o profissional aceita assumir determinada situação de trabalho e se responsabiliza por ela.

Na sequência, Zarifian (2001) retoma a questão do tomar iniciativa embutido no conceito da competência, em que esta é uma ação que modifica algo que existe, insere algo que não existia, cria ou começa algo. A responsabilidade é correspondente à contrapartida da autonomia e da decisão participativa. Desta forma, não se refere mais a obedecer ordens, e sim a assumir a responsabilidade pela avaliação da situação, pela iniciativa que esta demandar e, é claro, pelo resultado.

Para Le Bortef (2003), o profissional competente consegue coordenar sequências de ações para que um objetivo que tenha sentido seja atingido, pois saber fazer não significa saber agir, já que agir implica certa vontade. A competência considera a apreensão de um *continuum* que dá sentido à sequência de atos que terão impacto sobre os desempenhos realizados. Torna-se importante salientar que, na área de recursos humanos, o conceito de competência é considerado um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que interferem na maior parte do trabalho de um profissional e está relacionado com o desempenho no trabalho e tem referência à tarefa relativa a um cargo. (FLEURY; FLEURY, 2008).

Para se analisar ou descrever a emergência do modelo de competências, Zarifian (2001) refere-se às três mutações que ocorrem hoje no mundo do trabalho em termos de gestão das organizações: a noção de evento (ou incidente), a noção de comunicação e a noção de serviços. O evento é entendido como algo que acontece de maneira inesperada, parcialmente imprevista e que perturba o desenvolvimento normal do sistema de produção, que supera a máquina em sua capacidade de se autorregular. A noção de evento se desenrola na necessidade de reposição da atividade humana em função do avanço da tecnologia da informação de máquinas, entre outras. O trabalho humano se reposiciona neste novo contexto no confronto com o evento. (ZARIFIAN, 2001).

Já a noção de comunicação, para o autor, refere-se à construção de entendimento recíproco e base de compromisso para sucesso nas ações em conjunto, fato que vai de encontro às práticas tayloristas e se encaixam no novo modelo proposto, o de competências. O autor (ZARIFIAN, 2001), ao tratar da terceira mutação observada no mundo do trabalho, refere-se à noção de serviço. Para o trabalho é a geração de um serviço, pois é uma transformação no estado ou nas condições de uma atividade de outro humano ou instituição, os quais são os destinatários dos serviços.

Zarifan (2011) ainda faz uma segunda abordagem de competência, em que a competência provém da percepção prática de situações que se sustenta em conhecimentos adquiridos e os alteram quando aumenta a diversidade das situações. O autor, nesta abordagem, dá ênfase à dinâmica da aprendizagem, sendo que o termo entendimento prático, descrito por ele neste conceito, não se relaciona apenas na esfera cognitiva, pois inclui a dimensão compreensiva, que é mais sutil e difícil de formalizar.

A plasticidade das competências tem importância central no trabalho de Zarifian (2001), em que o autor se refere a ela como a faculdade de se reformular diante de oportunidades e de mudanças nas situações profissionais. Neste sentido, ele cita a necessidade da lógica de competência se distanciar da lógica da ocupação, visto que esta última, na sua definição tradicional, tende a conservar-se em regras rígidas, em ambiente profissional relativamente fechado, em que os produtos são dependentes do saber-fazer.

Ainda no que se refere a esta característica de plasticidade, é interessante observar que a competência real é uma conduta operacionalizada, pois, diante de uma situação a ser resolvida, o profissional elabora uma estratégia como resposta, evidencia que ser competente não diz respeito a assumir um único comportamento, pois várias condutas podem ser utilizadas na prática, vários recursos são mobilizados no campo da subjetividade do indivíduo, o terreno do saber-agir (LE BORTEF, 2003).

Essa plasticidade, pelos autores (LE BORTEF, 2003; ZARIFIAN, 2001), pode ser desenvolvida em situações em que exista apoio em conhecimentos profundos em campo técnico específico, em que se exigem sólidas habilidades de aprendizagem e generalizações e, principalmente, quando se encontra comportamento aberto à inovação.

Alguns autores (FLEURY; FLEURY, 2008; LE BORTEF, 2003; ZARIFIAN, 2001) não trabalham somente com o conceito da competência individual, pois focalizam também as equipes de trabalho e as organizações. Segundo eles, as competências são classificadas como humanas (profissionais) e organizacionais. As competências humanas são aquelas que se referem ao indivíduo ou a pequenos grupos e as competências organizacionais são aquelas específicas da organização ou a uma de suas unidades produtivas.

Um conceito ainda bastante utilizado e discutido é de *core competences*, ou competências essenciais, de Prahalad e Hamel (1990), as quais são aquelas que atribuem vantagens competitivas, geram valor distintivo percebido pelos clientes e são difíceis de serem imitadas pela concorrência. Refere-se a um aprendizado coletivo na organização para coordenar diversos tipos de produção e integrar múltiplas tecnologias.

Esses autores enfatizam a competência como um resultado de um processo cumulativo de conhecimento e essencialmente dependente da tecnologia. Eles enfatizam a importância de se criar o futuro e não apenas planejá-lo. Os administradores precisam entender as condições que podem acontecer e criar contextos coerentes com o que se quer atingir.

A competência coletiva é consequência do que desponta a partir da cooperação e da sinergia que devem existir entre as individuais, ou seja, um valor agregado, pode permanecer na organização, apesar da saída das pessoas (LE BORTEF, 2003). A etimologia da palavra sinergia vem do grego e é composta de *syn*, que quer dizer junto, e de *ergos*, que quer dizer trabalho. Devido a isso, esta palavra é bem aceita para se compreender a competência coletiva, já que esta emerge pelas articulações, combinações e trocas sustentadas das competências individuais. (LE BORTEF, 2003).

Esta competência tem chamado a atenção dos gestores, apesar de que ainda não seja tratada como uma prioridade na organização, segundo a qual o desempenho dependerá da capacidade de mobilizar e combinar os recursos de competências de seus profissionais (LE BORTEF, 2003). Outra situação advertida pelo autor é a em que a competência coletiva é uma competência em rede e não se deve limitar apenas à organização.

A noção de competência coletiva não deve ser equiparada com a noção de equipe, que tem a responsabilidade ampliada ou organizada por unidade, já que a própria organização pode ser considerada como um sistema de competências. Nessa concepção de competência, a forma de cooperação permitida é a origem do desempenho. (LE BORTEF, 2003).

Conforme o que foi exposto, as pessoas atuam como agentes de transformação dos conhecimentos, habilidades e atitudes em competências entregues na organização. Esta quando entregue funciona como agente de agregação de valor ao patrimônio de conhecimentos da organização que se for de

maneira efetiva continuará nesta mesmo quando o individuo não permanece nesta instituição. (DUTRA, 2013). Nesta pesquisa é este o conceito adotado, fortemente imbricado com a capacidade de entrega do profissional.

Após estas considerações, pode-se inferir que a competência representa um elemento de ligação, que permite alinhar a gestão de pessoas à estratégia da organização. Além disso, é necessário que exista uma harmonia entre os processos ou subsistemas de gestão de pessoas para que isso ocorra. (BRANDÃO, 2012).

### 2.3 O MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

Na atualidade, têm ocorrido diversas transformações na maneira como as organizações efetuam a gestão de pessoas em todo o mundo, motivadas pela inadequação dos modelos tradicionais de gestão de pessoas em atender as necessidades e as complexidades das empresas e das pessoas. (DUTRA, 2013 a).

Por isso, para as organizações contemporâneas, o domínio de certos recursos pode ser determinante do desempenho das pessoas e das organizações. O modelo de gestão por competências é sugerido como modelo gerencial alternativo em relação aos modelos e instrumentos tradicionais hoje ainda utilizados. (BRANDÃO; BARRY, 2005).

As abordagens tradicionais de gestão sofreram colapso a partir de pressões que emergiram na década de 1960 e foram consolidadas na década de 1980. Os processos de globalização, a turbulência crescente, a complexidade maior das arquiteturas organizacionais e das relações comerciais, a exigência de maior valor agregado dos produtos e serviços levaram as organizações a buscar mais flexibilidade e maior velocidade de resposta na estruturação das ocorrências internas e no enfrentamento de situações inusitadas e complexidade crescente. (DUTRA, 2013a).

Apesar disso, pode-se dizer que atualmente as práticas de gestão são afetadas por dois modelos que coexistem. O primeiro modelo, o modelo tradicional, é pautado nas concepções *Taylorista* e *Fordista*, nos quais o indivíduo é percebido como um operador com competência limitada que executa operações conforme uma prescrição, em que o saber-fazer é descrito como um comportamento esperado e observável. Sendo assim, a competência para esse modelo é objeto de uma gestão focada no controle. (LE BORTEF, 2003).



O segundo modelo de competência emerge do aumento da evidência da economia de serviço e tem o sujeito como um agente que consegue ir além da prescrição, ele sabe agir, isto é, tem iniciativa. Nesse modelo, considera-se que, diante de ações requeridas, existem várias formas de ser competente e diversas condutas podem ser apropriadas. A competência reconhece no indivíduo a possibilidade de desencadear e reunir recursos cognitivos. (LE BORTEF, 2003).

Para superar os modelos de gestão tradicionais, a gestão por competências é sugerida como modelo alternativo. Assim, parte do pressuposto de que o desempenho da organização é influenciado pelo domínio de certos recursos e propõe a gestão do *gap*, ou lacuna, de competências a fim de reduzir ao máximo a discrepância entre as competências necessárias para obtenção dos objetivos da organização e aquelas das que a organização já dispõe. (BRANDÃO; BARRY, 2005).

Nas organizações, o modelo de gestão tem sua materialidade por meio das políticas e práticas em que o gestor tem condições de avaliar os riscos e o impacto das suas decisões. (DUTRA, 2008). No caso da gestão por competências, refere-se a um modelo de gestão em que o conceito de competência é utilizado para orientar vários processos organizacionais, com destaque para a gestão de pessoas. Neste modelo, são utilizados diferentes estratégias e instrumentos com o objetivo de identificar, desenvolver e mobilizar as competências necessárias para o alcance dos objetivos organizacionais. (BRANDÃO, 2012).

A adoção da gestão por competências como modelo de gestão tem o foco em orientação dos esforços para o planejamento, captação, desenvolvimento e avaliação das competências nos diferentes níveis da organização, ou seja, a dimensão individual, grupal e organizacional. (CARBONE *et al.*, 2009).

Sobre a gestão por competências, Brandão (2012) refere-se ao termo utilizado para nomear este modelo de gestão, outros autores utilizam outras denominações para concepção semelhante. O autor relata que é frequente encontrar na literatura as expressões “gestão de competências” e “gestão baseada em competências”.

As organizações passam a necessitar de pessoas mais autônomas e com maior iniciativa, com perfil diferente do exigido até então, de obediência e submissão, à medida que o processo decisório é cada vez mais descentralizado, fica mais sensível no âmbito do comprometimento das pessoas com os objetivos

organizacionais. O grande desafio da gestão de pessoas é gerar e sustentar o comprometimento delas, o que só é possível se as pessoas perceberem que sua relação com as organizações agrega valor. (DUTRA, 2013).

A adoção do modelo de gestão por competências, tanto no Brasil como no exterior, e a visibilidade deste como um sinônimo de boa prática, segundo Brandão (2012), justifica-se por duas situações: o pressuposto de que as competências são determinantes do desempenho dos três níveis ou dimensões destas, de profissionais, equipe e organização; e a ocorrência da gestão por competências proporcionar a obtenção de consistência vertical e horizontal nos processos organizacionais, principalmente no que diz respeito às questões de gestão de pessoas, o que é complexo, mas indispensável para o sucesso de estratégias organizacionais.

Este modelo é um processo cíclico que envolve os diferentes níveis organizacionais, o corporativo, individual e grupal. Ele necessita estar em sintonia com a estratégia organizacional, conforme dito antes, isto é, alinhado à missão, à visão de futuro e aos objetivos organizacionais. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001). A primeira etapa para um modelo de gestão por competências é a formulação da estratégia organizacional, momento em que são definidas a sua missão, visão de futuro e seus objetivos estratégicos. A partir daí, definem-se os indicadores de desempenho e metas em função dos objetivos estratégicos que foram estabelecidos. (BRANDÃO; BARRY, 2005).

A definição da missão da organização refere-se ao propósito principal, à sua razão de existir e à visão de futuro. Assim, a visão refere-se ao planejamento futuro aspirado pela organização. Os objetivos estratégicos são os propósitos a serem atingidos, a situação que demonstra o que a organização busca atingir em determinado período de tempo. Assim, a partir dos objetivos estratégicos estabelecidos, os indicadores de desempenho podem ser definidos no nível corporativo e metas e, então, identificar as competências necessárias para concretizar o desempenho esperado. (CARBONE *et al.*, 2009).

A gestão de pessoas por competências é considerada por muitas pessoas como um modismo inadequado para as necessidades das organizações e das pessoas, mas se o conceito de competência for entendido de forma integral, utilizado na organização em conjunto com outros conceitos, pode promover avanço na compreensão da gestão de pessoas na empresa moderna. (DUTRA, 2013).

Nessa direção, uma legislação federal, por meio do Decreto Nº 5.707 de 2006, o qual institui a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal na administração pública federal direta, autárquica e fundacional, refere a avaliação baseadas nas competências do servidor público federal, o que reitera a relevância do tema na gestão de pessoas. (BRASIL, 2006).

Esse decreto conceitua o gestão por competências como gestão da capacitação que proporciona ao servidor desenvolver um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que são requeridas ao desempenho das funções desses, visando ao alcance dos objetivos organizacionais. (BRASIL, 2006).

No modelo de gestão por competências, uma etapa importante é o mapeamento de competências pelo fato de que é a partir do resultado desse processo que serão realizadas as ações de captação e desenvolvimento de competências, a avaliação e a retribuição. (BRANDÃO; BARRY, 2005). Diante do exposto pode-se inferir, grosso modo, que a gestão por competências tem como proposta garantir esforços para que as competências humanas possam gerar e sustentar as organizacionais necessárias para que os objetivos organizacionais sejam atingidos. (BRANDÃO, 2012).

#### 2.4 COMPETÊNCIAS PARA A GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA OU COLETIVA

Nos serviços de saúde, a gestão é uma prática administrativa que tem o objetivo de aprimorar a dinâmica das organizações para o alcance da eficiência, eficácia e efetividade. Para gerir esses serviços, o gestor faz uso de conhecimentos, técnicas e procedimentos a fim de atingir os objetivos organizacionais definidos. (TANAKA; TAMAKI, 2012).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de atenção vigente no Brasil, em seu processo de institucionalização, determinam-se novas competências e responsabilidades governamentais, assim, há um direcionamento para as negociações e pactos intergestores, num contexto de novos conceitos, logísticas, tecnologias e instrumentos que interferem na prática da gestão setorial. (CARVALHO *et al.*, 2012; MIRANDA *et al.*, 2012).

Frente a isso, a gestão dos serviços de saúde é um desafio devido à diversidade e complexidade das estruturas organizacionais destas instituições. Ainda, a gestão necessita considerar questões internas e externas da organização,

como as atividades se desenrolam dentro da instituição e fora, a sua função no sistema de saúde e o resultado do seu trabalho para a população. (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Cabe destacar que, a rigor, os termos “gestão” e “gerência” são sinônimos, tanto no aspecto vernacular quanto conceitual, e referem-se à ideia de dirigir e de decidir. Entretanto, no setor saúde, no Brasil, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o termo “gestão” tem sido empregado para designar as atividades de comando de macroesferas de ação ou decisão no âmbito do sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, e o termo “gerência” à internalidade das ações em unidades e serviços de saúde. A palavra “gestão” surge como referência ao espaço de articulação, interação, participação e decisão nas secretarias municipais e estaduais da saúde, bem como em nível de ministério da saúde, que desencadeiam ações gerenciais e assistenciais em unidades e serviços de saúde. Ou seja, aqui, refere-se à gestão no âmbito de sistemas de saúde. (CHAVES, TANAKA, 2012).

As competências advindas do modelo taylorismo/fordismo não foram substituídas pelas esperadas, nas formas flexíveis de organização e gestão do trabalho. Essas competências foram incorporadas em pontos da cadeia produtiva que não foram atingidos pela automação, combinação esta que passa a se constituir na estratégia para se obter ganhos de produtividade e, portanto, assegurar a competitividade. (KUENZER, 2003).

Na área da saúde as competências dos profissionais foram descritas nas primeiras Diretrizes Curriculares da Graduação dos cursos em saúde (DCN). (BRASIL, 2001) e entre estas foram apresentadas cinco competências gerenciais para enfatizar a participação coletiva desses profissionais na organização dos serviços de saúde. Estas competências gerenciais são as seguintes: tomada de decisão, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e educação permanente. (PERES; CIAMPONE, 2006). Para as instituições formadoras, cabe o desafio de auxiliar no desenvolvimento de tais competências e habilidades apontadas pelas DCN. (PERES *et al.*, 2011).

A identificação das competências dos profissionais que atuam na saúde pública melhora a transparência de sua relação com outras instituições e a sociedade e permite que esta saiba o que esperar desses profissionais. (BENAVIDES *et. al.*, 2006). A determinação da competência profissional se dá a

partir de um processo coletivo na forma de enunciados e componentes das capacidades. Deve possuir um profissional básico ou especializado em sua área de atuação, com vista à solução dos problemas a serem resolvidos de acordo com a demanda das funções que deve exercer características e dinâmica de sua prática. (GARCÍA; PADRÓN; REYES, 2012).

Na atualidade, as instituições necessitam de gestores cada vez mais qualificados e com maior nível de formação, já que existe uma nova concepção de organização competitiva, em que os recursos humanos e tecnológicos devem ser coerentes com a inovação, qualidade e produtividade. (JUST, LOBO, BERNARDINI, 2013).

O processo de identificação de competências profissionais deve ser dividido em duas fases: a definição seguida da padronização de competências. Para a definição, formulam-se os enunciados das áreas de competência, unidades e seus elementos. A padronização das competências consiste em formular normas nas quais se incluam os componentes implantados, isto é, categoria de aplicação, contexto de realização, recursos e critérios de desempenho, instrumentos de avaliação; conteúdos que o profissional deve conhecer e saber empregar com proficiência, habilidades que se devem por em prática, atitudes que se devem assumir e relações interpessoais que precisam ser mantidas. (GARCÍA; PADRÓN; REYES, 2012).

Uma pesquisa realizada no Sul do Brasil descreve os conhecimentos, as habilidades e as atitudes esperadas do gestor no trabalho na atenção básica. Os conhecimentos referem-se ao planejamento estratégico e operacional, sobre a legislação e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde, dinâmica interna da instituição, bem como conhecimentos dos valores e a cultura da organização. Ainda, espera-se que o gestor tenha conhecimentos sobre a gestão financeira, política, sistema e mercado de saúde, somados à gestão de pessoas, indicadores e metas e o conhecimento técnico. (DALAZEN; FILIPPIM, 2013).

Essa pesquisa (DALAZEN; FILIPPIM, 2013) revelou também, que as habilidades necessárias para este gestor são referentes ao processo de delegar atividades, tomada de decisão, comunicação, liderança, monitorar, avaliar e acompanhar os serviços de saúde, usar recursos de maneira produtiva, controlar gastos, trabalhar em equipe, negociação e gerenciamento de conflitos, criatividade e inovação.

E como atitudes que o gestor deve ter relacionam-se com postura ética, cobrar resultados, agir com objetividade e agilidade, qualificar-se, buscar informações, lidar com diversidade de opiniões, compartilhar informação, valorizar as pessoas, ter iniciativa e manter a impessoalidade. (DALAZEN; FILIPPIM, 2013).

Para o gestor da unidade com a Estratégia de Saúde da Família, espera-se que ele saiba lidar com o inesperado junto aos usuários na Unidade Básica de Saúde e domicílio, relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais, conhecer os procedimentos médicos assistenciais e mediar conflitos. Este profissional tem a função de manter em equilíbrio o trabalho da equipe multiprofissional. (RAMOS; GRIGOLETTO, 2012).

Em outra pesquisa, constatou-se que o perfil desejado pelo mundo do trabalho refere-se a ter uma visão crítica e reflexiva sobre a profissão e suas práticas, apropriação de saberes das áreas de ciências humanas e sociais, manutenção e atualização do saber técnico além dos conhecimentos da epidemiologia, trabalho em grupo, interdisciplinar e multiprofissional, domínios da saúde coletiva, gestão e planejamento em saúde na perspectiva do SUS, incorporação na prática dos conhecimentos de educação e promoção de saúde, entre outros. (COSTA; ARAÚJO, 2011).

## 2. 5 MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS

No contexto contemporâneo das organizações, a capacidade de desenvolver competências e a integração dessas nos objetivos organizacionais são fatos que promovem a eficácia e a eficiência, importantes fatores para o sucesso da organização. (BRANDÃO; BABRY, 2005). No campo da gestão de pessoas, o mapeamento de competências pode ser um direcionador para o diagnóstico das necessidades de capacitação, orientação no recrutamento e seleção de pessoas, auxiliar na formulação de estratégias de *endomarketing* (BRANDÃO, 2012).

Para o desempenho das pessoas e organizações, os domínios de certos recursos são imprescindíveis. Para tanto, o gerenciamento do *gap*, ou lacunas, de competências, ou diminuir o máximo possível a discrepância entre as competências necessárias para que os objetivos organizacionais sejam atingidos e aquelas que estão disponíveis na organização. (CARBONE *et al*, 2009; BRANDÃO; BABRY, 2005). O termo *gap* na língua inglesa quer dizer distância, lacuna, divergência. O

*gap* de competências vai indicar a existência de discrepância ou diferença em uma situação desejada, isto é, as competências que são almejadas pela organização e uma situação real, que são as competências que já estão presentes na organização. (BRANDÃO, 2012).

O mapeamento de competências traduz-se em importante etapa do modelo de gestão por competências, em que indicam as ações da organização para captar e/ou desenvolver as competências indicadas como relevantes nas instituições. (BRANDÃO, 2012). Para isso, torna-se necessário realizar o processo com precisão, rigor metodológico e uso de técnicas e instrumentos específicos, para minimizar o risco de ter prejuízo nas etapas de captação, desenvolvimentos e avaliação de competências.

O passo inicial desse processo consiste em identificar as competências (organizacionais e profissionais) necessárias à consecução dos objetivos da organização. Os autores alertam sobre os riscos que podem ocorrer ao simplesmente copiar as competências descritas em glossários ou dicionários. Estas são listas de descrições padronizadas e geralmente intituladas por substantivos como, por exemplo, iniciativa, proatividade, flexibilidade, entre outras. Este tipo de descrição partia do pressuposto de que existiriam competências universais, aplicáveis para qualquer empresa, e contextos sociais, econômicos e culturais. Nesse caso, o mapeamento de competências se resumiria à escolha das competências entre as sugeridas pelas fontes citadas. (BRANDÃO; BABRY, 2005).

Na opinião de Carbone *et al.* (2009), a competência humana se expressa no desempenho do indivíduo em sua função, por isso, pode-se utilizar as competências que já existem na organização e usá-las com instrumentos de avaliação de desempenho. Para a realização do mapeamento de competências, podem ser utilizadas técnicas com a análise documental, entrevista, grupo focal, construção e aplicação de questionário e observação. (BRANDÃO, 2012).

A pesquisa documental refere-se a uma técnica que tem como objetivo possibilitar a descrição objetiva e de forma sistemática do conteúdo de materiais escritos. A análise de conteúdo no mapeamento de competências refere-se ao exame de documentos da organização para a interpretação e descrição de seu conteúdo, define categorias de análise e identifica elementos que possibilita fazer inferências sobre as competências que são relevantes ao alcance dos objetivos e metas organizacionais. (CARBONE *et al.*, 2009).

Nesta análise são vistos ainda documentos que remetem à estratégia organizacional, tais como missão, visão de futuro, valores, posicionamento, objetivos, diretrizes, entre outros. Importante colocar que, a depender das características da organização em que as competências serão mapeadas, outros documentos podem ser analisados. Dentre eles pode-se citar a descrição das normas, regimentos, estatutos, portarias, pareceres técnicos, relatórios de gestão, planejamento e planos de ação, isto é, qualquer documento em que se encontrem informações necessárias e que se possa fazer inferências sobre quais são as competências relevantes a organização. (BRANDÃO; BABRY, 2005).

Torna-se importante considerar os aspectos metodológicos para a descrição das competências para que seja indicada sem equívocos o desempenho esperado do profissional. Para tanto, Brandão (2012) recomenda que nessa fase sejam evitados os seguintes pontos: construir descrições muito longas e com múltiplas ideais; obviedade; duplicidade ou redundâncias; abstrações; estrangeirismos e utilização de termos excessivamente técnicos que dificultem a compreensão pela população que se destina à competência; ambiguidades, que podem acontecer por falhas na pontuação ou na construção da oração. Palavras desnecessárias, a descrição deve ser concisa e clara; utilização de verbos inadequados que não expressam desempenhos explícitos, isto é, que são passíveis de serem observados no trabalho (saber, acreditar, ser pensar, conhecer internalizar).

A melhor maneira de se descrever as competências profissionais consiste em fazê-la na forma de referenciais de desempenho, comportamentos objetivos e que são possíveis de serem observados. (CARBONE *et al.*, 2009). Quando o mapeamento é realizado por meio de entrevista, técnica de pesquisa com bom número de utilização para este fim, a sugestão do autor é que esta seja gravada e que o pesquisador faça anotações que facilitem a compreensão das respostas posteriormente. (BRANDÃO; BABRY, 2005).

Utiliza-se, para mapear competências, a entrevista semiestruturada em que o entrevistador constrói perguntas seguindo um roteiro preestabelecido para obter do entrevistado as seguintes informações: descrição das situações de trabalho, comportamento, expectativas de clientela ou da sociedade sobre o desempenho da organização ou do profissional, expectativa da organização relacionada ao desempenho dos empregados, competências relevantes ao exercício de determinado papel do profissional, crenças, pensamento, percepções e demais



elementos que possam auxiliar na identificação de competências relevantes ao êxito da organização. (BRANDÃO, 2012).

Outra técnica que pode ser utilizada para o diagnóstico das competências relevantes e suas lacunas é o grupo focal, conforme já foi dito. Esta técnica consiste em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Visam conseguir informações aprofundando a interação entre os participantes. Existe a necessidade de um moderador para focalizar o tema, estimular a participação de todos que compõem o grupo, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão. Além disso, é necessária a presença de um relator, que pode auxiliar nos aspectos organizacionais e anotar o que surgir do processo criativo. (MINAYO, 2010).

Esta técnica não permite coletar as informações de um grande contingente de pessoas, devido ao tempo necessário para isto. Brandão (2012) sugere também o uso do questionário, que se compõe de um conjunto de questões que são articuladas de forma sistemática e têm como objetivo levantar informações escritas pelos participantes da pesquisa como forma de conhecer a opinião deles sobre o assunto em estudo. (SEVERINO, 2007).

Para o processo de mapeamento de competências, podem ser usados três tipos de questionário conforme refere Brandão (2012), os quais são os seguintes: o questionário estruturado, não estruturado e semiestruturado. Todavia, é mais comum a utilização do questionário estruturado e do semiestruturado.

A técnica da observação, também usada para mapear competências, é um procedimento que possibilita acessar fenômenos estudados. (SEVERINO, 2007). É necessário, para mapear competências ao utilizar o método de observação, adotar uma estrutura para direcionar o processo, tal como a seguinte (BRANDÃO, 2012): delimitação do objeto, definição de que tipo de abrangência das competências a serem mapeadas; elaboração de um roteiro; definição da amostra em que se considera a contribuição que podem dar ao processo; estabelecer formas de registrar os dados que pode ser gravação, anotações, fichas entre outras; a observação propriamente dita, apoiando-se no roteiro previamente definido; refinamento das anotações e ou gravações feitas; análise dos dados e descrição das competências observadas; cálculo da frequência com que as competências que surgiram.

O processo de diagnóstico das competências sugere também enumerar as competências já disponíveis na organização para que seja identificado o *gap*, ou seja, as lacunas de competências. Em outras palavras, é preciso analisar a discrepância entre as competências necessárias e as existentes na organização. (CARBONE *et al.*, 2009). Este processo, inventário das competências existentes na organização, de forma geral realiza-se por meio de avaliações de desempenho. (BRANDÃO, 2012).

Como foi dito, o mapeamento de competências responde à necessidade de diagnóstico da discrepância entre as competências que são necessárias em contrapartida com as existentes na instituição e, somado à utilização de instrumentos gerenciais específicos conforme mostrado nos parágrafos anteriores, pode-se afirmar que a competência é um entendimento prático de situações apoiada em conhecimentos adquiridos, transformando-os na medida em que aumenta a diversidade das situações, permitindo assim identificar esse *gap* e subsidiar o planejamento de ações de captação e de desenvolvimento de competências para minimizar as lacunas identificadas na organização. (CARBONE *et al.*, 2009).

Quando a captação ou desenvolvimento de competências não são realizados pela organização, a lacuna tende a aumentar devido ao ambiente complexo em que as organizações se encontram, em que novas competências são exigidas cada vez mais. Além disso, as competências que a organização já possui também podem tornar-se ultrapassadas ao decorrer do tempo. Por isso, os autores sugerem que o mapeamento, planejamento da captação e o desenvolvimento sejam realizados de forma periódica. (BRANDÃO; BABRY, 2005; CARBONE *et al.*, 2009).

A captação de competências significa a seleção de competências externas e sua integração ao contexto da organização. No que diz respeito às competências de nível individual, esse processo ocorre por meio do recrutamento e seleção de pessoal. Já no nível organizacional, a captação pode ser realizada por fusões, aquisições, parcerias e *joint venture* (empreendimentos conjuntos) e alianças estratégicas. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001). O desenvolvimento é o aprimoramento das competências disponíveis na organização do nível individual que se dá pela aprendizagem e, no nível organizacional, por investimentos em pesquisas. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

Diante do exposto, sobre a técnica para mapear as competências, considera-se que estas são relevantes para o alcance dos objetivos organizacionais,

e a identificação destas competências pode ser utilizada para direcionar vários processos na gestão de pessoas: aplicação na avaliação de desempenho, no diagnóstico de necessidades de capacitação, planejamento educacional, recrutamento e seleção de pessoal, para a retribuição da organização ao indivíduo, entre outros. (BRANDÃO, 2012).

## 2. 6 MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA (MRCESP)

No ano de 2010, a OPAS convidou pesquisadores dos vários países da América para a construção do Marco Regional de Competências Essenciais em saúde pública (MRCESP), em que 12 países participaram. A intenção da OPAS é a de que este documento, construído coletivamente por esses países, pudessem apoiar os Estados das Américas no fortalecimento da capacidade de seus sistemas de saúde, com o propósito de estimular o desenvolvimento de planejamento para a formação e capacitação dos recursos humanos em saúde, como uma estratégia de otimizar o desempenho das FESP. (CONEJERO *et. al.*, 2013). No contexto contemporâneo, considera-se que existe uma crise em torno da força de trabalho em saúde, o que é evidenciado como uma das questões mais urgentes enfrentadas pelos sistemas de saúde pública. (OPAS, 2007).

A OPAS considera que, de forma geral, um terço dos países e territórios na América Latina tem experimentado uma redução nos recursos humanos para a saúde, o que pode ser devido à migração. Mas o problema dos recursos humanos em saúde pública na região das Américas não é apenas numérico, pois é ainda mais grave a falta de preparo e a existência de competências limitadas na força de trabalho. Devido a esse panorama apresentado, nos países desenvolvidos surgiu a ideia de uma crise contemporânea de recursos humanos. (OPAS, 2010).

Em função disso, a última década foi marcada pelo debate sobre desenvolvimento de competências na área da saúde pública por vários países, em diferentes abordagens. Pode-se tomar como exemplo as experiências de países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia e Espanha. (OPAS, 2013).

Assim, a OPAS (2013) considerou necessário dar início a um processo para identificar as competências essenciais para os profissionais que trabalham na prestação de serviços de saúde ou de saúde pública, independente do ambiente em

que desenvolvem sua atividade profissional ou atividade específica. Para tanto, buscou-se considerar as experiências anteriores nesse âmbito, além da realidade de saúde, política e social dos países da região das Américas que buscam fortalecer a sua capacidade de saúde pública. O projeto proposto por esse órgão é de longo prazo. Busca-se motivar o uso do diagnóstico das competências essenciais dos profissionais como uma ferramenta para facilitar e desenvolver estratégias para a educação, formação e desenvolvimento de recursos humanos nos níveis nacional e regional. (OPAS, 2013).

O MRCESP visa a ser um instrumento para definição dos conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à saúde pública, necessário na força de trabalho da saúde. O documento surge em resposta à necessidade apresentada pela região das Américas para facilitar a formação de excelência, colaborar e dar consistência à força de trabalho dos sistemas de saúde dessa área. (OPAS, 2013).

A estratégia fundamental dessa proposta pauta-se em três eixos fundamentais: a construção do MRCESP; a medição das competências; e o planejamento de capacitação regional e nacional, dentre outras iniciativas como o campo virtual da saúde pública. (OPS, 2010). Para a OPAS (2013), a construção do MRCESP complementa outras estratégias centrais dela mesma, da OMS e da Organização das Nações Unidas (ONU), como a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS), as Funções Essenciais de Saúde Pública (HSPA) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

O MRCESP trata-se de uma proposta estratégica para apoiar os estados no fortalecimento dos sistemas de saúde pública. Ele é constituído por 56 competências essenciais, sendo distribuídas em 9 (nove) do domínio da análise da situação de saúde; 14 (quatorze) do domínio da vigilância e controle de riscos e danos; 10 (dez) do domínio da promoção da saúde e participação social; 7 (sete) do domínio da política, planejamento, regulação e controle; 8 (oito) do domínio da equidade no acesso e na qualidade nos serviços individuais e coletivos; e 8 (oito) no domínio da saúde global e internacional. (CONEJERO *et. al.*, 2013).

Esses domínios surgiram a partir da definição das FESP, sendo eles instrumentos definidos pelas OPAS como aquele que descreve tendências de competências e ações necessárias pelos sistemas de saúde para que o objetivo central da saúde pública seja atendido. (CONEJERO *et. al.*, 2013). A partir da identificação das competências essenciais de saúde pública, a sociedade e as

instituições podem ter um parâmetro do que esperar dos profissionais de saúde pelo conhecimento do que fazem e, assim, promover o seu desenvolvimento e oportunidade de emprego. (OPAS, 2013).

O MRCESP representa uma mudança de abordagem na lógica das competências como profissões, pois se refere àquelas de que uma pessoa necessita desenvolver em determinada profissão ou quando desempenha certo papel nas diferentes áreas de atuação dos sistemas de saúde. Trata-se das competências associadas às profissões ou funções. O MRCESP necessita do esforço de cada região para sua flexibilização e adaptação aos contextos heterogêneos de atuação dos profissionais. (CONEJERO *et. al.*, 2013).

A proposta para as competências essenciais considerou como ponto de partida três pontos chaves: as FESP, a atenção primária em saúde e os determinantes de saúde. Tais pontos permitiram determinar as áreas de trabalho ou domínios substantivos para determinar as competências, a fim de melhorar a abordagem metodológica, foi realizado um reagrupamento das FESP e ainda incorporou-se uma sobre a saúde internacional global. (OPAS, 2010).

A construção do MRCESP tem como base as reuniões de peritos, organizadas pelo Projeto de Recursos Humanos para a Saúde (HSS/AR) entre a OPAS 2005 e a OPAS 2008, que foram voltadas para caracterizar e fortalecer a Força de Trabalho em Saúde Pública (FTSP), em apoio à estratégia de atenção primária à saúde (APS), das FESP e dos objetivos do desenvolvimento do Milênio (ODM). Estes encontros convergiram para a importância do treinamento com foco e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde pública na região, para a consolidação dos planos de formação e continuamente atualizado, bem como para a necessidade de definir competências, orientador essencial do desempenho no trabalho no campo. (OPAS, 2013).

O processo iniciou-se em 2010, em Cuernavaca, no México, em que a OPAS e o Instituto Nacional de Saúde Pública do México (INSP) convocaram o 1º Workshop Regional para apresentar uma proposta de metodologia e trabalho e estabelecer o grupo regional e seis comitês de especialistas que ajudaram no projeto. Em 28 e 29 de março de 2011, foi realizado o 2º Workshop Regional, na Faculdade Nacional de Saúde Pública em Medellín, na Colômbia, em que foi apresentado o primeiro esboço do MRCSPP. Este projeto foi divulgado e discutido

com vários profissionais de saúde e representantes das autoridades de saúde em vários países da América Latina. (OPAS, 2013, OPAS, 2010).

Inicialmente, o grupo diagnosticou que na América Latina e no Caribe não existiam estudos anteriores ou relatórios relacionados com competência na saúde pública. Conforme refere Conejero *et al.* (2013), encontrou-se apenas um projeto com o objetivo de identificar um marco de competências genéricas para os cursos de saúde, incluindo a Enfermagem nessa região.

O 3º Workshop Regional foi realizado em Lima, no Peru, nos dias 14 e 15 de junho de 2011, na sede do Instituto Nacionais de Saúde, e serviu para o consenso da versão de orientação do grupo das competências essenciais de saúde pública apresentadas neste documento. Para completar o processo, uma oficina de validação no Caribe Inglês, que tinha sido realizada em Trinidad e Tobago em outubro de 2011, envolveu mais de 240 funcionários de 28 países da região, e representou todos os níveis de prática nos serviços de saúde, todos com diferente formação, ideologias e visões. (OPAS, 2013; OPAS, 2010; CONEJERO *et al.*, 2013).

O MRCESP é considerado um importante instrumento que traz como contribuição o rompimento com a lógica quantitativa de lidar com os recursos humanos na saúde. Além disso, configura as competências em saúde pública vinculada às instituições e aos campos da prática dos sistemas de saúde, além de proporcionar adesão a um modelo com fundamentação ética e com valores comuns para as áreas da prática em saúde pública e ainda abrange um modelo de competências de saúde global e promoção da saúde. (CONEJERO *et al.*, 2013).

O MRCESP pode proporcionar uma visão global, mais coerente do setor da saúde, em que ficam evidentes as contribuições dos diferentes atores envolvidos e a interação entre eles na prestação dos cuidados à saúde. Além disso, tem o objetivo de motivar o desenvolvimento, unificação e qualificação da força de trabalho em saúde a fim de superar as desigualdades em saúde e apoiar desenvolvimento de planos em saúde pública. (OPAS, 2013).

Também pode informar sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes e as formas de desenvolvimento profissional que as pessoas precisam possuir para contribuir na melhoria de saúde e bem-estar da população. (OPAS, 2013). Contribui também com uma base racional para o desenvolvimento de currículos e planos de formação, assim como para a criação de caminhos para a carreira profissional.

(OPAS, 2013). O MRCESP é composto por seis domínios e 56 competências (ANEXO 1). Os domínios são descritos no quadro (QUADRO 1):

QUADRO 1 - APRESENTAÇÃO DOS DOMÍNIOS E NÚMERO DE COMPETÊNCIAS POR DOMÍNIO DO MRCESP.

<b>Domínios</b>		<b>Quantidade de competências</b>
1	Análise da situação de saúde	9
2	Vigilância e controle de riscos e danos	14
3	Promoção da saúde e participação social	10
4	Políticas, planificação, regulação e controle	7
5	Equidade no acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos	8
6	Saúde internacional e global	8
<b>Total</b>		<b>56</b>

FONTE: OPAS, 2013.

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresenta-se o procedimento metodológico utilizado na pesquisa.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A fim de atingir os objetivos estabelecidos, realizou-se pesquisa exploratória, metodológica de abordagem quantitativa. Teve como escopo a tradução e adaptação transcultural do documento Marco Regional de Competências Essenciais em saúde pública (MRCESP) e posterior construção de um instrumento para mapear competências essenciais em gestores.

Escolheu-se essa abordagem de pesquisa pelo fato da pesquisa quantitativa ter como objetivo evidenciar dados, indicadores e tendências observáveis ou ainda, produzir modelos teóricos de alta abstração e aplicá-lo na prática. (MINAYO, 2010). O pesquisador utiliza o raciocínio dedutivo para gerar previsões a serem testadas no mundo real e se refere à coleta e análise de informações numéricas por meio de um processo sistemático e controlado. As descobertas são baseadas em evidências empíricas em que é buscado a partir disto a generalização destas descobertas. (POLIT; BECK, 2015).

A pesquisa metodológica se ocupa dos métodos de obtenção e organização de dados em que se preza o rigor científico em sua condução. É o caso dos estudos metodológicos que tratam de desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. (POLIT; BECK, 2015).

No caso da pesquisa exploratória o pesquisador investiga um fenômeno de interesse, sua natureza, a forma de manifestação e fatores relacionados. Este tipo de pesquisa se propõe a desvendar as várias formas em que um fenômeno pode se manifestar e seus processos subjacentes. (POLIT; BECK, 2015).

#### 3.2 ETAPAS DA PESQUISA

Seguindo o referencial do mapeamento de competências, a pesquisa ocorreu em três etapas, conforme o descrito abaixo:



1ª ETAPA: Tradução e adaptação transcultural do documento Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP) para os recursos humanos em saúde de região das Américas de Conejero *et. al.* (2013) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

2ª ETAPA: Construção de um instrumento para mapeamento de competências de gestores que atuam na atenção à saúde, a partir do documento traduzido e adaptado ao contexto brasileiro do MRCESP para os recursos humanos em saúde de região das Américas de Conejero *et. al.* (2013) e OPAS com aplicação da técnica Delphi para especialistas em saúde pública/coletiva e a gestores por meio do questionário.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Em todas as fases da pesquisa da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012a).

PRIMEIRA ETAPA: Para a fase de tradução e adaptação transcultural do documento MRCESP da região das Américas de Conejero *et. al.* (2013) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foram seguidos os preceitos de ética em pesquisa. Assim, a tradução do documento MRCESP e a sua utilização para construção do instrumento para o mapeamento das competências foi autorizada pelo autor (ANEXO 1) principal deste documento e pela OPAS, instituição que dirigiu o trabalho (ANEXO 2) Os juízes da fase de tradução e adaptação cultural foram informados sobre a pesquisa e assinaram o termo de aceite para participar da mesma.

SEGUNDA ETAPA: Os participantes do painel de juízes da técnica Delphi receberam o TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na primeira rodada de mensuração da opinião ao abrir o link enviado pelo email. Isto porque o documento orientava que a pesquisa poderia ocorrer em várias fases na situação em que o participante concordava com o conteúdo do TCLE e em participar da pesquisa.

O processo de preenchimento do questionário encerrou-se na plataforma eletrônica (*SurveyMonkey*®) para o participante que não concordou ou mostrou-se discordante com o TCLE, o instrumento não abriu e não foi possível sua participação na pesquisa. Os questionários e TCLE dos especialistas que participaram da fase da

aplicação da técnica Delphi ficam armazenados na plataforma eletrônica (*SurveyMonkey*®) e o pesquisador se comprometeu a guardá-los pelo período de cinco anos (BRASIL, 2012).

Os profissionais de saúde, gestores das Secretárias Municipal e Estadual de Saúde, participantes da última fase da pesquisa, responderam o instrumento na plataforma eletrônica (*SurveyMonkey*®) receberam o TCLE ao abrir o link enviado pelo email. Aqueles gestores que não preencheram o instrumento na plataforma eletrônica (*SurveyMonkey*®) foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa e o preencher o instrumento impresso no seu local de trabalho, e os dados foram coletados somente após informações e esclarecimentos sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentados em duas vias, disponibilizando uma via para este, garantindo o sigilo e o anonimato das informações contidas no presente.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos – CEP do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com CAAE: 36031414.0.0000.0102 e aprovada com Parecer nº 832.463. Foi solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos – CEP do Setor de Ciências da Saúde da UFPR um adendo para inclusão da técnica Delphi para a fase de validação de conteúdo das competências essenciais, após sugestão da banca de qualificação ocorrida em outubro de 2014, a qual foi aprovada o Adendo com Parecer nº 1.015.059.

### 3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

#### 3.4.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DOCUMENTO MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.

O processo de tradução e adaptação transcultural requer método a fim de se conseguir equivalência entre os idiomas de origem e aquele a ser traduzido. É conhecido o fato de que instrumentos a serem utilizados por culturas diferentes do idioma de origem necessitam não devem apenas ser traduzidos linguisticamente e

sim, adaptado culturalmente a fim de manter a validade de conteúdo do instrumento. (BEATON *et al*, 2007).

A escolha ou construção de um instrumento de pesquisa envolve a realização de uma revisão bibliográfica detalhada envolvendo a análise de programas de investigação referente aos instrumentos disponíveis sobre os constructos de interesse. Analisam-se as questões de adequações e suficiência da trajetória psicométrica que existe até o momento. (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Para os instrumentos desenvolvidos e consolidados que não são da cultura alvo é importante verificar se já passaram por um processo formal de Adaptação Transcultural (ATC). (BEATON *et al*, 2007).

O processo de tradução e adaptação transcultural de instrumento para medir o estado de saúde tem evoluído devido ao grande número de pesquisas multinacionais e multiculturais, aumentando a necessidade de adaptar essas medidas e instrumentos para uso em diferentes línguas ou países com cultura diferentes requerem uma metodologia exclusiva para se chegar a uma equivalência entre os idiomas de origem e a língua alvo. (BEATON *et al.*, 2007; GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Os autores acima citados referem que para manter a validade do conteúdo dos instrumentos a serem utilizados em outras culturas, além de ser bem traduzido linguisticamente, deve também ser adaptado a estas. Para esses autores, somente desta forma pode-se ficar mais confiante de que as pesquisas descrevem impacto de uma doença ou tratamento de forma semelhante em ensaios multinacionais ou avaliação de resultados.

A utilização de instrumento de pesquisa elaborado em outro contexto cultural deve ser precedida de meticulosa avaliação da equivalência entre o original e sua versão. Isto se deve as diferenças entre definições, crenças comportamentos sobre tal construto a ser utilizado na investigação. (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Além disso, a questão do idioma deve ser considerada no uso do método de adaptação transcultural, bem como, necessita-se dar atenção para as expressões coloquiais e idiomáticas, pois, devem ser mudadas sempre que necessário. (GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON, 1993).

Os instrumentos de medidas podem ser utilizados em todas as culturas, desde que, sejam não somente bem traduzidos linguisticamente, mas também

culturalmente adaptado, isto para manter a validade de conteúdo do instrumento em uma cultura diferente. (BEATON *et al*, 1998).

No processo de tradução e adaptação de instrumentos estrangeiros, todos os procedimentos adotados necessitam ser criteriosos e cuidadosos, já que este processo é tão importante quanto construir um instrumento novo, devendo os estudos de confiabilidade e validade serem realizados na nova cultura. (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008). Alguns autores (FERREIRA *et al*, NEVES; CAMPANA; TAVARES, 2014) referem que é possível encontrar na literatura especializada vários guias e protocolos para tradução e adaptação cultural de um instrumento e escalas para outras culturas e idiomas.

Existe a necessidade de adaptação de instrumentos de medida não somente nas condições de países e idiomas diferentes, situações a nível local e regional também requerem cuidado. (REICHENHEIM, MORAES, 2007). A tradução e adaptação transcultural podem ser necessárias em casos em que a pesquisa pede grandes populações, também quando pretende-se descrever as diferenças culturais de uma população. Esse tipo de estudo tem sido aplicado a algum tempo nas ciências sociais e no campo da saúde, nos temas qualidade de vida e estudos epidemiológicos, estudos de crenças, atitudes e comportamentos relacionados com a saúde, gestão e economia na área da saúde. (SPERBER, 2004).

O procedimento utilizado nessa pesquisa foram seguidas recomendações internacionais. (BEATON *et al*, 2007). Em um estudo realizado para analisar o percurso metodológico utilizado para tradução e adaptação de escalas sobre Saúde Sexual e Reprodutiva em dissertações e teses da enfermagem brasileira mostrou que este foi o referencial mais utilizados nas pesquisas metodológicas. (BERNARDO *et al.*, 2013). A utilização de instrumento de pesquisa elaborado em outro contexto cultural deve ser precedida de meticulosa avaliação da equivalência entre o original e sua versão. Isto se deve as diferenças entre definições, crenças comportamentos sobre tal construto a ser utilizado na investigação. (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Os estudos que envolvem a tradução e adaptação cultural de instrumento de medidas tendem a ser trabalhosos e demorados. Devido a isso, é importante o planejamento antes de iniciar o processo como, por exemplo, a seleção dos prováveis colaboradores nas diversas etapas, agendamento de encontros presenciais, ou outra modalidade. (MOTA, 2015).

Devido à complexidade de estudos de adaptação transcultural, torna-se imprescindível que profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e outros conheçam os conceitos básicos, considerações e problemas metodológicos que podem surgir. (SPERBER, 2004).

A seguir descreve-se os estágios da tradução e adaptação transcultural segundo as recomendações do *Institute for Work & Health* e *Institut de Recherche sur le travail et la santé*, descritos por Beaton *et al* (2007):

Estágio I: tradução inicial:

Neste estágio devem ser realizadas pelo menos duas traduções do instrumento de modo independente, da língua de origem para a língua-alvo, a fim de observar discrepâncias na forma como é traduzido. As duas traduções podem ser comparadas e resolve-se qual a melhor tradução entre as duas. Essas duas traduções devem ser realizadas por dois tradutores bilíngues independentes em que a língua alvo é a sua língua materna.

Os dois tradutores produzem um relatório da tradução, com comentários sobre as palavras ou frases que geraram dúvidas, junto com a justificativa para a escolha dessas traduções. Sugere-se que os dois tradutores tenham perfis diferentes:

- O tradutor 1 (T1) deve conhecer a pesquisa e do material a ser traduzido, para com isso conseguir uma equivalência de perspectiva mais clínica, a tradução estará mais voltado ao fenômeno em estudo.
- O tradutor 2 (T2), não deve ter conhecimento sobre os termos e assunto em estudo, não sendo influenciado por um objetivo acadêmico, oferece tradução que reflete mais a linguagem usada na população comum. A tradução do T2 pode destacar significados mais ambíguos no instrumento do que o encontrado na primeira tradução. A partir das duas traduções independentes passa-se para o segundo estágio do procedimento.

Na tradução inicial, as versões são comparadas e as discrepâncias que poderiam tornar a versão traduzida inadequada, são revistas e arrumadas por uma discussão entre os tradutores na adaptação cultural. (BEATON *et. al*, 2000).

Estágio II: Síntese destas Traduções:

Nesta fase, o pesquisador e os dois tradutores realizam duas traduções, sugere-se mais uma pessoa na equipe para auxiliar na mediação das discussões a fim do consenso e para documentar o processo. Desta fase de síntese, discussão e consenso a partir das duas versões traduzidas resultam uma tradução comum (T-

12). Faz-se um relatório deste estágio discriminando cada questão abordada, como foi resolvida e concluída.

Estágio III: *Back Translation* ou retrotradução:

Com versão de consenso (T-12), é realizada uma tradução de volta ao idioma de origem, totalmente cego da versão original. Isto é realizado para verificação de validade para garantir que a versão traduzida reflete com precisão o conteúdo do item da versão original. Retrotradução é realizada para um tipo de verificação de validade, a fim de destacar inconsistências grosseiras ou erros conceituais na tradução. São consideradas ideais duas retrotraduções no mínimo (BT1 e BT2).

As retrotraduções são realizadas por dois tradutores bilíngues tendo como o idioma de origem como língua materna. Os tradutores deste estágio não devem conhecer o estudo nem os conceitos explorados e de preferência sem formação na área da saúde. A razão para tais orientações são para evitar viés de informação e de provocar significados inesperados dos itens do questionário traduzido (T-12).

Estágio IV: Comitê de Especialistas:

Este estágio é realizado para se conseguir a equivalência transcultural do instrumento traduzido. Este comitê é composto para analisar as versões traduzidas do instrumento (T1, T2, T12, BT2) e a versão original, para se conseguir consenso e chegar a um a versão pré – final do mesmo para teste de campo.

O comitê deve ser composto de especialistas, tendo pelo menos profissionais com conhecimento na metodologia de tradução e adaptação transcultural, profissional de saúde, profissional de linguística, bem como todos os tradutores envolvidos. O Comitê irá rever todas as traduções e chegar a um consenso sobre qualquer discrepância encontrada. Os relatórios dos estágios anteriores devem estar disponíveis com a lógica de cada decisão tomada. As decisões terão de ser feitas por esta Comissão para alcançar a equivalência entre a versão de origem e de destino em quatro áreas. (GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Equivalência semântica: equivalência no significado das palavras, e alcançá-la podem apresentar problemas com vocabulário e gramática. Sugere-se os seguintes questionamentos para se alcançar esta equivalência: Será que as palavras significam a mesma coisa? Há múltiplos significados a um determinado produto? Existem dificuldades gramaticais na tradução? (GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Equivalência Idiomática: coloquialismos ou expressões idiomáticas são difíceis de traduzir. Pode haver a necessidade de que o comitê formule uma expressão equivalente ou substituir os itens na versão final. Isto pode ocorrer mais nas dimensões emocional e social. (GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Equivalência experiencial: estão relacionadas às situações que procuram captar experiência da vida diária, muitas vezes variam em diferentes países e culturas. Em alguns casos, uma determinada tarefa pode simplesmente não ser experimentado na cultura alvo, mesmo que seja traduzível. Desta forma, um item do questionário que não aborda experiências ou atividades semelhantes na cultura alvo seria substituído ou descartado. (GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993).

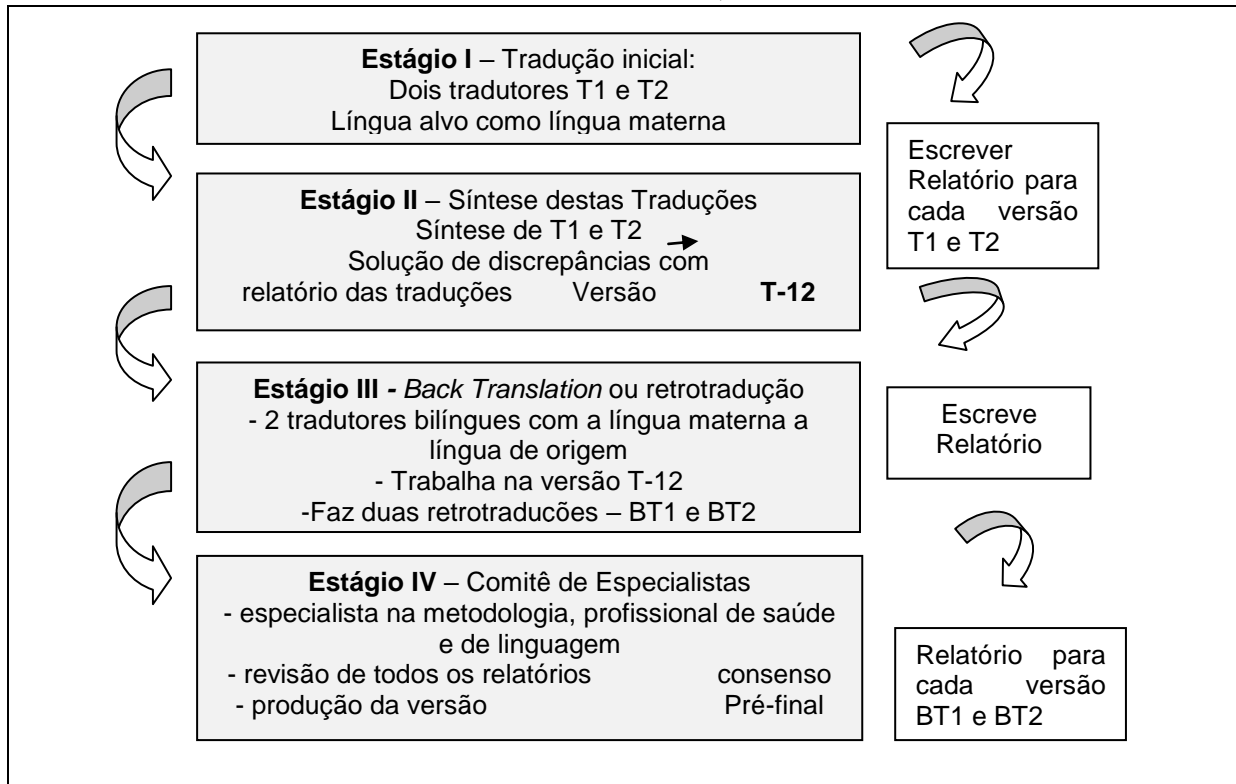
Equivalência conceitual: avaliar se as palavras têm o mesmo conceito nas diferentes culturas. Se os conceitos do instrumento coincidem com a cultura para qual a tradução é realizada. Muitas vezes as palavras têm significado conceitual diferente entre as culturas. (GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Estágio V: Pré-teste da versão Pré-Final: o estágio final do processo de adaptação é o pré-teste. Isto ocorre após a avaliação do comitê de especialistas e a formulação da versão pré-final. O objetivo é avaliar a compreensão do instrumento pela população-alvo. Sugere-se que a amostra para este teste seja de 30 a 40 indivíduos após definição de objetivos, que representem a população alvo. Após o término de preenchimento do questionário por cada participante do pré-teste, lhe é perguntado sobre a sua percepção ao preenchimento, se entendeu cada item, entre outros. (BEATON *et. al*, 2000).

Este estágio é importante ainda para clarear e redefinir a redação de itens e medir a duração da aplicação do instrumento, mas, não aborda os padrões validade do construto e confiabilidade que também são críticos para descrever um sucesso na adaptação transcultural. O processo descrito prevê alguma medida de qualidade na validade de conteúdo. Testes adicionais para a retenção das propriedades psicométricas do questionário são recomendados, porém não exigido para a aprovação da versão traduzida.

O quadro (QUADRO 2) apresenta as fases apresentadas para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos:

QUADRO 2 - ESQUEMA COM AS FASES PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS ADOTADOS NA PESQUISA.



FONTE: ADAPTADO DE BEATON *et. al.*, 2007.

A última fase do processo de adaptação cultural seria a realização de um pré-teste. Para o autor, o ideal é de que, entre 30 e 40 pessoas com as características da população a que o instrumento final se destina devem respondê-lo. (BEATON *et. al.*, 2000). Porém, nesta pesquisa esta fase foi realizada somente após a construção do instrumento de pesquisa e a aplicação da técnica Delphi e da verificação de poder de interpretação do instrumento, considerando que o processo de tradução e adaptação cultural foi realizado em um documento, o MRCESP, que não estava no formato de um instrumento passível de um pré-teste.

### 3.4.1.1 A REALIZAÇÃO DA TRADUÇÃO E A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

O período de realização desta etapa da pesquisa foi de março de 2014 a fevereiro de 2015, e constou da tradução do documento MRCESP para os recursos humanos em saúde de região das Américas, realizada conforme o recomendado por



Beaton *et. al.* (2007). A escolha se deve a abrangência nacional e internacional desse guia nos estudo transculturais (FERREIRA *et. al.*, 2014).

Nesta pesquisa, seguiu-se o preconizado por Beaton *et. al.* (2007) que sugerem as seguintes fases: tradução do documento para a língua portuguesa; síntese das traduções e consenso; retrotradução (*back-translation*); composição de um comitê de especialistas e versão final traduzida.

#### 3.4.1.1.1 Autorização para a tradução do MRCESP:

Inicialmente no período de março a abril de 2014 foi solicitada a permissão para a tradução e utilização do MRCESP para os recursos humanos em saúde pública na região das Américas ao primeiro autor do artigo *Competências essenciais em salud pública: um marco regional para las Américas*, publicado na Revista Panamericana de Salud Pública no ano de 2013 (ANEXO 1), a primeira publicação das competências essenciais sugeridas para os recursos humanos em saúde pública.

Posteriormente, no mês de setembro de 2014 o pedido foi encaminhado a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), instituição que dirigiu o trabalho para a construção coletiva por especialista do MRCESP. A OPAS autorizou a sua tradução para o português e sua utilização para a construção do instrumento para mapear competências (ANEXO 2). Ambos colocaram-se disponíveis para esclarecimento de outras dúvidas sobre o documento.

#### 3.4.1.1.2 Tradução inicial:

A tradução da versão original do documento em espanhol para a língua portuguesa ocorreu no período de Outubro a novembro de 2014. Essa fase da tradução foi realizada por três tradutores independentes, qualificados, denominados de **T1**, **T2** e **T3**, que atendiam aos critérios de inclusão: proficiência em língua espanhola e vivência em países que tinham como idioma é o espanhol. O contato a esses tradutores foi realizado por um e-mail convites. Após o aceite em participar da tradução pelos tradutores, foi enviado uma versão original do documento MRCESP.

O primeiro tradutor (**T1**), uma enfermeira, também residente em Curitiba/PR, formação *Strictu Sensu*, nível doutorado em saúde pública em país que a língua é o

espanhol. Tinha fluência na língua e era conhecedora dos termos específicos do documento, conhecia os objetivos da pesquisa. O segundo tradutor (**T2**), enfermeiro, residente em Curitiba/PR, nascido na Espanha e naturalizado brasileiro, fluente no espanhol.

O terceiro tradutor (**T3**), especialista na língua espanhola, era residente de Curitiba/PR, nativa de país em que o idioma é o espanhol, atuando em traduções de materiais do espanhol para o português. O segundo e terceiro tradutor, desconheciam os objetivos da pesquisa com o intuito de se perceber erros de interpretação e ambiguidades nas versões traduzidas por eles.

A tradução foi realizada de forma independente pelos três tradutores, o que resultou em três versões traduzidas do documento. Ao envio do documento para a tradução pediu-se que se preservasse a equivalência semântica dos termos e ainda, que as palavras ou termos que os mesmo tivessem dúvidas fossem destacados.

#### 3.4.1.1.3 Síntese das traduções e consenso (BEATON *et. al*, 2000):

No mês de dezembro de 2014, o pesquisador produziu uma síntese das três versões traduzidas do espanhol para o português, que foram analisadas individualmente para identificação de divergências entre as traduções. As versões traduzidas foram encaminhadas aos tradutores por email, com as divergências ressaltadas, para comparações entre a sua tradução e as outras versões traduzidas com a versão original.

No mês dezembro de 2014, foi realizada uma reunião com os três tradutores e o pesquisador, denominada reunião de consenso, conforme preconiza os autores. Esta reunião foi realizada em Curitiba/PR, em que todas as observações e problemas detectados foram anotados num relatório e foram resolvidos. Para o caso de repetição de palavras ou termos adotou-se a versão do consenso obtida na primeira ocorrência do mesmo. (CROZETTA, 2013). Extraiu-se, desta maneira, uma nova e única versão traduzida para o português (**versão P1**).

#### 3.4.1.1.4 Retrotradução (*back-translation*):

No período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015 a versão em português (**P1**) foi traduzida novamente para o espanhol por duas pessoas especialistas na

língua espanhola com domínio da língua portuguesa e que não tinham informações sobre a pesquisa para garantir a neutralidade da retrotradução.

O primeiro tradutor (T1R) da versão em português para o espanhol era especialista em espanhol, residente em Curitiba/PR, atuava profissionalmente como tradutor e interprete da língua em questão e era nativo de um país de país da América Latina que tinha como idioma o espanhol. A segunda tradutora (T2R) residia em Cascavel/PR, formada em letras ênfase em espanhol, atuando como docente e tradutora da língua espanhola, também nativa de país da América Latina em que o idioma era o espanhol.

Foi realizada comparação entre as versões original do documento com a versão que foi retrotraduzida com o objetivo de verificar a fidedignidade do documento em tradução e adaptação cultural. Para tal, realizou-se uma reunião via digital, devido à dificuldade em reunião presencial, pois todos se encontravam em locais diferentes da cidade de residência da pesquisadora.

Essa reunião ocorreu com o pesquisador e os dois tradutores no dia 30 de janeiro de 2015 e seguiu as seguintes etapas: explicação sobre os objetivos da reunião que era comparar as duas versões em espanhol e elaborar um consenso; realização de leitura lenta e pausadamente de cada domínio e suas competências respectivas; discussão sobre as divergências encontradas e consenso da tradução. Como resultado desta fase obteve-se uma nova versão em espanhol e a versão definitiva em português (**P2**). O quadro abaixo mostra o processo da tradução e adaptação cultural do MRCESP e suas fases:

#### 3.4.1.1.5 Composição de um comitê de especialistas e versão final traduzida:

Conforme Beaton (2000), nesta fase um comitê é formado para analisar a equivalência transcultural, comparar a versão final e a original. A versão do consenso em português (P1) foi submetida a um comitê de especialistas em saúde coletiva, atuantes na docência e na prática da gestão na atenção a básica a fim de analisar as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual do MRCESP traduzido.

O comitê foi composto por dois enfermeiros, docentes da saúde coletiva, um dentista e um médico atuante na gestão na atenção básica do município estudado, e

uma professora do curso de letras, ênfase no espanhol, todos com domínio da língua espanhola.

Os membros do comitê foram selecionados conforme os critérios de inclusão: ter domínio do espanhol, ser profissional de saúde atuante na docência, pesquisa ou na prática de gestão em saúde coletiva e profissionais da língua estudada. Após a seleção dos membros foi realizada uma reunião, na sala de reuniões de uma universidade pública na cidade de Foz do Iguaçu/PR no dia 28 de fevereiro de 2015.

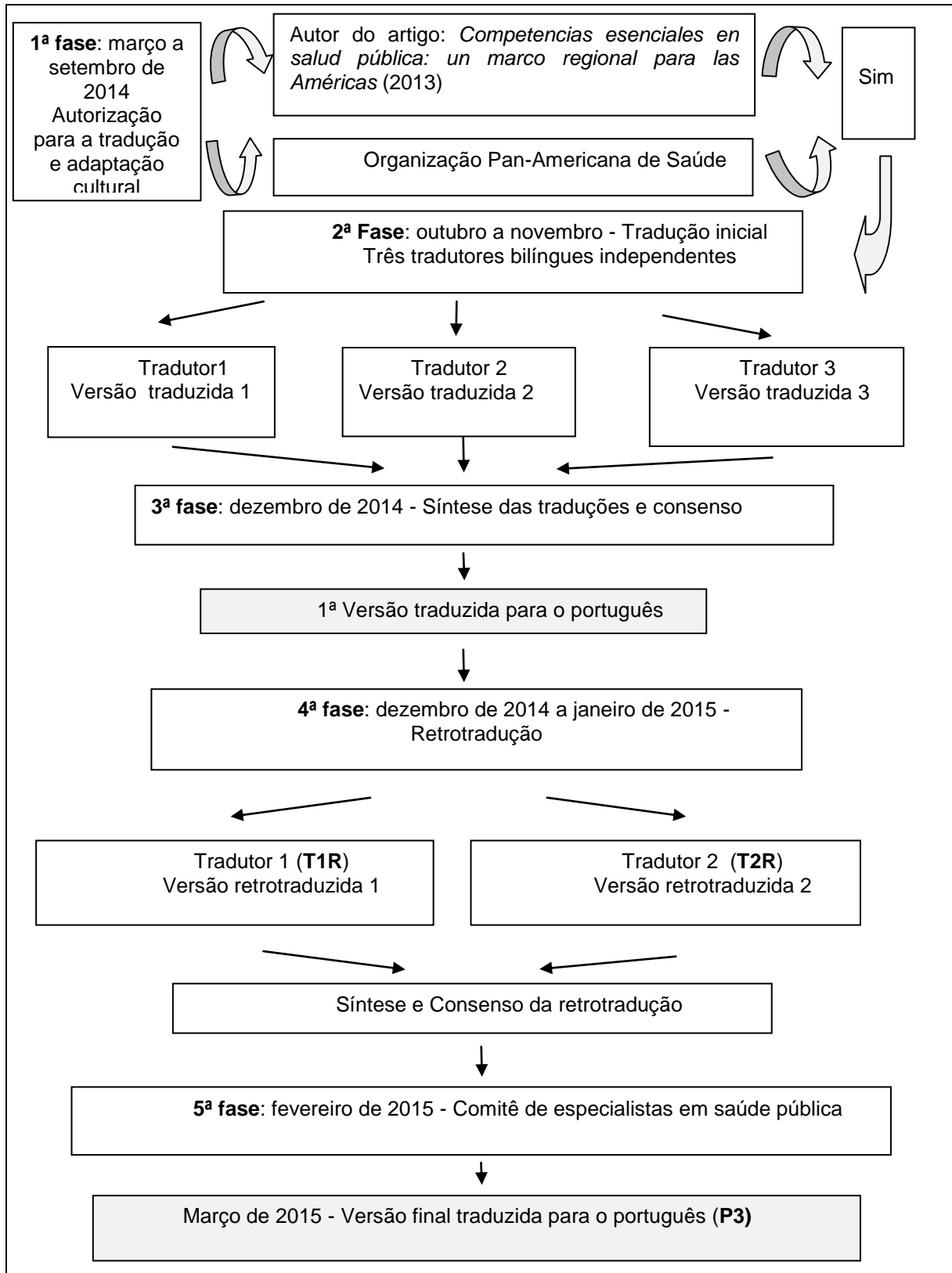
O convite foi realizado por telefone para os possíveis membros que comporiam o comitê. Aos que aceitaram foi enviado um e-mail com explicações preliminares sobre o projeto de pesquisa, o método empregado, explicação sobre os termos de equivalência: semântica, idiomática, cultural e conceitual.

A reunião foi conduzida pelo pesquisador, na seguinte sequência: explicação sobre o objetivo do estudo e da reunião, e o que se esperava dos especialistas; retomada dos conceitos das equivalências avaliadas; leitura pausada de cada domínio e suas competências correspondentes, com distribuição das cópias do documento traduzido (**P1** - versão do consenso) para cada um dos membros do comitê; após a leitura pausada, o grupo discutia a pertinência ou não da tradução e as sugestões eram aceitas, após o consenso do grupo.

Dessa fase, têm-se a definição da versão final em português (versão **P2**) com base na inexistência de divergências apontadas pelos membros do comitê à adaptação cultural.

O quadro a seguir (QUADRO 3) mostra o esquema da realização dessa etapa da pesquisa:

QUADRO 3 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO E A CRONOLOGIA PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA PARA OS RECURSOS HUMANOS EM LA SALUD DE LA REGION DE LAS AMÉRICAS.



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

### 3.5 REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA: APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI

#### 3.5.1 A técnica Delphi

Nesta pesquisa utilizou-se a Técnica Delphi para validar o conteúdo das competências essenciais para gestores que atuam na saúde pública/coletiva no Brasil. A técnica Delphi é um método sistematizado de análise de informações, em que especialistas são questionados por meio de sucessivos inquéritos a fim de se obter consenso de opiniões. É realizada a partir de uma sucessão de rodadas de questionário, submetido a determinado grupo de especialistas sobre o tema estudado. (FARO, 1997; SCARPARO *et al.*, 2012). Refere-se a um método de estruturação de um processo de comunicação colegiada, que permite a um grupo de indivíduos tratarem de problemas complexos. (PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002).

A técnica Delphi tem sido amplamente utilizada em processos de avaliação da realidade contextual e na construção de consenso para planejamento estratégico, considerado como uma ferramenta para momentos de decisão e diagnósticos. Acrescenta-se que também tem sido utilizado nas áreas das ciências da saúde e ciências humanas no Brasil, a fim de identificar perfis e competências profissionais, entre outras situações. (ANTUNES, 2014).

Powell (2003) refere seu uso no comércio, na indústria e na pesquisa de cuidados de saúde com uma variedade de interpretações metodológica e alterações, e que apesar de comentários e críticas do método disponíveis na literatura, estes valorizam pouco a questão de mérito científico como um meio de avaliação.

No que diz respeito à atenção à saúde no Brasil, um estudo Delphi foi realizado ano de 2000 para identificar as principais tendências do sistema de saúde brasileiro para a primeira década do século XXI. (PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002). Outro estudo Delphi foi realizado em 1999, utilizou da metodologia para identificar as competências gerais requeridas do médico e do enfermeiro que atuam em atenção básica à saúde. (SILVA; TANAKA, 1999).

A técnica Delphi pode ser um método que estimula os juízes a refletirem mais no assunto em questão, considerando que estes podem ser agentes multiplicadores do tema abordado. (FARO, 1997). Tem como objetivo primordial chegar a um

consenso de opinião de profissionais, de forma relativa a qualquer tópico. O método é útil em momentos de tomada de decisões em situações em que haja informação demais ou de menos. (HICKS, 2006).

Além disso, Hasson, Keeney e McKenna (2006) relatam em seu trabalho que não existem orientações formais e padronizações que sejam universais sobre o uso da técnica, havendo flexibilidade na concepção e formato da técnica, e isto, muitas vezes depende dos objetivos do estudo. Esses autores citam trabalhos que evidenciam alguns formatos para a técnica Delphi, como o Delphi modificado de McKenna em 1994, a política Delphi de Crisp *et al.* em 1997, Delphi Decisão de Couper (1984), ainda, Delphi em tempo real de Bereta em 1996.

Para Powell (2003) a técnica Delphi é na sua essência uma série de questionários ou rondas sequenciais intercaladas por *feedback*, em que se busca o consenso mais confiável da opinião de um painel de especialistas.

É recomendado utilizá-lo na ausência de dados quantitativos ou quando não há como projetar estes para o futuro com segurança em face de possibilidade de mudanças estruturais nos fatores determinantes das tendências futuras. Trata-se de um questionário interativo, que circula várias vezes por determinado grupo peritos, em que se preserva o anonimato das respostas individuais. (GIOVINAZZO, 2001).

A operacionalização da técnica Delphi ocorre a partir de rodadas consecutivas de aplicação do questionário aos participantes seguidas de *feedback* estatístico de cada resposta até que chegue ao consenso estabelecido pelo pesquisador. (HASSON; KEENEY; MCKENNA 2006).

Como características principais, o método Delphi apresenta a troca de informação e opiniões entre os respondentes, anonimato das respostas, possibilidade de revisão de visões individuais sobre o futuro, a partir de previsões e argumentos dos outros respondentes fundamentados em uma representação estatística da visão do grupo. (WRIGHT; GIOVIAZZO, 2000). Ainda há a possibilidade de envio dos questionários pelo Correio, e-mail, possibilidade de realização através de sites na WEB (*web Delphi*) protegidos por senha na rede. (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

A técnica tem ainda como características a possibilidade de acessar informações especializadas, interagir participantes e o pesquisador, e promover troca de ideias e opiniões, com garantia de anonimato, possibilidade de abrangência

de grandes distâncias geográficas e o acesso a indivíduos especialistas, peritos sobre algum tema. (SCARPARO *et al.*, 2012).

De forma geral, em pesquisas que se utilizam de questionários têm uma baixa taxa de retorno dos mesmos. Frente a isso, o pesquisador necessita enviar duas ou três cartas de lembretes para os que não respondem. Por isso é importante que os participantes sintam que são parceiros e que estejam interessados pelo item estudado. O pesquisador deve aproveitar todas as oportunidades para lembrar aos participantes que cada rodada é construída inteiramente com suas respostas às rodadas anteriores. Isso para estimular o interesse, propriedade e participação ativa. (KEENEY, MCKENNA, HASSON, 2006).

A fim de aproveitar o máximo a informação a ser recolhida a escolha e formulação das perguntas deve ser criteriosa. A seleção dos especialistas para a composição do painel de juízes é um passo importante. Estes devem ter conhecimentos específicos do tema estudado assim como, ter preparo metodológico para a técnica. (SCARPARO *et al.*, 2012).

O painel de juízes pode ser composto por cinquenta pessoas (SCARPARO *et al.* (2012). Para Munaretto, Corrêa e Cunha (2013) não existe consenso sobre a quantidade de especialistas, podendo variar de dez a trinta especialistas. Outro autor refere que esse número vai depender do fenômeno que está sendo estudado. (FARO, 1997). Nesta direção, os autores Keeney; Mckenna e Hasson (2006) relatam que não há critérios universalmente acordados para a seleção de especialistas, e não existe nenhuma orientação sobre o mínimo ou número máximo de especialistas sobre um painel.

O questionário pode ser aplicado com a utilização de plataformas eletrônicas que podem ser uma ferramenta que favorece a coleta de dados nesse tipo de pesquisa e ainda responde às exigências éticas, por isso, o uso do correio convencional encontra-se em desuso para viabilização de instrumentos de coleta de dados. (SCARPARO *et al.*, 2012). Nesta pesquisa optou pela execução da pesquisa Delphi por meio eletrônico em que se utilizou a plataforma *SurveyMonkey*®. Esta é uma plataforma para pesquisas *on line* criada em 1999. (SURVEY MONKEY, 2015).

Conforme Giovinazzo (2011) as etapas para pesquisas pela internet são: objetivos da pesquisa; elaboração do questionário da primeira rodada da pesquisa Delphi; seleção dos painelistas; preenchimento do questionário pela internet; aplicação de estatísticas e análise dos resultados; elaboração do questionário da



segunda rodada e retroalimentação dos resultados da primeira rodada e análise dos resultados da rodada 2; conclusões gerais e relatório final disponível na Internet.

Uma importante etapa desse tipo de pesquisa é a caracterização dos participantes do painel. Isto é feito no início do questionário em que se solicita o preenchimento com dados sobre idade, sexo, formação, tempo de experiência, profissão entre outros. Isto deve ser feito em todas as rodadas devido à possibilidade de desistência de participantes entre as rodadas. (SCARPARO *et al.*, 2012).

Os autores Valdés e Marin (2013) como forma para facilitar e orientar a aplicação da técnica e da comunicação dos resultados da investigação propõem uma sistematização de procedimentos:

1. Fase de preparação - Seleção dos expertos, Preparação do instrumento, Decisão da forma de consulta.
2. Fase de consulta - Realização das rondas ou rodadas de consulta, Processamento estatístico sucessivo, Retroalimentação.
3. Fase de consenso - construção do consenso, Informar os resultados.

Uma questão interessante na técnica a ser considerada é que na primeira vez que o questionário é enviado ao painel pode-se recolher comentários qualitativos devolvidos aos participantes através do segundo questionário. Isto pode ser feito por aplicação de grupos focais ou entrevistas e usados para informar uma rodada quantitativa. O ideal é que seja realizado um teste piloto com um pequeno grupo de pessoas antes do início da pesquisa. (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000).

Na primeira rodada os especialistas recebem o questionário, em que é solicitado que responda individualmente, normalmente com respostas quantitativas com justificativas e informações qualitativas. (GIOVINAZZO, 2001). À medida que as rodadas acontecem, os respondentes interpretam as informações que lhe foram enviadas pelo pesquisador, e muitas vezes os resultados qualitativos de uma rodada são devolvidos aos membros do painel com descrições estatísticas, devendo esses ser capazes de interpretar as estatísticas. Uma sugestão é que o material devolvido para os respondentes sejam descritos na forma de texto simples e em percentuais. (KEENEY, MCKENNA, HASSON, 2006).

Ao término da primeira rodada são retiradas do questionário todas as questões que atingiram o consenso definido pelo pesquisador e enviado novamente aos participantes do painel de especialistas com as informações dos resultados

atingidos para cada pergunta na rodada de opiniões. As rodadas acontecem até que o consenso de 70 ou 80% ou porcentagem definida e justificada pelo pesquisador. Os participantes sem serem identificados reavaliam suas opiniões considerando os resultados apresentados da rodada anterior do grupo e assim, podem mantê-la ou alterá-la. (SCARPARO *et al.*, 2012). Estes autores referem que em geral na técnica Delphi utiliza-se duas a três rodadas de coleta de opiniões, com o mínimo de duas rodadas.

Outros autores (KEENEY; MKKENNA; HASSON, 2006) descrevem como um dos princípios básicos da técnica é realizar quantas rodadas sejam necessárias para que se atinja o consenso, reforça o que disse Scarparo *et al.* (2012) de que duas rodadas ao mínimo são necessárias para que se ofereça aos juízes do painel a retroalimentação e a oportunidade de rever as suas respostas anteriores.

Como a técnica tem esse objetivo de obter consenso sobre um tema a partir da opinião de especialistas, para que isso seja possível, é necessária grande atenção na seleção dos participantes, estes devem ser qualificados sobre a área do tema em estudo. Como o interesse é selecionar experts sobre o assunto para a composição do painel, amostra é considerada tipo não aleatória, de conveniência ou intencional. (SCARPARO *et al.*, 2012). Esses autores sugerem ainda, que para a composição da amostra é necessário descrever claramente os critérios de inclusão e exclusão com o objetivo de se evidenciar o rigor metodológico que a técnica exige.

Para o recrutamento da amostra, o pesquisador pode utilizar informações de associações ou conselhos de classe ou de especialistas, além de se fazer uma consulta a um especialista do tema em estudo e solicitar a esse a indicação de outros especialistas que indica outros e assim por diante, esse processo é conhecido como bola-de-neve. (SCARPARO *et al.*, 2012; DURO, 2014).

Witt (2005) cita em seu trabalho como exemplo de utilização da técnica Delphi a pesquisa realizada a pedido da OMS para melhorar a conceito das funções essenciais em saúde pública. Este estudo foi realizado em 1997, foi realizado para obter consenso internacional sobre quais são as funções que constituiriam as FESP e quais seriam importantes para o futuro.

### 3.5.2 A Seleção dos Participantes

A seleção da amostra foi intencional, e os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ser profissional de saúde, docente ou pesquisador que trabalham ou pesquisam temas da gestão em saúde coletiva/saúde ou profissional de saúde que atuavam em alguma função gerencial na atenção básica no Brasil.

A seleção iniciou-se no mês de março de 2015, com a busca de especialistas na Plataforma *Lattes*, base de dados de currículos e de Instituições das áreas de ciência e tecnologia do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Brasil. A busca foi realizada por meio da ferramenta de busca simples, no modo de busca por “assunto”, selecionou-se a base de “Doutores”, e preencheu-se o campo nacionalidade “brasileira”, país “Brasil” e no campo de busca as palavras “saúde coletiva”.

Após estes procedimentos, os resultados foram avaliados pelo pesquisador e obteve-se 8.546 currículos nessa busca preliminar. A partir disto, estes currículos foram avaliados segundo os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa. Nesta avaliação selecionaram-se os profissionais que apresentavam doutorado em saúde coletiva com produção acadêmica na área e/ou profissionais de saúde que atuavam na gestão dessa área. Essas informações eram coletadas na apresentação inicial na primeira página do currículo da plataforma *Lattes* e nos casos que essas informações não fossem obtida desta forma, procedeu-se a abertura e leitura do currículo na íntegra.

Para os pesquisadores selecionados (578), no mês de março foi enviado um email convite para participação na pesquisa Delphi. Neste email continha além do convite, informações sobre as competências essenciais em saúde pública do documento traduzido, explicação sobre a técnica a ser utilizada. (SCARPARO *et al.*, 2012). Foi também solicitado ao pesquisador/profissional de saúde a indicação de outros especialistas em saúde coletiva compondo a técnica em cadeia de rede em bola-de-neve ou *snowball technique*, em que um especialista contatado sugeria outros especialistas e assim por diante, obteve-se 119 indicação de participantes.

O email convite foi enviado a partir do módulo da Plataforma *Lattes* na opção ‘contato’, pois na grande maioria dos currículos não estava disponível o email pessoal do pesquisador. Este processo limitou o número envio dos convites diários,

pois a Plataforma *Lattes* liberou apenas o envio de cinco contatos no período de 24 horas.

Foram enviados 578 e-mails convites no período de março a junho de 2015, mês em que se encerrou a primeira rodada. Aos pesquisadores que aceitaram participar da pesquisa foi enviado um segundo email com informações mais detalhadas sobre a pesquisa, prazo para preenchimento do questionário eletrônico e um *link* com endereço eletrônico para que o mesmo pudesse acessar a plataforma eletrônica *SurveyMonkey*® para preenchimento do questionário da primeira rodada da técnica Delphi.

Outra forma de captação de especialistas para compor o painel foi pela busca desses profissionais nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na relação de cursos recomendados e reconhecidos pelo Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, no período de março a junho de 2015.

Realizou-se busca simples pela internet pelos grupos por estados brasileiros, selecionou-se os grupos de pesquisas de interesse e após, analisou-se o currículo *lattes* dos pesquisadores selecionando, aqueles em que o endereço de email estivesse disponibilizado no *site* do programa. Foram enviados 41 e-mails convites nesta modalidade de seleção de participantes.

Além disso, também foi realizada consulta nas revistas de saúde coletiva brasileiras por especialista em saúde coletiva, no mesmo período, em que foram consultadas apenas as revistas: Interface, Ciência e Saúde Coletiva, Physis, devido à restrição de tempo do para início das rodadas. Foram analisados os artigos que se encaixavam nos tema gestão em saúde coletiva, saúde pública e atenção básica à saúde, foram enviados 215 convites a autores de artigos que tivessem neste, descritos o seu endereço de e-mail.

Para controle dos pesquisadores que aceitaram compor o painel foi criada uma planilha no aplicativo *Microsoft Excel*® com dados dos participantes como iniciais do nome, e-mail, telefone e instituição a que pertenciam. Sendo assim, foram enviados de fevereiro a junho de 2015 um total de 953 e-mails convites em que 178 profissionais responderam aceitar participar da validação. Destes, 130 profissionais participaram da primeira rodada. A segunda rodada contou com 104 participantes e na terceira rodada participaram 85 especialistas.

Como a pesquisa apresenta abrangência nacional, foram enviados convites para profissionais especialistas de todos os estados brasileiros. Participou da

**primeira rodada** do estudo Delphi pesquisadores das seguintes regiões e sua unidade da federação: **Região Norte:** Amazonas (AM), Pará (PA), **Região Nordeste:** Maranhão (MA), Piauí (PI), Ceará (CE), Rio Grande do Norte (RN), Pernambuco (PE), Paraíba (PB), Sergipe (SE) Alagoas (AL), Bahia (BA), **Região Centro-Oeste:** Mato Grosso (MT), Goiás (GO), **Região Sudeste:** São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), **Região Sul:** Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC).

Na segunda e terceira rodada os participantes eram dos seguintes estados: **Região Norte:** Amazonas (AM), Pará (PA), **Região Nordeste:** Ceará (CE), Rio Grande do Norte (RN), Pernambuco (PE), Paraíba (PB), Sergipe (SE) Alagoas (AL), Bahia (BA), **Região Centro-Oeste:** Mato Grosso (MT), Goiás (GO), **Região Sudeste:** São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), **Região Sul:** Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC).

### 3.5.3 Construção do instrumento para mapeamento das competências essenciais para os gestores que atuam na saúde pública/coletiva

Com a versão final da tradução do documento MRCESP para o português produziu-se um formulário eletrônico na plataforma eletrônica *SurveyMonkey®*. O instrumento foi construído com todos os domínios e suas respectivas competências da tradução do documento MRCESP original.

O instrumento de pesquisa foi composto por uma seção de caracterização dos participantes da pesquisa e a seção de mensuração de opinião. A primeira parte contou com uma página de boas vindas com instruções sobre o preenchimento do questionário, seguida de uma página com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que o especialista do painel somente pode prosseguir no preenchimento até o término do processo, caso aceitasse as condições do TCLE. (SCARPARO *et al.*, 2012). Este documento e o instrumento ficam armazenados na plataforma eletrônica *SurveyMonkey®*.

A primeira parte do instrumento, identificação dos participantes, foi composta por 12 questões para a caracterização dos respondentes, referentes a endereço de email, idade, gênero, formação de graduação e pós-graduação, atividade profissional, experiência anterior em gestão/gerenciamento em saúde coletiva/saúde e cidade e estado no qual desenvolve suas atividades profissionais.

A segunda parte do instrumento foi constituída de 56 questões referentes às competências essenciais em saúde pública da OPAS e os seis domínios (APENDICE 6), traduzidas e adaptadas para a realidade brasileira com a utilização de uma escala de medida tipo *likert*. Este tipo de escala tem como objetivo analisar o nível de concordância de participantes de pesquisa com uma hipótese que expresse algo favorável ou desfavorável em relação a algum objeto (DALMORO, VIEIRA, 2013). E o somatório dos escores conferidos aos itens que formam o conceito que medem as reações dos indivíduos, é necessário escolher um dos cinco pontos da escala. (DURO, 2014).

Cada questão foi constituída com cinco as alternativas de respostas, sendo a escala *likert* assim: Discordo totalmente; Discordo; Não discordo nem concordo; Concordo; Concordo totalmente. O participante assinalou para cada questão, qual o grau de concordância que a competência poderia ser do gestor que atua na atenção básica. Além disso, na questão ainda foi colocado um espaço para que participante colocasse a sua sugestão ou comentários adicionais sobre a competência que estava sendo avaliada.

A construção de escalas de medidas iniciou-se com a publicação do trabalho de Rensis Likert no ano 1932. O trabalho de Likert em 1932 deixava claro que sua escala centrava-se na utilização de cinco pontos, e não mencionava o uso de categorias de respostas alternativas na escala a ser utilizada. Embora o uso de escalas com outro número de itens, diferente de cinco, represente uma escala de classificação, quando esta não contiver cinco opções de resposta, não se configura uma escala Likert, mas sim do “tipo likert”. (DALMORO, VIEIRA, 2013).

Na construção do questionário na plataforma eletrônica, as competências foram codificadas com a sigla **C** e o número da competência e **D** o número do domínio a que a competência pertencia, por exemplo: **C1D2** - primeira competência do primeiro domínio. Isto foi feito a fim de facilitar a visualização e posterior tabulação dos resultados.

A partir da segunda rodada de mensuração da opinião dos painelistas foi inserido no instrumento junto à apresentação das competências que não obtiveram consenso, um gráfico com os resultados da rodada anterior a fim de subsidiar as análises e decisões dos especialistas na rodada em questão.

Depois de pronto e antes do envio do questionário aos especialistas, foi realizado um pré-teste por quatro pesquisadores da área da saúde, por meio de

correio eletrônico, que possuíam os mesmos critérios de inclusão para os participantes do painel e que não compuseram o mesmo. (SCARPARO *et al.*, 2012). Isto ocorreu no final do mês de setembro de 2015. Foram convidados a participar da fase de pré-teste do questionário eletrônico e orientado ao preenchimento do mesmo, a fim de avaliar a forma, conteúdo, tempo de preenchimento.

Isto foi feito para verificar defeitos, lacunas, clareza na apresentação da competência, e aplicabilidade do instrumento na Plataforma *SurveyMonkey*®. Não foram referidos problemas no conteúdo e avaliaram o tempo de preenchimento de 15 minutos como razoável. Outra dificuldade encontrada foi iniciar e continuar a preencher em outro momento, mas isto foi resolvido acrescentando na página inicial orientações para esse procedimento. O instrumento sofreu modificações para cada rodada de aplicação da técnica Delphi.

#### 3.5.4 Procedimentos para a aplicação da primeira rodada da Técnica Delphi

A coleta de dados foi realizada por via eletrônica no período de fevereiro a setembro de 2015 e foi composta por três rodadas de mensuração da opinião dos especialistas do painel. Iniciou-se com o envio de email com convite para participação dos especialistas selecionados para a composição do painel.

A primeira rodada teve início em 03 de março e encerrou-se em 30 de julho de 2015. Aos especialistas contatados e que responderam aceitar participar da pesquisa na fase de seleção da amostra, foi enviado no email com orientações complementares sobre os objetivos, tema da pesquisa e da metodologia Delphi. Neste email além dessas orientações foi encaminhado ao final o link em que era direcionado a Plataforma *SurveyMonkey*®, para o preenchimento do questionário na Este email foi enviado a 178 especialista.

Foi também enviado no email o prazo inicial de 15 dias para cada participante. Esclarece-se que foi necessário controlar este prazo para cada participante, pois, conforme foi descrito na seleção dos participante os convites foram enviado até dia 30 de junho, desta forma, aconteciam simultaneamente, envio de convite e encaminhamento das orientações para preenchimento. Foi criada pela pesquisadora uma planilha no programa *Microsoft Excel* com dados dos respondentes como iniciais, email, data do envio do convite, data da resposta, data

do envio das orientações, data prazo, data prorrogação. Isto se deve à dificuldade em enviar mais de cinco e-mails por dia na Plataforma *Lattes*.

Assim, com a planilha sabiam-se os prazos de todos os participantes. Aos participantes que não respondiam no prazo de 10 dias enviava-se um e-mail lembrete de participação na pesquisa e para aqueles que iniciavam o preenchimento e não finalizavam neste prazo era encaminhado um e-mail lembrete de finalização do preenchimento. Ainda, aos especialistas que não respondiam no primeiro prazo, enviou-se um email com prorrogação do prazo para mais 15 dias, e assim, repetia-se o processo com o envio dos e-mails lembrete de participação e email lembrete de preenchimento, conforme a data limite de cada participante. Quando os participantes respondiam o instrumento, enviava-se um email simples de agradecimento pela participação na pesquisa e a colaboração nas próximas rodadas, a técnica Delphi descrevem que o ideal é que haja pelo menos duas rodadas da mensuração da opinião.

Desta forma a duração da primeira rodada da técnica Delphi foi de quatro meses. Este investimento de tempo foi importante para se recrutar um número favorável da amostra de especialistas, além do que a literatura revela que há uma perda de juízes para o painel nas demais rodadas. Na plataforma *SurveyMonkey*®, o coletor de respostas foi fechado no dia 30 de junho, impossibilitando, a parti disto, novos acesso ao esse instrumento. Ao tentar entrar na plataforma depois da data de fechamento do coletor de respostas pela plataforma eletrônica, a pessoa era direcionada a esta mensagem: “*Esta pesquisa está fechada no momento. Entre em contato com o autor da pesquisa para obter mais ajuda*”.

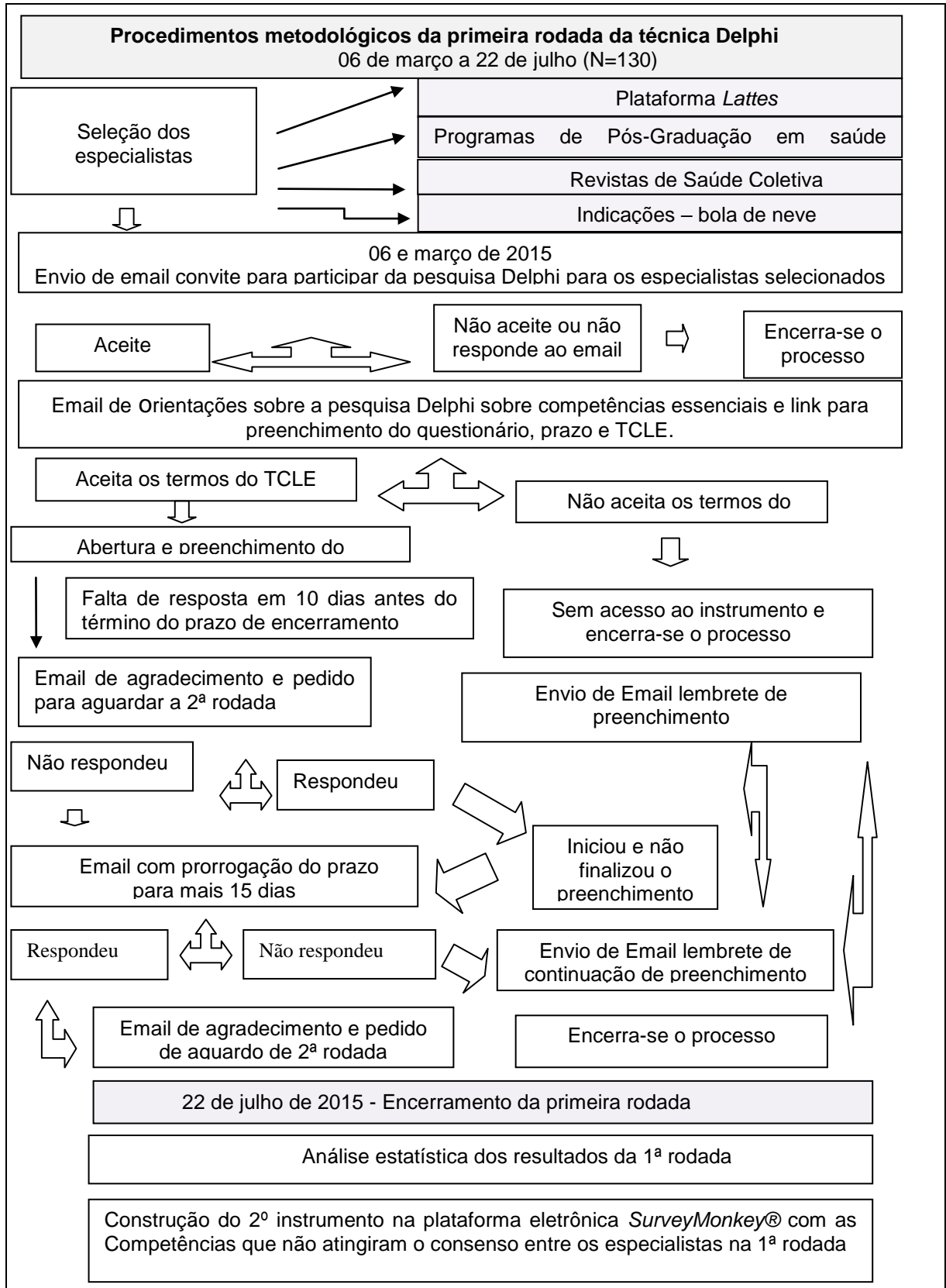
Após o fechamento da rodada, os resultados foram tabulados e realizado tratamento estatístico dos resultados, após, reestruturado um novo questionário eletrônico no mesmo formato que o anterior, mas somente com as competências que não obtiveram consenso para serem reavaliadas.

Participaram da primeira rodada de validação das competências essenciais para o gestor que atua na atenção básica 130 especialistas, dos 178 especialistas que haviam aceitado participar da pesquisa, e destes 11 iniciaram o preenchimento e não finalizaram, mesmo com a utilização das estratégias de envio dos e-mails lembrete, lembrete de finalização de preenchimento e de prorrogação, assim 37 profissionais aceitaram o convite em participar da pesquisa mas não preencheram o instrumento.



No quadro (QUADRO 4) apresenta-se o fluxograma das etapas da aplicação da primeira rodada da técnica Delphi:

QUADRO 4 - FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA TÉCNICA DELPHI COM OS ESPECIALISTAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

### 3.5.5 Procedimentos para a aplicação da segunda rodada da Técnica Delphi

Ao fim da primeira rodada e fechamento dos dados e instrumento, foi enviado aos 130 participantes da rodada anterior, um email de solicitação para colaboração no prosseguimento da pesquisa (APENDICE 12). Neste email continha orientações gerais sobre o preenchimento, prazo de término e o *link* com o acesso para preenchimento do segundo instrumento.

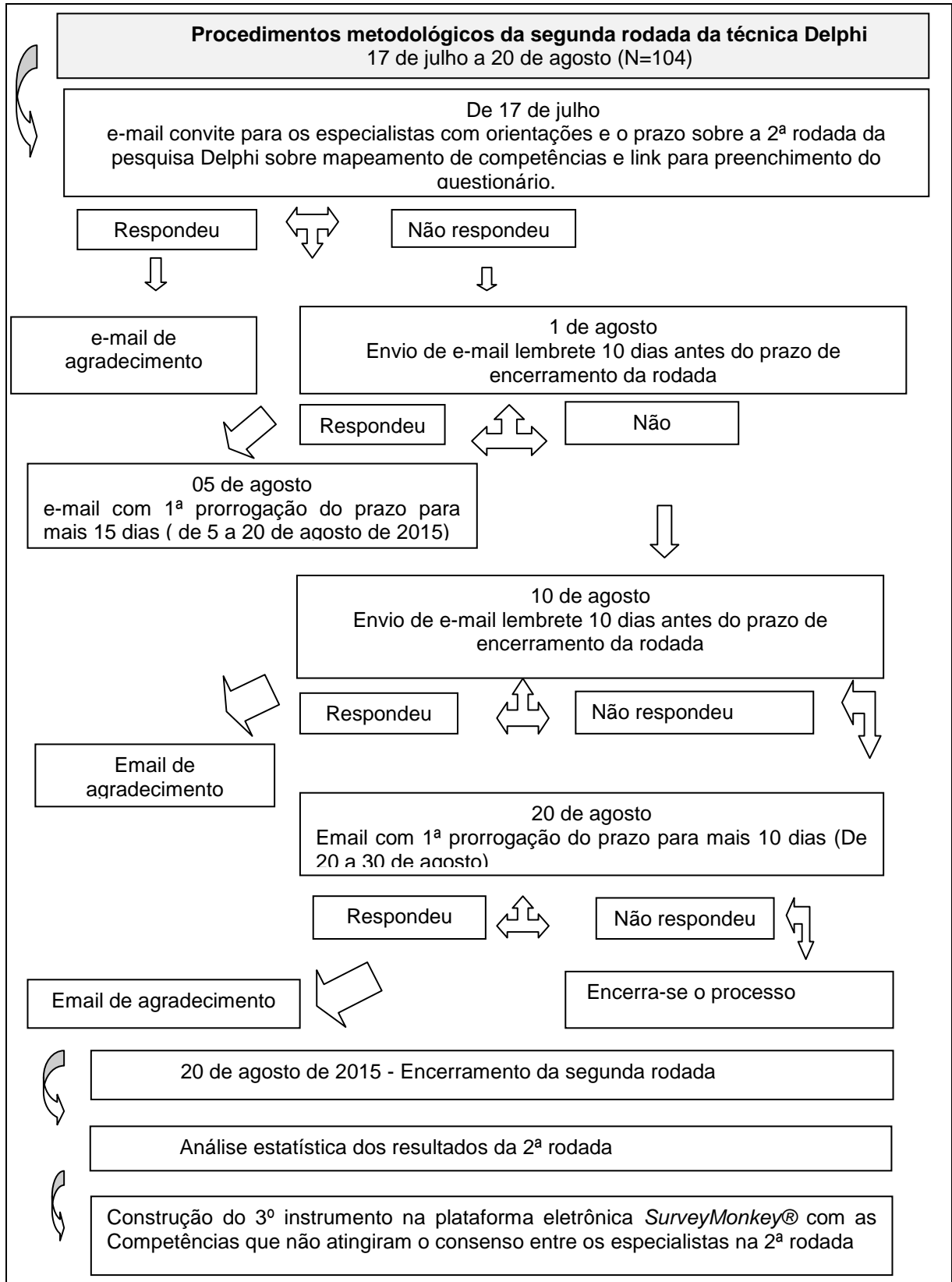
Neste, anexou-se ao instrumento reformulado, representações gráficas dos resultados da primeira rodada em que se deu oportunidade para que o especialista refletisse sobre a sua escolha anterior relativa às competências que não obtiveram o consenso do grupo, isto é, aquelas que não atingiram 70 % de concordância total (concordo totalmente). Sendo assim, o participante do painel de especialista pode decidir se manteria a sua resposta ou mudaria fundamentando-se na opinião dos demais especialistas.

A reformulação do instrumento resultou em 21 competências que obtiveram consenso, e 35 retornaram no painel. Da mesma forma, aos participantes que não respondiam até no prazo de 10 dias após o envio, foi enviado um email lembrete para participação da segunda rodada da pesquisa Delphi.

Para os especialistas que iniciavam e não finalizavam o preenchimento, houve o envio de um e-mail lembrete de continuação de preenchimento. Terminado o prazo final de preenchimento, foi encaminhado aos participantes que não responderam o questionário um e-mail com prorrogação do prazo para mais 15 dias para isso. Estes e-mails foram enviados como forma de motivar a participação ou continuação da participação na pesquisa. Desta forma, foram consideradas as competências necessárias ao gestor que atua na atenção básica, aquelas que apresentaram consenso de concordância nas três rodadas que ocorreram.

Participaram da segunda rodada de validação das competências essenciais para o gestor que atua na atenção básica 104 especialistas, dos 130 participantes da primeira rodada, e destes três iniciaram o preenchimento e não finalizaram, mesmo com a estratégia do email lembrete e de prorrogação. A seguir, apresenta-se o quadro 5 com o fluxograma da aplicação da segunda rodada:

QUADRO 5 - FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI COM OS ESPECIALISTAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

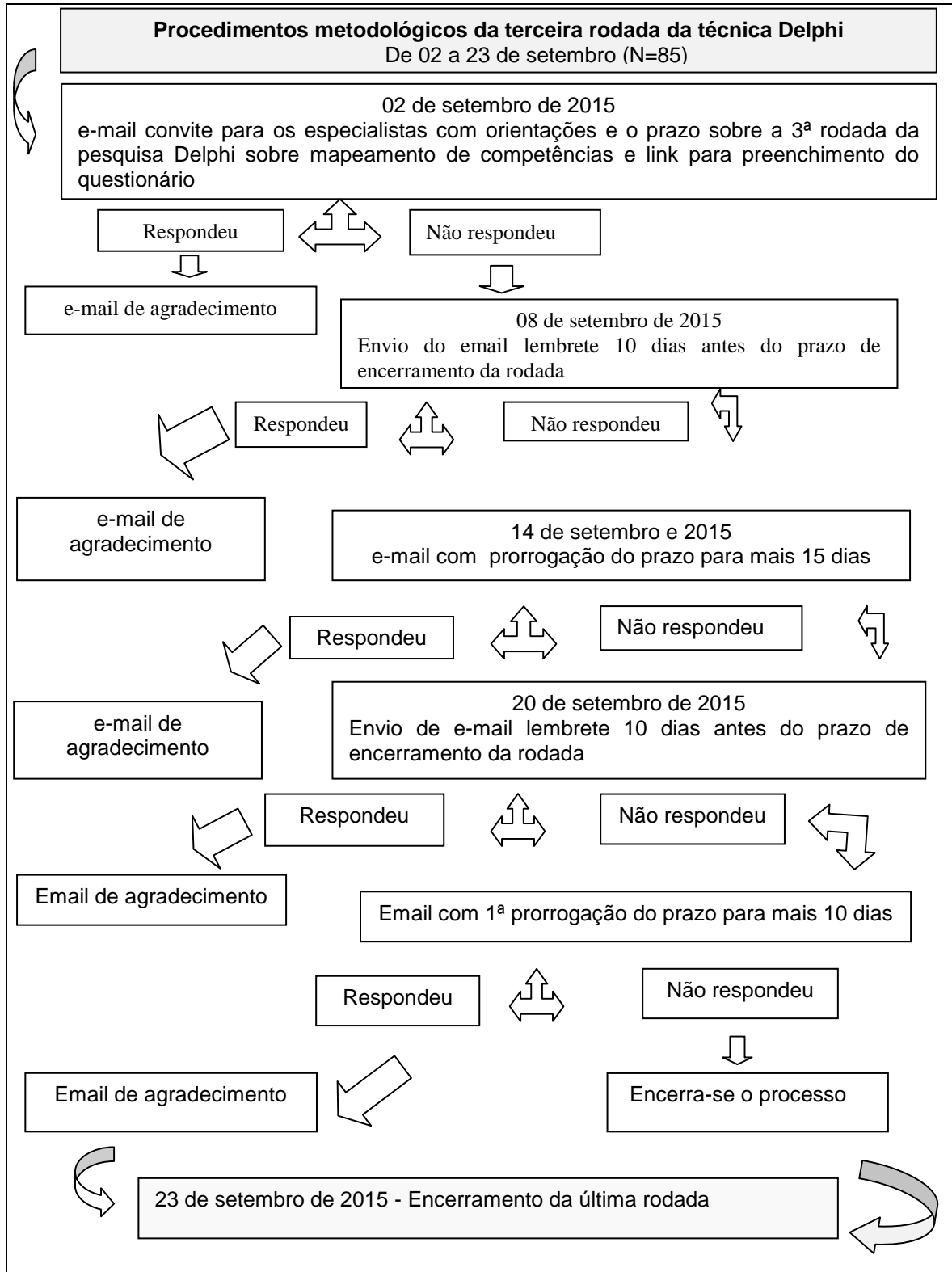
### 3.5.6 Procedimentos para a aplicação da terceira rodada da Técnica Delphi

Na terceira rodada da técnica Delphi desta pesquisa, foi enviado aos especialistas do painel, os resultados da rodada anterior que mostrou que das 35 competências avaliadas, cinco não atingiram o consenso de 70% de concordância total. Foi solicitado em novo email a colaboração na última rodada. Com os resultados da rodada em mãos, os painelistas puderam decidir se manteria sua resposta sobre a competência avaliada ou mudaria com base nestes. Dos 104 especialistas da segunda rodada, 85 aceitaram continuar a validação das cinco competências.

O instrumento foi reformulado na plataforma *SurveyMonkey*® com as doze competências que não obtiveram consenso e o link para acesso ao mesmo encaminhado ao email do participante. Como nas rodadas anteriores foi necessário enviar mensagem lembrete dez dias antes do término do prazo para preenchimento, assim como lembrete para aqueles que iniciavam e não concluíam as respostas, com o objetivo de motivar o término da avaliação.

Ao fim do prazo estabelecido para a rodada, para que mais especialistas participassem foi enviado àqueles que não preencheram o instrumento um e-mail com prorrogação do prazo com mais dez dias. A seguir, apresenta-se o quadro (QUADRO 5) com o fluxograma da aplicação da terceira rodada:

QUADRO 6 - FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA TERCEIRA RODADA DA TÉCNICA DELPHI COM OS ESPECIALISTAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

## 3.6 VERIFICAÇÃO DO PODER DE INTERPRETAÇÃO DO INSTRUMENTO

### 3.6.1 Participantes da pesquisa

Responderam o instrumento 36 gestores das duas secretarias de saúde, sendo que 24 (67%) gestores eram da Secretária Municipal de Saúde e 12 (33%) gestores que atuavam na Secretaria Estadual de Saúde em Foz do Iguaçu (9ª Regional de Saúde) atendendo aos critérios de inclusão dos participantes na pesquisa: atuar na Secretária Municipal e/ou Estadual de Saúde em Foz do Iguaçu em algum cargo de gestão e foram excluídos os profissionais afastados de suas atividades por motivo de férias, licença prêmio ou tratamento de saúde, nesse período.

### 3.6.2 Local da coleta dos dados dos gestores da saúde pública/coletiva

A coleta de dados dessa fase da pesquisa foi realizada Secretaria Municipal de Saúde e na 9ª Regional de Saúde na cidade de Foz do Iguaçu, situada no extremo oeste do Paraná e localizada a 640 km da capital deste estado, Curitiba, e a 731 km de Paranaguá, principal porto marítimo. A fronteira possui área urbana com mais de 650 mil habitantes, constituída por Foz do Iguaçu, *Ciudad del Este* no Paraguai, e *Puerto Iguazú* na Argentina. Tem como característica a composição étnica muito variada, pois acolhe em torno de 57 nacionalidades das 192 nacionalidades existentes no mundo, com predomínio de argentinos e paraguaios, dentre os estrangeiros residentes no município (SILVA, 2006).

Desta forma, a cidade de Foz do Iguaçu ocupa uma posição geográfica privilegiada, faz divisa ao sul com *Puerto Iguazu* na Argentina e ao oeste com *Ciudad Del Este* no Paraguai, demarcando assim, a divisa de território com dois países, o que a caracteriza como uma linha de fronteira e uma cidade gêmea, tipo de localização que se denomina tríplice fronteira (SILVA, 2006).

A atenção à saúde na cidade é provida pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde e outros serviços que prestam atendimento pelo SUS; como Hospital Ministro Costa Cavalcanti, com mais de 200 leitos, os quais 60% dos atendimentos são destinados aos usuários do SUS (HMCC, 2014) e, também, o Hospital

Cataratas, com 97 leitos, os quais 23% são destinados ao atendimento do SUS (BRASIL, 2014b).

A Secretaria Municipal de Saúde se organiza da seguinte forma (FOZ DO IGUAÇU, 2013):

QUADRO 7 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU.

Secretaria Municipal de Saúde	Secretário de Saúde do Município
Departamento de Assistência Especializada - DPES	Responsável pelo DPES
	Divisão de Apoio aos Serviços Especializados - DVASE
	Divisão de Atenção Farmacêutica - DVFAR
	Divisão de Análises Clínicas - DVACL
	Programa Municipal de Saúde Mental
	SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Departamento de Atenção Básica - DPAB	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas João Samek
	Responsável pelo DPAB
	Coordenação de Atenção Primária em Saúde
	Coordenação de Programas de Saúde
Departamento de Gestão da Saúde - DPGS	Divisão de Saúde Bucal - DVSBU
	Responsável pelo DPGS
	Divisão de Desenvolvimento Humano em Saúde - DVDHS
	Divisão de Educação e Comunicação em Saúde - DVECS
	Almoxarifado Central da Saúde
	Divisão de Patrimônio e Manutenção Técnica e Estrutural - DVPTE
Departamento de Supervisão e Controle - DPSC	Setor de Contratos e Convênios e Coordenação Financeira do Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites
	Responsável pelo DPSC
	Auditoria Ambulatorial
	Auditoria Hospitalar
Departamento de Vigilância em Saúde - DPVS	Divisão de Orçamento e Finanças - DVOFI
	Responsável pela DPVS
	Divisão de Vigilância Sanitária - DVVST
	Divisão de Epidemiologia - DVEPD
	Divisão de Controle de Zoonoses - DVCZO
	Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites

FONTE: FOZ DO IGUAÇU, 2014.

Quanto à assistência à saúde prestada pelo Estado, a cidade de Foz de Iguaçu está entre as nove cidades que fazem parte da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Além de Foz do Iguaçu, fazem parte desta regional de saúde às cidades de: Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.



QUADRO 8 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.

Diretor regional	
Divisão de Atenção e Gestão à Saúde	Seção de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
	Seção de Insumos Estratégicos
	Seção de Atenção Primária
	Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção
Divisão de Vigilância em Saúde	Seção de Vigilância Epidemiológica
	Seção de Orçamento e Finanças
	Seção de Materiais, Patrimônio e Serviços Gerais
Divisão Administrativa Regional	Seção da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
	Seção de Orçamento e Finanças
	Seção de Materiais, Patrimônio e Serviços Gerais
Ouvidoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde	
Laboratório das Águas	

FONTE: FOZ DO IGUAÇU, 2014.

### 3.6.3 Procedimentos para a coleta dos dados dos gestores da saúde pública/coletiva

A coleta de dados para esta etapa da pesquisa ocorreu no período de outubro a dezembro de 2015. A coleta dos dados por via eletrônica foi realizada concomitante com a aplicação do instrumento no local de trabalho dos gestores que não haviam respondido a solicitação via e-mail.

## 3.7 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Após o encerramento de cada rodada da técnica Delphi os dados foram processados em planilha no programa *Windows Microsoft Excel®*, geradas pela plataforma eletrônica *SurveyMonkey®*, e a análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com utilização do programa *SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 22.

A avaliação das respostas de cada competência se deu de acordo com o consenso estabelecido de maior ou igual a 70% de concordância total dos especialistas que participaram do painel na primeira, segunda rodada e terceira rodada. O consenso ocorreu por concordância total (concordo totalmente) ou por discordância (discordo totalmente) nas respostas dos respondentes.

Também foram utilizados para a análise dos dados da técnica Delphi outros testes estatísticos. Avaliou-se a correlação pelo teste de *Spearman* e concordância pelo teste *W* de Kendall, entre os itens para inferências sobre a consistência interna;

além destes o teste Mann-Whitney (U) para analisar diferenças de opinião das amostras.

A correlação de Spearman avalia o grau de associação entre duas variáveis ordinais/escalares e ela tem papel fundamental na teoria de medida psicométrica para construção e validação de escalas e testes de conteúdo/aptidão/intelecto. (PASQUALI, 2010).

O índice de concordância de Kendall (W) aplicado na presente pesquisa é uma generalização para correlação entre mais de duas variáveis. A aplicação do índice de concordância de Kendall (W) foi utilizada para avaliar a correlação entre as três testagens simultaneamente, e assim, ter uma dimensão da confiabilidade nos termos acima, ou ainda, uma avaliação da concordância entre os testes e para avaliar a relação entre mais de duas variáveis, no mínimo, com nível de mensuração ordinal. (SIEGEL; CASTELLAN, 2006). Foi realizado cálculos do coeficiente de concordância W de Kendall para as três rodadas em simultâneo, ou seja, apenas para os 12 itens que permaneceram nas três rodadas.

Para testar a existência de diferenças de opiniões entre a amostra de especialistas da primeira rodada (130) e profissionais de saúde (36) que responderam o instrumento no pré-teste, para tal utilizou-se o teste Mann-Whitney (U). O teste Mann-Whitney é utilizado em dois grupos independentes para avaliar a diferença de médias/medianas, o que foi realizado com os dados dos especialistas em saúde coletiva/pública, na primeira rodada (n=130) e os profissionais da saúde (n=36). Relacionou-se uma variável ordinal (escore nos itens) contra outra variável nominal com duas categorias (Amostra = especialista ou profissional da saúde). A opção por testes não paramétricos em detrimento dos clássicos (Teste *t* e Correlação de Pearson) se deu devido à característica ordinal das variáveis. (SIEGEL; CASTELLAN, 2006).

Optou-se em aplicar testes estatísticos para comparação entre os resultados da primeira rodada e os resultados da verificação do poder de interpretação do instrumento com os gestores. Isto foi realizado a fim de se observar se houve diferença de opinião entre as duas amostras, a escolha de comparar somente com a primeira rodada deveu-se ao fato de que nesta, o instrumento estava completo com as 56 competências sugeridas pela OPAS. A amostra dos gestores da saúde pública/coletiva (n=36) encontra-se agregada com a amostra dos especialistas na primeira rodada (n=130).

### 3.8 CONTRIBUIÇÃO DO DOUTORADO SANDUICHE NO EXTERIOR

No período de julho a novembro de 2015 foi realizado estágio de doutoramento na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Professora Dra Maria Manuela Frederico, que atua na linha de pesquisa "Novos caminhos: qualidade e efetividade". O estágio no exterior teve o objetivo de buscar aprofundamento no referencial de competências e conhecer a realidade diferente da brasileira no tocante ao sistema de saúde e aos gestores que atuam neste sistema, considerando as relações diferentes na prestação dos serviços de saúde junto aos diversos países membros da União Européia e, devido à dinamicidade provocada pela globalização.

A participação nas atividades de pesquisa, com acompanhamento da orientadora do estágio em Portugal ocorreram na unidade de Investigação em ciências da saúde e Enfermagem e também nos demais pólos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. No período do estágio de doutoramento ocorreram várias oportunidades para participar em atividades de pesquisa e ensino, o que enriquecem a prática profissional e auxiliou na fundamentação teórica para a discussão dos dados da pesquisa. Foram realizadas várias visitas técnicas a instituições de saúde, hospitalar e na atenção básica, acompanhadas com docentes da escola.

Além disso, foi possível participar em atividade teórico- prática sobre software de análise de dados qualitativos NVivo QSR, Socialização com professores de outra linha de pesquisa da instituição de ensino. Também Participação em aula teórico-prática sobre estatística e software de análise de dados quantitativos, o programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) utilizado para a análise dos dados da presente pesquisa.

Entre outras atividades foi possível conhecer a Gestão científica, administrativa e financeira da revista Referência em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Na oportunidade foi possível perceber as fases de produção de manuscritos, os recursos mobilizados para cada etapa, as dificuldades no cargo de editor, a área de edição, administração de uma revista científica.

Para a realização desta pesquisa de tese, as contribuições foram substanciais. A experiência expertise da orientadora do estágio nas no tema em

estudo auxiliaram para a definição do referencial teórico, nas técnicas escolhidas para a operacionalização da pesquisa, o conhecimento e orientações recebidas deram sustentação a realização da coleta dos dados e também na análise e discussão dos resultados.

Destaca-se, como resultado do doutorado sanduíche, além do conhecimento adquirido, o enriquecimento do resultado final da pesquisa, a vivências com os pesquisadores das instituições, a diversidade de linhas de pesquisa, troca de experiências, o estabelecimento de parcerias institucionais para pesquisa e outros.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA PARA OS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Apresenta-se a seguir os resultados de processo de tradução e adaptação transcultural das competências essenciais em saúde pública sugeridas pela OPAS (2013) que segue as orientações de Guillermin *et. al.* (1993); Beaton *et. al.* (2007).

A tradução inicial do documento original em espanhol para a língua portuguesa do Brasil resultou em três versões independentes, que, após a realização da reunião de consenso resultou em apenas uma versão. Este processo foi realizado por tradutores independentes e ocorreram algumas divergências que foram corrigidas com a obtenção de consenso entre os tradutores. Foi necessário em alguns casos realizar pequenas modificações como a inclusão e exclusão de palavras com o objetivo de manter o sentido e o conteúdo das frases em português.

Optou-se neste estudo em apresentar a análise das traduções em separado: nome do domínio, conceito, descrição do domínio e a descrição das competências de cada domínio. Os termos ou palavras que tiveram tradução igual entre os tradutores não serão apresentados nem discutidos. Isto vale também para os itens que já foram traduzidos e repetem-se, em que se adotou a versão do consenso obtida na primeira ocorrência dos mesmos. (CROZETTA, 2013).

Na tradução dos nomes dos seis domínios 66,7 % (N=4) não apresentou diferença na tradução e em 33.3 % (N=2) ocorrera divergências que foram sanadas com discussão entre tradutores e pesquisador. As traduções dos nomes do domínio em que não houve diferença nas traduções ocorreram nos domínio dois, domínio três, domínio cinco e domínio seis, conforme descritos a seguir, respectivamente: *Vigilância e controle de riscos e danos, Promoção da saúde e participação social, Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos, Saúde Internacional e saúde global.*

Os tradutores divergiram nos domínios um e quatro como mostra o quadro abaixo:

QUADRO 9 - APRESENTAÇÃO DOS DOMÍNIOS COM DIVERGÊNCIA ENTRE OS TRADUTORES NA DESCRIÇÃO DO NOME, 2015.

DOMÍNIO	NOME DO DOMÍNIO
<b>Domínio 1</b>	
Tradutor 1	Análise <b>situacional</b> da saúde
Tradutor 2	Análise <b>da situação</b> de saúde
Tradutor 3	Análise <b>de</b> situação de saúde
Análise	Situacional x da situação x de situação
Consenso	Análise <b>da situação</b> de saúde
<b>Domínio 4</b>	
Tradutor 1	Políticas, <b>planejamento, regulamento</b> e controle
Tradutor 2	Políticas, <b>planificação, regulação</b> e controle
Tradutor 3	Políticas, <b>planificação, regulação</b> e controle
Análise	Planificação x planejamento Regulamento x regulação
Consenso	Políticas, planificação, regulação e controle

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Observa-se que no nome do domínio um a discordância entre os primeiro tradutor foi a palavra situacional e os outros colocaram como situação, esta última considerada no consenso. No domínio quatro a divergência foi em relação às palavras planejamento e planificação, na discussão entre os tradutores resultou na escolha da palavra planificação, como sendo a que melhor se adapta ao contexto brasileiro.

Sobre a tradução da descrição do conceito dos domínios o quadro a seguir mostra as versões de cada tradutor e as divergências realçadas em negrito:

QUADRO 10 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DA DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS. continua

<b>Descrição do domínio</b>	
<b>Domínio 1</b>	
Tradutor 1	Implica na avaliação da situação da <b>saúde da população</b> e suas tendências <b>em relação ao</b> estudo de seus determinantes para <b>as</b> tomadas de decisões e a definição de políticas públicas de saúde
Tradutor 2	<b>Faz referência</b> à avaliação da situação da <b>saúde populacional</b> e <b>as</b> suas tendências <b>em função</b> do estudo dos seus determinantes para <b>a</b> tomada de decisões, e a definição de políticas públicas de saúde <b>essenciais na análise da situação de saúde.</b>
Tradutor 3	Implica na avaliação da situação de <b>saúde da população</b> e suas tendências em função do estudo de seus determinantes para a tomada de decisões e definição de políticas públicas de saúde
Análise	Faz referência x implica, saúde da população x saúde populacional, as tomadas de decisões x a tomada de decisão, definição de políticas públicas de saúde x definição de políticas públicas de saúde essenciais na análise da situação de saúde.
Consenso	Implica na avaliação da situação de saúde <b>da população</b> e suas tendências em função do estudo de seus determinantes para a tomada de decisões e definição de políticas públicas de saúde essenciais na análise de situação de saúde.
<b>Domínio 2</b>	
Tradutor 1	Refere-se ao escrutínio contínuo de todos os aspectos da ocorrência e propagação de riscos e danos à saúde que são pertinentes para <b>o seu controle efetivo na população</b> . É a capacidade de realizar pesquisa e <b>vigilância de surtos epidêmicos e as maneiras como se apresentam</b> as doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores comportamentais, acidentes e exposição às substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais à saúde.
Tradutor 2	<b>Faz referência</b> ao escrutínio contínuo de todos os aspectos da ocorrência e propagação de riscos e danos para a saúde e que são pertinentes para <b>o seu efetivo controle</b> na população. É a capacidade para realizar a pesquisa e a vigilância <b>do surgimento de epidemias, e os modelos de apresentação</b> de doenças transmissíveis e não transmissíveis fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais <b>para</b> a saúde.
Tradutor 3	<b>Se refere a exame/análise contínua</b> de todos os aspectos da ocorrência e propagação de riscos e danos para a saúde que são pertinentes para seu <b>controle efetivo</b> na população. É a capacidade para <b>levar a termo de investigação</b> e vigilância <b>de surtos epidêmicos</b> e os modelos de apresentação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição à substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais <b>à</b> saúde.
Análise	Faz referência x refere-se, escrutínio x exame/análise contínua, realizar a pesquisa x <b>levar a termo de investigação, do surgimento de epidemias x surtos epidêmicos, para x à.</b>
Consenso	<b>Faz referência</b> ao escrutínio contínuo de todos os aspectos da ocorrência e propagação de riscos e danos para a saúde e que são pertinentes para <b>o seu efetivo controle</b> na população. É a capacidade para realizar a pesquisa e a vigilância <b>do surgimento de epidemias, e os modelos de apresentação</b> de doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais <b>para</b> a saúde

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 10 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DA DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS. continuação

<b>Descrição do domínio</b>	
<b>Domínio 3</b>	
Tradutor 1	A promoção da saúde <b>é definida</b> como <b>sendo o</b> processo político e social que <b>envolve</b> , além de ações <b>diretas para</b> fortalecer as habilidade e capacidades dos indivíduos, <b>ações para</b> modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde. É o processo que permite as pessoas incrementar <b>seu</b> controle sobre os determinantes da saúde <b>e conseqüentemente</b> , melhorá-la. Utilizam-se a educação em saúde e a participação social como ferramentas de <b>transformação</b> .
Tradutor 2	A Promoção da saúde <b>se define</b> como <b>o</b> processo político e social que <b>abrange</b> não somente as ações <b>dirigidas diretamente a</b> fortalecer as habilidades e as capacidades dos indivíduos, <b>senão também aquelas dirigidas a</b> modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde. <b>É</b> o processo que permite às pessoas incrementar o seu controle sobre os determinantes da saúde <b>e como conseqüência</b> , melhorá-la. Utiliza a educação para a saúde e a participação social como ferramentas <b>de mudança</b> .
Tradutor 3	A promoção da saúde <b>se define</b> como o processo político e social <b>envolve não somente as</b> ações <b>dirigidas diretamente a</b> fortalecer as habilidades e as capacidades dos indivíduos, como também as dirigidas a modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam <b>sobre a</b> saúde. <b>Consiste no</b> processo que permite as pessoas incrementar seu controle sobre os determinantes da saúde <b>e em conseqüência</b> melhorá-la. Utiliza a educação para a saúde e a participação social como ferramenta <b>de mudança</b> .
Análise	É definida x se define, envolve x abrange, <b>diretas para x dirigidas diretamente, ações para</b> modificar as condições sociais x <b>dirigidas a</b> modificar as condições sociais
Consenso	A promoção da saúde <b>se define</b> como o processo político e social que <b>envolve</b> não somente <b>as ações dirigidas diretamente a</b> fortalecer a habilidade e as capacidades dos indivíduos, <b>como também as dirigidas a</b> modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam sobre a saúde. <b>Consiste no</b> processo que permite as pessoas incrementar seu controle sobre os determinantes da saúde e <b>em conseqüência</b> melhorá-la. Utiliza a educação <b>para</b> a saúde e a participação social como ferramenta de <b>mudança</b>
<b>Domínio 4</b>	
Tradutor 1	Todo sistema de saúde rege a sua gestão de acordo com as políticas, <b>planos</b> de saúde e regulamentos acordados. <b>Aqueles que trabalham</b> no setor da saúde <b>devem ser capazes</b> para a gestão <b>no âmbito regulamentar de</b> proteção e fiscalização <b>da</b> saúde pública e para a cooperação internacional. Devem também ter <b>a</b> capacidade de gerar novas leis e <b>regulamentos</b> para o desenvolvimento de ambientes saudáveis e a proteção <b>aos</b> cidadãos.
Tradutor 2	Todo sistema de saúde rege sua gestão de acordo com as políticas, <b>projetos</b> de saúde e regulamentações acordadas. <b>Quem trabalha</b> no setor da saúde <b>deve ter capacidade</b> para realizar a gestão <b>no marco regulamentário</b> da proteção e fiscalização <b>em</b> saúde pública e <b>para a</b> cooperação internacional. Deve também ter capacidade para gerar novas leis e <b>regulamentações</b> para o desenvolvimento de ambientes saudáveis e <b>para a</b> proteção <b>dos</b> cidadãos.
Tradutor 3	Todo o sistema de saúde rege sua gestão de acordo com as políticas, <b>planos</b> de saúde e <b>regulamentos</b> acordados. <b>Os trabalhadores do</b> setor de saúde <b>devem ter a capacidade de gestão no marco regulatório de</b> proteção e fiscalização <b>na</b> saúde pública e para a cooperação internacional. <b>Devem</b> também, ter <b>a</b> capacidade <b>de</b> gerar novas leis e <b>regulamentos</b> para o desenvolvimento <b>de entorno</b> saudável e <b>a</b> proteção dos cidadãos.
Análise	Planos x projetos, aqueles que trabalham x quem trabalha, devem ser capazes x ter capacidade, âmbito regulamentar x marco regulatório, proteção para os cidadãos x proteção aos cidadãos.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.



QUADRO 10 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DA DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS. continuação

<b>Descrição do domínio</b>	
Consenso	Todo o sistema de saúde rege sua gestão de acordo com as políticas, <b>planos</b> de saúde <b>regulatórios e regulações acordadas. Os que trabalham</b> no setor de saúde <b>devem</b> ter a capacidade de gestão <b>no marco regulatório de</b> proteção e fiscalização <b>na</b> saúde pública e para a cooperação internacional. <b>Devem</b> também, ter a capacidade de gerar novas leis e <b>regulamentos</b> para o desenvolvimento de <b>entornos saudáveis e a</b> proteção dos cidadãos.
<b>Domínio 5</b>	
Tradutor 1	Uma das condições essenciais na prática da Saúde Pública é garantir o acesso aos serviços, os quais devem ser outorgados universalmente sem nenhum tipo de barreiras, promovendo a qualidade e <b>a segurança em seu provimento</b> e desde um enfoque multissetorial para a solução das inequidades na atenção <b>à</b> saúde da população.
Tradutor 2	Uma das condições essenciais na prática da Saúde Pública é garantir o acesso aos serviços, os quais devem ser outorgados universalmente sem nenhum tipo de barreiras, promovendo a qualidade e <b>a segurança na sua provisão e desde um</b> enfoque multissetorial para a solução das inequidades na atenção <b>de</b> saúde à população.
Tradutor 3	Uma das condições essenciais na prática de saúde pública é garantir acesso dos serviços, os quais devem ser <b>outorgados/dispensados</b> universalmente sem nenhum tipo de barreira, promovendo a qualidade e <b>seguridade na provisão e no</b> enfoque <b>multissetorial/intersectorial</b> para a solução das inequidades na atenção à saúde da população.
Análise	Outorgados x dispensados, a segurança em seu provimento x a segurança na sua provisão, um enfoque x no enfoque
Consenso	Uma das condições essenciais na prática de saúde pública é garantir acesso aos serviços, os quais devem ser dispensados universalmente sem nenhum tipo de barreira, promovendo a qualidade e <b>segurança na provisão e no enfoque multissetorial</b> para a solução das inequidades na atenção à saúde da população.
<b>Domínio 6</b>	
Tradutor 1	É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e <b>o</b> bem-estar social. <b>Em um</b> mundo globalizado e interconectado, são necessárias abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais <b>e</b> que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, <b>avancem em</b> soluções transnacionais, regionais e globais, <b>melhorando</b> a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza <b>como</b> ferramentas, as relações entre as autoridades sanitárias nacionais <b>por meio da</b> diplomacia em saúde e a cooperação técnica.
Tradutor 2	É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e <b>do</b> bem-estar social. <b>No</b> mundo globalizado e interconectado são necessárias abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais da saúde e que com equidade, ética, e respeito pelos direitos humanos, <b>se avance nas</b> soluções transnacionais, regionais e globais <b>que melhorem</b> a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza <b>como</b> ferramentas as relações entre as autoridades sanitárias nacionais, <b>através</b> da diplomacia em saúde e a cooperação técnica.
Tradutor 3	É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e <b>o</b> bem estar social. <b>Num</b> mundo globalizado e interconectado <b>se requerem</b> abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais da saúde e que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, <b>desenvolva</b> soluções transnacionais, regionais e globais <b>que melhorem</b> a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza <b>a</b> ferramenta das relações entre as autoridades sanitárias nacionais, <b>através</b> da diplomacia na área da saúde e da cooperação técnica.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 10 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DA DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS. continuação

<b>Descrição do domínio</b>	
<b>Domínio 6</b>	
Análise	Em um mundo globalizado x no mundo globalizado x num mundo globalizado; avancem em x se avance nas x desenvolva; como ferramentas x a ferramenta; melhorando x que melhorem.
Consenso	É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e o bem-estar social. <b>Num</b> mundo globalizado e interconectado <b>se requerem</b> abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais da saúde e que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, <b>desenvolva</b> soluções transnacionais, regionais e globais <b>que melhorem</b> a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza <b>a</b> ferramenta das relações entre as autoridades sanitárias nacionais, <b>através</b> da diplomacia na área da saúde e da cooperação técnica.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Sobre a tradução da descrição do conceito dos domínios, o primeiro domínio apresentou as seguintes divergências entre tradutores: *Implica la evaluación* em que T1 e T3 traduziram como implica e T2 como faz referência. A expressão *salud poblacional* T1 e T3 traduziram como saúde da população e T2 como saúde populacional, a outra expressão com divergência entre os tradutores foi *definición de políticas públicas de salud trazudia* como definição de políticas públicas de saúde por T1 e T3 e como definição de políticas públicas de saúde essenciais na análise da situação de saúde pelo T2.

A análise do conceito do **segundo domínio** surgiu diferenças na tradução das palavras: *Se refiere* traduzida como Faz referência por T1 e refere-se T2 e se refere por T3. A outra expressão com discrepância na tradução foi *escrutinio continuo que foi* traduzida como escrutínio T1 e T2 e exame/análise contínua T3, *llevar a cabo la investigación* capacidade para realizar a pesquisa T1 e T2 e levar a termo de investigação por T3.

No **terceiro domínio** as palavras divergentes em que houve mais dificuldade em se obter o consenso na descrição do conceito são: *La Promoción de la Salud se define* foi traduzida como a promoção da saúde é definida (T1) e a Promoção da saúde se define (T2 e T3). Outro termo foi *las dirigidas a modificar las condiciones sociales*, o primeiro tradutor (T1) a traduziu como ações para modificar as condições sociais e o segundo (T2) como senão também aquelas dirigidas a modificar as condições sociais e o terceiro (T3) como também as dirigidas a modificar as condições sociais.

Na sequência, o a descrição do conceito do **quarto domínio** apresenta as divergências: *planes de salud* traduzida como planos de saúde (T1 e T2) e projetos de saúde (T3). Outra expressão em que a tradução foi realizada com diferenças pelos tradutores foi *marco reglamentario de proteccion como* no âmbito regulamentar de proteção (T1) e marco regulamentário da proteção (T2 e T3).

No **quinto domínio** poucas palavras foram discrepantes entre as versões traduzidas: *seguridad en su provisión* em que a segurança em seu provimento x a segurança na sua provisão, um enfoque x no enfoque. No último domínio (domínio 6) as palavras que divergiram nas versões traduzidas da descrição do domínio foram: em um mundo globalizado x no mundo globalizado x num mundo globalizado; avancem em (T1), se avance na (T2) e desenvolva (T3); como ferramentas (T1) x a ferramenta (T2 e T3); melhorando (T1) que melhorem (T2 e T3), por meio da (T1 e T2) através (T3).

No seguimento da apresentação dos resultados são mostradas as versões traduzidas das competências e as divergências encontradas entre as traduções, por domínio. Em todos os domínios várias divergências são encontradas tradução da descrição das competências, mas a maioria forma fáceis de serem resolvidas e também palavras que já foram divergentes anteriormente já tendo consenso. Algumas competências apresentam diferenças mais discrepantes e com nível maior de dificuldade no ajuste da tradução.

Na tradução da descrição das competências o quadro (QUADRO 11) mostra as versões dos três tradutores e as divergências encontradas até o estabelecimento do consenso no primeiro domínio.

QUADRO 11 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO PRIMEIRO DOMÍNIO continua

Competência	Tradutor	Descrição da competência
C1D1	T1	Utilizar dados estatísticos <b>demográficos</b> e indicadores básicos de saúde a fim de gerar evidência sobre a situação da saúde da população e dos grupos <b>de risco e de vulnerabilidade</b> .
	T2	Utilizar as estatísticas <b>vitais</b> e os indicadores básicos de saúde para gerar evidência sobre a situação da saúde da população, e dos grupos em situação <b>de vulnerabilidade e risco</b> .
	T3	Utilizar a estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar <b>as</b> evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.
<b>Análise</b>		Dados estatísticos <b>demográficos</b> x as estatísticas <b>vitais</b> x estatística demográfica
<b>Consenso</b>		Utilizar a estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.
C2D1	T1	Analisar sistematicamente a situação e as tendências da <b>saúde da população</b> e seus determinantes, para documentar as desigualdades no que se refere aos riscos, resultados e acesso aos serviços.
	T2	Analisar sistematicamente a situação e as tendências da <b>saúde populacional</b> e os seus determinantes, para documentar desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
	T3	Analisar sistematicamente a situação e tendências de <b>saúde da população</b> e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
<b>Análise</b>		Saúde da população x saúde populacional
<b>Consenso</b>		Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
C3D1	T1	Estabelecer prioridades de saúde pública para responder às necessidades de saúde da população, incluindo a caracterização de risco e a demanda <b>pelos</b> seus serviços.
	T2	Estabelecer prioridades de saúde pública para responder às necessidades de saúde da população, incluindo a caracterização de risco e <b>a demanda por</b> serviços de saúde.
	T3	Estabelecer prioridades da saúde pública para responder as necessidades da saúde da população, incluindo a caracterização do risco e <b>da demanda dos</b> serviços de saúde.
<b>Análise</b>		A demanda pelos x a demanda por x da demanda dos
<b>Consenso</b>		Estabelecer prioridades de saúde pública para responder às necessidades da saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda <b>pelos</b> serviços de saúde.
C4D1	T1	Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções <b>na população</b>
	T2	Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções <b>populacionais</b> .
	T3	Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto <b>de suas</b> intervenções populacionais.
<b>Análise</b>		intervenções <b>na população</b> x das intervenções <b>populacionais</b>
<b>Consenso</b>		Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto <b>das</b> intervenções <b>populacionais</b> .

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 11 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO PRIMEIRO DOMÍNIO continuação

Competência	Tradutor	Descrição da competência
C5D1	T1	Recomendar ações <b>que favoreçam</b> a saúde para diferentes públicos e usuários do sistema de saúde, baseadas em evidências e pelo conhecimento gerado <b>a partir</b> da pesquisa.
	T2	Recomendar ações <b>em favor da</b> saúde para diferentes audiências, públicos e usuários do sistema de saúde, baseadas nas evidências <b>e no novo</b> conhecimento gerado <b>através</b> da pesquisa.
	T3	Recomendar ações <b>em favor</b> da saúde para diferentes <b>audiências públicas</b> e de usuários do sistema de saúde, baseadas em evidência e <b>um novo</b> conhecimento <b>que se gera a partir da investigação</b> .
Análise		Recomendar ações <b>que favoreçam</b> x Recomendar ações <b>em favor da</b> x Recomendar ações <b>em favor da</b> ; diferentes públicos x diferentes <b>audiências</b> x diferentes <b>audiências públicas</b> ; <b>a partir</b> da pesquisa x <b>através</b> da pesquisa x <b>partir da investigação</b>
Consenso		Recomendar ações <b>em favor</b> da saúde para diferentes audiências, públicos e de usuários do sistema de saúde, baseadas em evidência <b>no novo</b> conhecimento <b>gerado mediante pesquisa</b> .
C6D1	T1	Desenvolver metodologias, tecnologias, e boas práticas para a gestão, análise e comunicação da informação <b>sobre</b> a saúde.
	T2	Desenvolver metodologias, tecnologias, e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação <b>sobre</b> saúde.
	T3	Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação <b>em</b> saúde.
Análise		<b>sobre</b> a saúde x <b>em</b> saúde
Consenso		Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação <b>sobre</b> saúde.
C7D1	T1	Transferir conhecimento, experiências e ferramentas para a análise da situação da saúde <b>por meio</b> da supervisão <b>da educação, educação em</b> serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores <b>principais</b> .
	T2	Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação da saúde <b>através</b> de <b>supervisão capacitante, capacitação</b> em serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores <b>chaves</b> .
	T3	Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde <b>através</b> da <b>capacitação por meio da supervisão, capacitação em serviço</b> e educação permanente da força de trabalho e dos atores <b>chaves</b> .
Análise		Através de supervisão capacitante, capacitação x da educação, educação em serviço x capacitação por meio da supervisão, capacitação em serviço
Consenso		Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde <b>através da capacitação por meio da supervisão, treinamento em serviço</b> e educação permanente da força de trabalho e dos atores – <b>chave</b> .

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 11 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO PRIMEIRO DOMÍNIO continuação

Competência	Tradutor	Descrição da competência
C8D1	T1	Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores-chaves e disciplinas para a promoção <b>a melhoria</b> dos registros e as estatísticas de saúde desde o nível local ao nível global
	T2	Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre setores chaves e disciplinas para promover <b>a melhoria</b> dos registros e as estatísticas de saúde desde o nível local até o nível global
	T3	Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores-chaves e disciplinas para promover <b>o melhoramento</b> dos registros e estatísticas/ <b>levantamento das informações</b> de saúde desde nível local até o nível global/ <b>nacional</b> .
Análise		<b>A melhoria x o melhoramento</b> ; estatísticas x <b>levantamento das informações</b> .
Consenso		Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores - chave e disciplinas para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde desde o nível local até o nível global.
C9D1	T1	Administrar a informação, <b>a pesquisa e os demais</b> conhecimentos relacionados à prática cotidiana para melhorar os resultados das ações na saúde e contribuir para o bem-estar da população.
	T2	Administrar a informação, <b>a pesquisa e os outros</b> conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para melhorar os resultados das ações na saúde e contribuir para o bem-estar da população.
	T3	Administrar a informação <b>da investigação e dos demais</b> conhecimentos relacionados <b>com</b> a prática cotidiana para melhorar os resultados das ações de saúde e contribuir para o bem estar da população
Análise		A pesquisa e os demais x a pesquisa e os outros x da investigação e dos demais
Consenso		Administrar a informação, a pesquisa e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para melhorar os resultados das ações de saúde e contribuir para o bem-estar da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

O **primeiro domínio** é formado por nove competências. Ao analisar a sua tradução inicial observou-se que as competências número três e seis não apresentaram divergências importantes, e a competência nove as diferenças repetiam de outras análise e a escolha foi para o termo que já tinha tido consenso anteriormente.

O **segundo domínio** (QUADRO 12) apresenta 14 competências, e a análise da tradução destas evidenciou várias divergências nas versões apresentadas pelos 3 tradutores. As competências número três, quatro, seis, sete, oito, nove, 10 e 14 não tiveram divergências significativas e por isso não são apresentadas.

QUADRO 12 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO continua

<b>Domínio 2</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C1D2</b>	<b>T1</b>	Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde para o <b>planejamento e implementação</b> de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e Danos na Saúde Pública.
	<b>T2</b>	Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde para o <b>desenho e implantação</b> de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e Danos na Saúde Pública.
	<b>T3</b>	Analisar as ameaças <b>de riscos e danos da saúde</b> para o <b>delineamento/plano</b> e implementação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e danos em saúde pública
<b>Análise</b>		Planejamento e implementação x desenho e implantação x desenho/plano e implementação
<b>Consenso</b>		Analisar as ameaças, riscos e danos da saúde para o <b>delineamento e implantação</b> de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e danos na saúde pública.
<b>C2D2</b>	<b>T1</b>	<b>Gerir</b> as redes, os serviços e laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e o controle na saúde pública.
	<b>T2</b>	<b>Gestão</b> das redes, os serviços e <b>os</b> laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e o controle na saúde pública.
	<b>T3</b>	<b>Gestionar</b> as redes, os serviços e laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle em saúde pública.
<b>Análise</b>		Gerir as redes x Gestão das redes x Gestionar as redes
<b>Consenso</b>		<b>Realizar a gestão</b> das redes, <b>dos</b> serviços e laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle na saúde pública.
<b>C3D2</b>	<b>T1</b>	Realizar o <b>monitoramento</b> dos riscos, as ameaças, <b>dentro dos</b> determinantes sociais da saúde e a ocorrência de danos, a fim de conhecer seu comportamento no <b>decorrer</b> do tempo e identificar as necessidades da intervenção.
	<b>T2</b>	Realizar o <b>seguimento</b> dos riscos, as ameaças, <b>no marco</b> dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer o seu comportamento <b>no tempo</b> e identificar as necessidades de intervenção.
	<b>T3</b>	Realizar o seguimento dos riscos, das ameaças no marco dos determinantes sociais de saúde e da ocorrência de danos para conhecer seu comportamento <b>ao longo do</b> tempo e identificar as necessidades de intervenção.
<b>Análise</b>		Monitoramento dos riscos x seguimento dos riscos ; no marco dos determinantes x dentro dos determinantes
<b>Consenso</b>		Realizar o <b>monitoramento</b> dos riscos, das ameaças, <b>no marco</b> dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer seu comportamento <b>ao longo</b> do tempo e identificar as necessidades de intervenção.
<b>C4D2</b>	<b>T1</b>	Definir os riscos, ameaças e os danos <b>na</b> saúde que <b>assegurem</b> intervenções imediatas e mediatas, para garantir uma resposta rápida e <b>adequada</b> do sistema de saúde.
	<b>T2</b>	Definir os riscos, ameaças e danos <b>em</b> saúde que <b>requerem</b> intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e <b>oportuna</b> do sistema de saúde.
	<b>T3</b>	Definir os riscos e ameaças e danos em saúde que <b>demandem</b> intervenções imediatas e mediatas para garantir a resposta rápida e <b>oportuna</b> do sistema de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 12 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO. continuação

<b>Domínio 2</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>Análise</b>		danos na saúde x danos em saúde; assegurem intervenções x requerem intervenções x demandem intervenções
<b>Consenso</b>		Definir os riscos, ameaças e danos em saúde <b>que demandem</b> intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e <b>oportuna</b> do sistema de saúde.
<b>C5D2</b>	<b>T1</b>	Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações, controlar, reduzir ou <b>amenizar</b> seus efeitos sobre a população.
	<b>T2</b>	Detectar precocemente o surgimento de epidemias para executar ações, para controlar, reduzir ou <b>mitigar</b> seus efeitos sobre a população.
	<b>T3</b>	Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou <b>mitigar</b> seus efeitos sobre a população.
<b>Análise</b>		amenizar x mitigar
<b>Consenso</b>		Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou <b>mitigar</b> seus efeitos sobre a população.
<b>C6D2</b>	<b>T1</b>	Articular <b>a vigilância</b> e a resposta <b>em</b> diferentes níveis de setores e de cidadania, para enfrentar os riscos, ameaças e danos à saúde.
	<b>T2</b>	Articular as <b>ações de vigilância</b> e resposta <b>com</b> os diferentes <b>níveis</b> , setores e <b>cidadania</b> , para enfrentar os riscos, ameaças e danos <b>na</b> saúde.
	<b>T3</b>	Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes <b>setores</b> e <b>cidadãos</b> para enfrentar os riscos e ameaças e danos <b>à</b> saúde.
<b>Análise</b>		a vigilância x ações de vigilância; em diferentes níveis x com os diferentes níveis x com os diferentes setores
<b>Consenso</b>		Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes <b>níveis setoriais</b> e <b>cidadãos</b> para enfrentar os riscos e ameaças e danos <b>à</b> saúde.
<b>C7D2</b>	<b>T1</b>	Comunicar a informação relevante da vigilância, aos diversos atores do sistema e a população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.
	<b>T2</b>	Comunicar a informação relevante da vigilância, aos diversos atores do sistema e à população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos em saúde.
	<b>T3</b>	<b>Comunicar/difundir</b> a informação da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde
<b>Análise</b>		Comunicar x difundir
<b>Consenso</b>		<b>Difundir</b> a informação relevante da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.



QUADRO 12 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO continuação

<b>Domínio 2</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C8D2</b>	<b>T1</b>	Realizar pesquisa biomédica, sócio-demográfica, ambiental e operativa com precisão e objetividade para explicar os riscos e ameaças e danos <b>na</b> saúde, como também avaliar a resposta social.
	<b>T2</b>	Realizar pesquisa biomédica, sócio-demográfica, ambiental e operativa com precisão e objetividade para explicar os riscos e ameaças, e danos <b>em</b> saúde, assim como, avaliar a resposta social <b>frente a eles</b> .
	<b>T3</b>	Realizar pesquisas biomédica, sócio-demográfica, ambiental e operativa com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social <b>frente aos mesmos</b> .
<b>Análise</b>		danos na saúde x danos em saúde x danos à saúde; resposta social x resposta social frente a eles x resposta social frente aos mesmos
<b>Consenso</b>		Realizar pesquisas biomédica, sócio-demográfica, ambiental e operativa com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social <b>frente aos mesmos</b> .
<b>C9D2</b>	<b>T1</b>	Avaliar os processos críticos relacionados ao sistema de vigilância e controle <b>na</b> saúde pública <b>de forma</b> permanente e sistemática para garantir a melhoria contínua e a <b>solução apropriada</b> aos problemas priorizados.
	<b>T2</b>	Avaliar os processos críticos relacionados com o sistema de vigilância e controle <b>em</b> saúde pública <b>de maneira</b> permanente e sistemática, para garantir a <b>sua</b> melhoria contínua e a solução <b>oportuna</b> dos problemas priorizados.
	<b>T3</b>	Avaliar os processos críticos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática para garantir sua melhora contínua e a solução <b>oportuna</b> dos problemas priorizados.
<b>Análise</b>		controle na saúde pública x controle em saúde pública; de forma x de maneira; solução apropriada x de forma permanente
<b>Consenso</b>		Avaliar os processos críticos relacionados ao sistema de vigilância e controle <b>em</b> saúde pública <b>de maneira</b> permanente e sistemática, para garantir <b>sua</b> melhora contínua e a solução <b>oportuna</b> dos problemas priorizados.
<b>C10D2</b>	<b>T1</b>	Elaborar <b>uma estimativa de</b> risco de desastres <b>a fim de</b> determinar a sua dimensão
	<b>T2</b>	Elaborar <b>a estimação do</b> risco de desastres <b>para</b> determinar a sua dimensão.
	<b>T3</b>	<b>Estimar o</b> risco de desastres para determinar sua dimensão
<b>Análise</b>		Elaborar uma estimativa de x Elaborar a estimação x Estimar
<b>Consenso</b>		<b>Estimar o risco</b> de desastres para determinar sua dimensão

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 12 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO continuação

<b>Domínio 2</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C11D2</b>	<b>T1</b>	<b>Traçar planos de gestão de</b> risco de desastres <b>por causas</b> naturais, tecnológicas e biológicas para <b>amenizar o impacto</b> na saúde.
	<b>T2</b>	<b>Desenhar projetos de gestão do</b> risco de desastres <b>frente a ameaças</b> naturais, tecnológicas e biológicas para <b>mitigar o efeito deles</b> na saúde.
	<b>T3</b>	<b>Traçar planos</b> de gestão <b>de</b> riscos de desastres <b>ante</b> as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para <b>mitigar</b> os seus efeitos na saúde.
<b>Análise</b>		Traçar planos de gestão de x Desenhar projetos de
<b>Consenso</b>		<b>Traçar planos</b> de gestão de riscos de desastres <b>ante</b> as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para <b>mitigar</b> os seus efeitos na saúde.
<b>C12D2</b>	<b>T1</b>	<b>Traçar projetos</b> de investimento <b>com o intuito de</b> reduzir o risco de desastres <b>na</b> saúde.
	<b>T2</b>	<b>Desenhar projetos</b> de investimento <b>para a</b> redução do risco de desastres <b>na</b> saúde.
	<b>T3</b>	<b>Delinear projetos</b> de intervenção <b>para a</b> redução de risco de desastres em saúde.
<b>Análise</b>		traçar projetos x Desenhar projetos x Delinear projetos
<b>Consenso</b>		<b>Delinear projetos</b> de intervenção <b>para a</b> redução de risco de desastres <b>em</b> saúde.
<b>C13D2</b>	<b>T1</b>	Executar a resposta imediata frente à ameaças, riscos e danos por desastres de acordo <b>com a</b> estimativa de risco para <b>salvaguardar</b> a saúde.
	<b>T2</b>	Executar a resposta imediata frente a ameaças, riscos e danos por desastres de acordo <b>à</b> estimativa do risco para <b>proteger</b> a saúde.
	<b>T3</b>	Executar a resposta imediata diante ameaças, riscos e danos por desastres <b>de acordo a</b> estimativa de risco e proteger a saúde.
<b>Análise</b>		com a estimativa x à estimativa x a estimativa
<b>Consenso</b>		Executar a resposta imediata diante ameaças, riscos e danos por desastres <b>de acordo com a</b> estimativa de risco <b>para</b> proteger a saúde.
<b>C14D2</b>	<b>T1</b>	Planificar e executar a reconstrução após desastres de acordo <b>com o grau dos danos</b> para a reabilitação imediata <b>e</b> proteção da saúde da população.
	<b>T2</b>	Planificar e executar a reconstrução após desastres, de acordo com <b>a identificação</b> do dano para a reabilitação imediata <b>e</b> proteção da saúde da população.
	<b>T3</b>	Planificar e executar a reconstrução pós-desastres de acordo <b>com a identificação</b> do dano para a reabilitação imediata <b>e</b> proteção da saúde da população.
<b>Análise</b>		com o grau dos danos x com a identificação do dano
<b>Consenso</b>		<b>Planejar</b> e executar a reconstrução pós-desastres de acordo <b>com a identificação</b> do dano para a reabilitação imediata <b>e</b> proteção da saúde da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

A primeira competência do domínio dois teve alguns termos com tradução diferente pelos tradutores, sendo o planejamento e implementação (T1); desenho e

implantação (T2) e delineamento/plano e implementação (T3) e no consenso optou-se por o delineamento e implantação, diferente dos termos analisados.

Os termos que divergiram na tradução da segunda competência do domínio dois foram: Gerir as redes (T1), Gestão das redes (T2) e Gestionar as redes (T3), o termo gestão de redes foi o escolhido no consenso dos tradutores.

A competência número cinco teve duas palavras divergentes, amenizar (T1) mitigar (T2 e T3). Os tradutores optaram pela palavra mitigar no consenso. Na tradução da competência número doze dois verbos divergiram: Traçar projetos (T1) e Desenhar projetos (T2 e T3). O consenso estabeleceu o uso do verbo delinear projetos. Também teve diferença na tradução das expressões: com o intuito de reduzir (T1) e para a redução do (T2 e T3), esta última foi a opção dos tradutores.

Na sequência apresentam-se a análise do terceiro domínio (QUADRO 13)

QUADRO 13 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO continua

<b>Domínio 3</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C1D3</b>	<b>T1</b>	<b>Valorizar</b> o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-se de <b>outros paradigmas, a fim de alcançar</b> mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.
	<b>T2</b>	<b>Valorar</b> o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de <b>outros paradigmas, para obter</b> mudanças positivas na saúde dos indivíduos e na comunidade.
	<b>T3</b>	Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de <b>outros programas</b> para capaz de realizar mudanças positivas <b>em</b> saúde dos indivíduos e da comunidade.
<b>Análise</b>		valorizar x valorar; a fim de alcançar x para obter; outros paradigmas x outros programas
<b>Consenso</b>		<b>Valorizar</b> o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para <b>ser capaz de realizar</b> mudanças positivas <b>na</b> saúde dos indivíduos e da comunidade.
<b>C2D3</b>	<b>T1</b>	Aplicar as ferramentas da participação social e o <b>enfoque do trabalho</b> intersetorial para melhorar a saúde e impactar nas políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.
	<b>T2</b>	Aplicar as ferramentas de participação social e o <b>enfoque de trabalho</b> intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais
	<b>T3</b>	Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque <b>de</b> trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.
<b>Análise</b>		enfoque do trabalho x enfoque de trabalho
<b>Consenso</b>		Aplicar as ferramentas de participação social e o <b>enfoque de trabalho</b> intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.

FONTE: DADOS DAPESQUISA, 2015.

QUADRO 13 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO continuação

Domínio 3		
Competência	Tradutor	Descrição da competência
C3D3	T1	Analisar as <b>relações complementares</b> entre a Educação para a Saúde e a <b>Alfabetização na Saúde para instituir</b> melhores práticas da Promoção da Saúde.
	T2	Analisar as <b>relações de complementaridade</b> entre a Educação para a Saúde e a <b>Alfabetização em Saúde para estabelecer</b> melhores práticas de Promoção da Saúde.
	T3	Analisar as <b>relações de complementaridade</b> entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde
<b>Análise</b>		relações complementares x relações de complementaridade; Alfabetização na Saúde x Alfabetização em Saúde; para instituir x para estabelecer
<b>Consenso</b>		Analisar as relações <b>de complementaridade</b> entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.
C4D3	T1	<b>Traçar</b> estratégias de comunicação em saúde e <b>marketing social</b> para fomentar mudanças individuais e coletivas.
	T2	<b>Desenhar</b> estratégias de comunicação em saúde e <b>mercado social</b> para fomentar mudanças individuais e coletivas.
	T3	<b>Traçar</b> estratégias de comunicação em saúde e <b>divulgação para a sociedade/socialização das informações</b> para fomentar mudanças individuais e coletivas.
<b>Análise</b>		Traçar x Desenhar; <i>marketing</i> social x mercado social x divulgação para sociedade/socialização das informações
<b>Consenso</b>		Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação para a sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
C5D3	T1	Reconhecer as considerações éticas vinculadas <b>às ações com enfoque na</b> competência cultural <b>para que sejam aplicadas</b> na prática da saúde pública em diferentes contextos.
	T2	Reconhecer as considerações éticas vinculadas <b>aos enfoques de</b> competência cultural <b>para aplicá-las</b> na prática da saúde pública em diferentes contextos.
	T3	Reconhecer as considerações éticas vinculadas <b>aos enfoques de</b> competências culturais para <b>as aplicadas</b> nas práticas da saúde pública em diferentes contextos.
<b>Análise</b>		sociedade/socialização das informações x sociedade/socialização das informações; para que sejam aplicadas x para aplicá-las x as aplicadas
<b>Consenso</b>		Reconhecer as considerações éticas vinculadas aos enfoques de competências culturais para aplicá-las na prática da saúde pública em diferentes contextos.

FONTE: DADOS DAPESQUISA, 2015.

QUADRO 13 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO *continuação*

Domínio 3		
Competência	Tradutor	Descrição da competência
C6D3	T1	Aplicar modalidades e mecanismos que <b>promovam</b> o empoderamento <b>para envolver a</b> participação social e <b>comunitária na saúde.</b>
	T2	Aplicar as modalidades e mecanismos que <b>fomentam</b> o empoderamento <b>para obter</b> participação social e <b>comunitária em saúde.</b>
	T3	Aplicar as modalidades e mecanismos que <b>fomentam o</b> empoderamento <b>para alcançar a</b> participação social e <b>comunitária em saúde.</b>
Análise		as aplicadas x fomentam; fomentam x fomentam x para alcançar a; comunitária na saúde x comunitária em saúde
Consenso		Aplicar as modalidades e mecanismos <b>que fomentam o</b> empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.
C7D3	T1	Desenvolver estratégias <b>focadas</b> na Promoção da Saúde para <b>propiciar</b> alianças e a consolidação das redes de atenção primária <b>e comunitária.</b>
	T2	Desenvolver estratégias <b>com o enfoque</b> de Promoção da Saúde para <b>o desenvolvimento</b> de alianças e a consolidação de redes na atenção primária em saúde, e <b>nos serviços comunitários.</b>
	T3	Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção de Saúde para o desenvolvimento de alianças/pactos e a consolidação de redes em atenção primária em saúde e <b>nos serviços comunitários.</b>
Análise		Focadas x com o enfoque; propiciar x o desenvolvimento; e comunitária x nos serviços comunitários;
Consenso		Desenvolver estratégias <b>com o enfoque de</b> Promoção de Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes em atenção primária em saúde e nos serviços comunitários.
C8D3	T1	Avaliar a efetividade das <b>ações da Promoção da Saúde</b> para <b>conseguir mudanças no entorno</b> comunitário, na política pública e na estrutura social <b>a favor</b> da saúde e da qualidade de vida.
	T2	Avaliar a efetividade das <b>ações de Promoção da Saúde para obter mudanças a nível comunitário</b> , na política pública e na estrutura social <b>a favor</b> da saúde e da qualidade de vida.
	T3	Avaliar a efetividade das <b>ações de promoção da saúde para obter mudanças em nível de atenção primária</b> , na política de pública e na estrutura social <b>em benefício</b> da saúde e qualidade de vida;
Análise		ações da Promoção da Saúde x ações de Promoção da Saúde; conseguir mudanças no entorno comunitário x para obter mudanças a nível comunitário x para obter mudanças a nível de atenção primária; a favor x em benefício
Consenso		Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças em nível de atenção primária, na política de pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.

FONTE: DADOS DAPESQUISA, 2015.

QUADRO 13 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO continuação

Domínio 3		
Competência	Tradutor	Descrição da competência
C9D3	T1	<b>Promover</b> a criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos <b>relacionados</b> à saúde a fim de capacitar a população <b>quanto ao controle e compreensão</b> dos serviços sociais e das políticas públicas.
	T2	<b>Promover</b> a criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos <b>em relação com a compreensão e proteção da saúde</b> , para melhorar a <b>capacidade da população de compreender</b> e controlar os serviços sociais e as políticas públicas.
	T3	<b>Promoção da</b> criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a <b>capacidade da população para compreender</b> e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.
<b>Análise</b>		Promover x Promoção da; relacionados x em relação com a compreensão e proteção da saúde; quanto ao controle e compreensão x a capacidade da população de compreender x capacidade da população para
<b>Consenso</b>		Promover, criar e fortalecer de espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.
C10D3	T1	Participar ativamente no <b>esboço</b> , execução e avaliação de <b>estratégias de lobbying</b> , informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e <b>aos tomadores de decisão</b> para contribuir ao empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, <b>planos</b> e programas de saúde.
	T2	Participar ativamente no <b>desenho</b> , execução e avaliação de <b>estratégias de gestão</b> , informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e <b>às pessoas encarregadas de tomar as decisões</b> para contribuir ao empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, <b>projetos</b> e programas de saúde.
	T3	Participar ativamente no <b>delineamento/projeto</b> , execução e avaliação de <b>estratégias de cabildeo</b> . Informação, comunicação e educação <b>e das tomadas de decisões</b> para contribuir ao empoderamento da população na formulação, avaliação e controle das políticas, <b>planos</b> e programas de saúde.
<b>Análise</b>		Esboço x desenho x no delineamento/projeto; estratégias de <i>lobbying</i> x estratégias de gestão x estratégias de <i>cabildeo</i> ; aos tomadores de decisão x às pessoas encarregadas de tomar as decisões x e das tomadas de decisões; planos x projetos
<b>Consenso</b>		Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.

FONTE: DADOS DAPESQUISA, 2015.

Não houve divergências na tradução da segunda competência deste domínio. Nas competências um, três e cinco, seis, sete e nove houve divergências fáceis de serem resolvidas ou palavras já definidas em consenso anteriormente.

A quarta competência do terceiro domínio as palavras discrepantes são traçar estratégias (T1e T3) desenhar estratégias (T1) e o consenso foi com o primeiro termo. Outra expressão que divergiu na opinião dos tradutores foi *marketing* social (T1) e mercadejo social (T2) e divulgação para a sociedade/socialização das informações (T3), em que na tradução ficou o termo divulgação para a sociedade das informações.

Já na tradução da décima competência encontrou-se termos com diferenças na tradução como a expressão de *estrategias de cabildeo* em que o primeiro tradutor definiu como estratégias de *lobbying*, o segundo tradutor deixou como estratégias de cabildeo, e o terceiro tradutor traduziu como estratégias de gestão, essa última foi a escolhida no consenso. A seguir são apresentadas as traduções do quarto domínio (QUADRO 14).

QUADRO 14 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUARTO DOMÍNIO continua

<b>Domínio 4</b>		
<b>Análise</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C1D4</b>	<b>T1</b>	Aplicar os fundamentos <b>conceituais</b> , técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas para contribuir a garantia da equidade e o direito fundamental à saúde.
	<b>T2</b>	Aplicar os fundamentos <b>conceptuais</b> , técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas para contribuir à garantia da equidade e do direito fundamental à saúde.
	<b>T3</b>	Aplicar os fundamentos <b>conceptuais</b> , técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas para contribuir para a garantia da equidade e do direito fundamental à saúde.
<b>Análise</b>		Conceituais x conceptuais; continua
<b>Consenso</b>		Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas para contribuir para a garantia da equidade e do direito fundamental à saúde.
<b>C2D4</b>	<b>T1</b>	Proteger <b>em toda</b> política pública setorial ou extrasetorial o direito à saúde como sendo um direito humano fundamental para o bem-estar integral da população.
	<b>T2</b>	Proteger <b>em todas as</b> políticas públicas, setoriais ou extra-setoriais, o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem-estar integral da população.
	<b>T3</b>	Proteger <b>em toda</b> política pública setorial o extra-setorial o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.
<b>Análise</b>		em toda x em toda as
<b>Consenso</b>		Proteger em toda política pública setorial o extra-setorial o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 14 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUARTO DOMÍNIO continuação

<b>Domínio 4</b>		
<b>Análise</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>Análise</b>	em toda x em toda as	
<b>C3D4</b>	<b>T1</b>	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros <b>necessários</b> para o melhoramento da saúde e o controle <b>de seus determinantes</b> para melhorar o desempenho, a equidade e a inclusão dos sistemas de saúde <b>focadas</b> na atenção primária.
	<b>T2</b>	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros <b>necessários</b> para o melhoramento da saúde, e o controle <b>das suas determinações</b> para melhorar o desempenho, a equidade e a inclusão dos sistemas de saúde <b>com um enfoque de</b> atenção primária.
	<b>T3</b>	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros <b>requeridos</b> para o melhoramento da saúde e o controle <b>de seus determinantes</b> para melhorar o desempenho, a equidade e a inclusão dos sistemas de saúde <b>com um enfoque de</b> atenção primária.
<b>Análise</b>	Necessários x necessários; de seus determinantes x das suas determinações; focadas x com um enfoque de	
<b>Consenso</b>	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a equidade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque na atenção primária.	
<b>C4D4</b>	<b>T1</b>	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e do coletivo humano para sustentar as decisões de intervenção e <b>otimizar</b> seus resultados.
	<b>T2</b>	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, as famílias e os coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e <b>aperfeiçoar</b> os seus resultados.
	<b>T3</b>	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, as famílias e os coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e <b>otimizar</b> os resultados.
<b>Análise</b>	Otimizar x aperfeiçoar	
<b>Consenso</b>	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.	
<b>C5D4</b>	<b>T1</b>	Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada na análise, formulação, execução e avaliação, das políticas, <b>planos</b> e programas na Saúde Pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde desde a perspectiva de determinantes sociais.
	<b>T2</b>	Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada na análise, formulação, execução e avaliação, das políticas, <b>projetos</b> e programas em Saúde Pública, para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde desde a perspectiva de determinantes sociais.
	<b>T3</b>	Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, <b>planos</b> e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.
<b>Análise</b>	<b>Planos x projetos</b>	

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.



QUADRO 14 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUARTO DOMÍNIO continuação

<b>Domínio 4</b>		
<b>Análise</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>Consenso</b>		Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.
<b>C6D4</b>	<b>T1</b>	Participar na gestão de políticas <b>e planos de saúde para ajudar a</b> garantir o direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
	<b>T2</b>	Participar na gestão de políticas <b>e projetos de saúde para contribuir</b> a garantir o direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
	<b>T3</b>	Participar na gestão de políticas <b>e planos de saúde para contribuir</b> com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
<b>Análise</b>		e planos de x e projetos de; para ajudar a x para contribuir
<b>Consenso</b>		Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
<b>C7D4</b>	<b>T1</b>	Reconhecer <b>o planejamento</b> e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir <b>os melhores</b> resultados na saúde.
	<b>T2</b>	Reconhecer <b>a planificação</b> e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir <b>a obtenção dos</b> melhores resultados na saúde.
	<b>T3</b>	Reconhecer <b>a planificação</b> e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir <b>a obtenção dos</b> melhores resultados na saúde.
<b>Análise</b>		o planejamento x a planificação; os melhores x a obtenção dos
<b>Consenso</b>		Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

No **quarto domínio**, a maioria das competências apresentou divergências de fácil solução e palavras que foram consensuadas na avaliação. Na competência número sete do quarto domínio a tradução da palavra *planificación* trouxe planejamento (T1) e a planificação (T2 e T3). A palavra planificação obteve o consenso da tradução. Na sequência, o quadro abaixo mostra as versões das traduções do quinto domínio.

QUADRO 15 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUINTO DOMÍNIO continua

<b>Domínio 5</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C1D5</b>	<b>T1</b>	<b>Respaldar</b> os princípios de equidade, <b>no âmbito das determinações</b> sociais, <b>ao planejar e implementar</b> políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços <b>de prevenção e assistência</b> à saúde.
	<b>T2</b>	<b>Apoiar</b> os princípios da equidade, <b>no marco do enfoque de determinantes</b> sociais, <b>desenhando e implantando</b> políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos <b>serviços preventivos e assistenciais</b> de saúde.
	<b>T3</b>	Respaldar os princípios de equidade, <b>no marco do enfoque de determinantes</b> sociais, <b>ao planejar e implementar</b> políticas e ações de saúde para melhoria do acesso aos <b>serviços preventivos e assistenciais</b> de saúde.
<b>Análise</b>		Respaldar x Apoiar; no âmbito das determinações x no marco do enfoque de determinantes; ao planejar e implementar x desenhando e implantando; de prevenção e assistência x serviços preventivos e assistenciais
<b>Consenso</b>		Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque dos determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.
<b>C2D5</b>	<b>T1</b>	<b>Implementar planos</b> , estratégias e ações que aumentem a equidade de <b>oferta de serviços</b> , para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e <b>eficiência na distribuição</b> dos recursos necessários na atenção da saúde à população.
	<b>T2</b>	<b>Implantar projetos</b> , estratégias e ações que aumentem a equidade da <b>provisão de serviços</b> , para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e <b>eficiência distributiva</b> dos recursos necessários na atenção de saúde à população.
	<b>T3</b>	<b>Implementar planos</b> , estratégias e ações que aumentem a equidade de <b>provisão de serviços</b> para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e <b>eficiência distributiva</b> dos recursos necessários na atenção de saúde a população.
<b>Análise</b>		Implementar planos x Implantar projetos x Implementar planos; oferta de serviços x provisão de serviços x provisão de serviços; eficiência na distribuição x eficiência distributiva
<b>Consenso</b>		Implementar planos, estratégias e ações que aumentem a equidade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção à saúde a população.
<b>C3D5</b>	<b>T1</b>	<b>Traçar planos e implementar</b> práticas que impulsionem a <b>melhora contínua</b> da qualidade dos serviços para contribuir o fortalecimento da gestão e da atenção à saúde.
	<b>T2</b>	<b>Desenhar projetos e implantar</b> práticas que impulsionem o <b>melhoramento contínuo</b> na qualidade dos serviços para contribuir ao fortalecimento da gestão e atenção da saúde
	<b>T3</b>	<b>Delinear planos e implementar</b> práticas que impulsionem o <b>melhoramento contínuo</b> da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção de saúde.
<b>Análise</b>		Traçar planos e implementar x Desenhar projetos e implantar x Delinear planos e implementar; a melhora contínua x melhoramento contínuo
<b>Consenso</b>		Desenhar projetos e implantar práticas que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 15 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUINTO DOMÍNIO continuação

<b>Domínio 5</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C4D5</b>	<b>T1</b>	<b>Garantia da</b> qualidade nos serviços de saúde <b>conforme as</b> normas de segurança <b>na gestão e no cuidado</b> para <b>reduzir as disparidades</b> existentes na atenção à saúde da população.
	<b>T2</b>	<b>Promover garantias de</b> qualidade nos serviços de saúde <b>acordes com padrões de segurança na gestão e práticas assistenciais</b> , para <b>reduzir as brechas e iniquidades</b> existentes na atenção de saúde à população.
	<b>T3</b>	<b>Promover garantias de</b> qualidade nos serviços de saúde <b>de acordo com o padrão/nível de confiança/garantia</b> na gestão e <b>práticas assistenciais</b> , para <b>reduzir os prejuízos das desigualdades</b> existentes na atenção de saúde para a população.
<b>Análise</b>		garantia da x promover garantias de x promover garantias de; conforme as normas de segurança x de acordo com o padrão/nível de confiança/garantia; na gestão e no cuidado x na gestão e práticas assistenciais; reduzir as disparidades x reduzir as brechas e iniquidades x reduzir os prejuízos das desigualdades
<b>Consenso</b>		Promover garantias de qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população.
<b>C5D5</b>	<b>T1</b>	Participar na coordenação das redes integradas <b>nos diferentes níveis</b> de atenção para melhorar a <b>resposta do sistema</b> frente aos problemas de saúde da população.
	<b>T2</b>	Participar na coordenação de redes integradas <b>entre os distintos âmbitos</b> e níveis de atenção, para melhorar a <b>resposta do conjunto do sistema</b> aos problemas de saúde da população.
	<b>T3</b>	Participar na coordenação das redes integradas <b>nos diferentes níveis</b> de atenção para melhorar a <b>resposta do sistema</b> frente aos problemas de saúde da população.
<b>Análise</b>		entre os distintos âmbitos x nos diferentes níveis; resposta do sistema x resposta do conjunto do sistema
<b>Consenso</b>		Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população.
<b>C6D5</b>	<b>T1</b>	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para <b>planejar e implementar</b> programas e atividade de controle e gestão de riscos inerentes à <b>oferta</b> de serviços de saúde.
	<b>T2</b>	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção das pessoas, para <b>o desenho e implantação</b> de programas e atividades de controle e gestão dos riscos inerentes à <b>provisão</b> de serviços de saúde.
	<b>T3</b>	Identificar condições mínimas ou básicas de garantia na atenção às pessoas para <b>o plano e implementação</b> de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da <b>provisão</b> de serviços de saúde.
<b>Análise</b>		planejar e implementar x o desenho e implantação x o plano e implementação; oferta x provisão
<b>Consenso</b>		Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 15 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO QUINTO DOMÍNIO continuação

Domínio 5		
Competência	Tradutor	Descrição da competência
C7D5	T1	<b>Defender</b> um tratamento digno e o direito das pessoas ao <b>acesso livre</b> , a sua privacidade e a confidencialidade da informação em todas as etapas e processos da atenção à saúde.
	T2	<b>Advogar por</b> um tratamento digno e pelo direito das pessoas <b>de ter acesso oportuno</b> , pela sua privacidade e pela confidencialidade da informação em todas as etapas e processos de atenção em saúde.
	T3	<b>Pleitear/defender</b> por um tratamento digno e o direito das pessoas <b>ao acesso adequado</b> , a sua privacidade e a confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção na saúde.
<b>Análise</b>		Defender x Advogar por x Pleitear/defender; acesso livre x de ter acesso oportuno x ao acesso adequado
<b>Consenso</b>		Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e a confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.
C8D5	T1	Estimular e participar de equipes multidisciplinares <b>focadas na saúde comunitária</b> e na sensibilidade social para <b>o melhoramento contínuo</b> da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
	T2	Estimular e participar em equipes multidisciplinares <b>com enfoque comunitário</b> e sensibilidade social para <b>a melhoria contínua</b> da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
	T3	Estimular e participar em equipes multiprofissionais <b>com enfoque comunitário</b> e sensibilidade social <b>para o melhoramento contínuo</b> da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
<b>Análise</b>		focadas na saúde comunitária x com enfoque comunitário x com enfoque comunitário; o melhoramento contínuo x a melhoria contínua
<b>Consenso</b>		Estimular e participar em equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

No quinto domínio, a quarta competência apresentou diferenças na tradução de: *Promover garantías de calidad traducida como* Garantia da qualidade (T1) e Promover garantias de qualidade (T2 e T3). Ainda surgiu diferença nos termos *seguridad en la gestión y prácticas asistenciales* que foram traduzidas como segurança na gestão e no cuidado (T1), segurança na gestão e práticas assistenciais (T2) segurança e gestão e práticas assistenciais (T3). As versões das traduções, divergências e consenso do último domínio são expostos no quadro a seguir (QUADRO 16).

QUADRO 16 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEXTO DOMÍNIO continua

<b>Domínio 6</b>		
<b>Competência</b>	<b>Tradutor</b>	<b>Descrição da competência</b>
<b>C1D6</b>	<b>T1</b>	Reconhecer as dimensões globais das ações locais <b>na área da saúde</b> para avançar na responsabilidade global.
	<b>T2</b>	Reconhecer as dimensões globais das ações locais <b>em matéria de saúde</b> para avançar na responsabilidade global.
	<b>T3</b>	Reconhecer as dimensões globais das ações locais <b>em matéria de saúde</b> para avançar na responsabilidade global.
<b>Análise</b>		na área da saúde x em matéria de saúde
<b>Consenso</b>		Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.
<b>C2D6</b>	<b>T1</b>	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais <b>na saúde</b> para entender <b>a interconectividade</b> global e seu impacto nas condições da <b>saúde da população</b> .
	<b>T2</b>	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais <b>em matéria de saúde</b> para entender <b>a interconexão</b> global e o seu impacto nas condições da <b>saúde populacional</b> .
	<b>T3</b>	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais <b>em matéria de saúde</b> para entender <b>a interconectividade</b> global e seu impacto nas condições de <b>saúde</b> .
<b>Análise</b>		<b>a interconectividade x a interconexão; na saúde x em matéria de saúde; saúde da população x saúde populacional x saúde</b>
<b>Consenso</b>		Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.
<b>C3D6</b>	<b>T1</b>	Promover iniciativas interssetoriais de natureza transnacional para superar iniquidades sanitárias e <b>implementar</b> intervenções efetivas
	<b>T2</b>	Promover iniciativas interssetoriais de natureza transnacional para superar iniquidades sanitárias e <b>realizar</b> intervenções efetivas
	<b>T3</b>	Promover iniciativas interssetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e <b>implementar</b> intervenções efetivas.
<b>Análise</b>		implementar x realiza
<b>Consenso</b>		Promover iniciativas interssetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas.
<b>C4D6</b>	<b>T1</b>	Analisar de forma crítica <b>as mudanças na natureza, os principais fatores</b> e os recursos que configuram a saúde global para <b>influir</b> nas <b>reformas na saúde</b> , bem-estar e <b>segurança</b> social nas Américas.
	<b>T2</b>	Analisar de forma crítica <b>a natureza cambiante, os fatores chave</b> e os recursos que configuram a saúde global para <b>influenciar</b> nas reformas <b>em matéria de saúde</b> , bem-estar e <b>segurança</b> social nas Américas.
	<b>T3</b>	Analisar de forma crítica a <b>natureza mutável, os fatores chaves</b> e os recursos que configuram a saúde global para <b>influenciar</b> as reformas <b>em matéria de saúde</b> , bem estar e <b>seguridade</b> social nas Américas.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 16 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEXTO DOMÍNIO continuação

Domínio 6		
Competência	Tradutor	Descrição da competência
<b>Análise</b>		as mudanças na natureza x a natureza cambiante x a natureza cambiante; os principais fatores x os fatores chave; influir x influenciar; em matéria de saúde x reformas na saúde; segurança x seguridade
<b>Consenso</b>		Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social nas Américas.
<b>C5D6</b>	<b>T1</b>	Contrastar diferentes sistemas de prestação de serviços e suas implicações <b>para com os usuários, refletindo a diversidade no</b> contexto político, organizacional e econômico, para que essas <b>experiências sejam utilizadas para melhorar</b> o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
	<b>T2</b>	Contrastar diferentes sistemas de prestação de serviços e as suas implicações <b>nos usuários, que mostrem a natureza diversa</b> dos contextos político, organizacional e econômico, para utilizar estas <b>experiências para melhorar</b> o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
	<b>T3</b>	Contrastar diferentes sistemas de prestação de serviços e suas implicações <b>nos usuários, que refletem a natureza diversa</b> dos contextos político, organizacional e econômico, para utilizar essas <b>experiências em melhorar</b> o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
<b>Análise</b>		para com os usuários x nos usuários; refletindo a diversidade no x que mostrem a natureza diversa x que refletem a natureza diversa; experiências sejam utilizadas para melhorar x experiências para melhorar x experiências em melhorar
<b>Consenso</b>		Contrastar diferentes sistemas de prestação de serviços e suas implicações nos usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, para utilizar essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
<b>C6D6</b>	<b>T1</b>	Contribuir <b>de forma efetiva</b> à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, <b>principalmente</b> imigrantes, <b>turistas</b> , minorias étnicas transnacionais e <b>populações de fronteira, para atenuar, erradicar e/ou controlar os</b> problemas de saúde globais.
	<b>T2</b>	Contribuir <b>de maneira efetiva</b> para a atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, <b>em particular</b> migrantes, <b>viajantes</b> , minorias étnicas transnacionais e <b>populações de fronteira, para a atenuação, erradicação e/ou controle de</b> problemas de saúde globais.
	<b>T3</b>	Contribuir <b>de maneira efetiva</b> à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade <b>em particular</b> migrantes, <b>viajantes</b> , minorias étnicas transnacionais e <b>populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de</b> problemas de saúde globais.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 16 - QUADRO GERAL COM AS PALAVRAS DIVERGENTES E CONSENSO NA TRADUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO SEXTO DOMÍNIO continuação

Domínio 6		
Competência	Tradutor	Descrição da competência
<b>Análise</b>		de forma efetiva x de maneira efetiva; principalmente x em particular; turistas x viajantes; para atenuar, erradicar x para a atenuação, erradicação; populações de fronteira x e populações que vivem em fronteiras; controlar os x controle de
<b>Consenso</b>		Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.
<b>C7D6</b>	<b>T1</b>	Respeitar e <b>valorizar</b> a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas <b>integrals que resultem na melhora da</b> atenção à saúde das populações.
	<b>T2</b>	Respeitar e <b>valorar</b> a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas <b>integrals que se transformem em melhorias na</b> atenção à saúde das populações.
	<b>T3</b>	Respeitar e <b>valorizar</b> a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas <b>integradas que resultem na melhoria</b> da atenção à saúde das populações.
<b>Análise</b>		valorizar x valorizar; integrals que resultem na melhora da x integrals que se transformem em melhorias na x integradas que resultem na melhoria
<b>Consenso</b>		Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.
<b>C8D6</b>	<b>T1</b>	Utilizar fundos econômicos de programa de saúde internacional e os resultados de pesquisa em saúde global para a formulação e <b>implementação</b> de intervenções <b>que resultem</b> em ações locais para o benefício da saúde à população
	<b>T2</b>	Utilizar fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados da pesquisa em saúde global, para a formulação e <b>implantação</b> de intervenções que <b>se transformem</b> em ações locais para o benefício da saúde da população.
	<b>T3</b>	Utilizar fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e <b>implementação</b> de intervenções <b>que incidam</b> em ações locais para o benefício da saúde da população
<b>Análise</b>		Implementação x implantação; que resultem x se transformem x que incidam
<b>Consenso</b>		Utilizar fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

No domínio seis, *grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros* traduzidos como grupos em situação de vulnerabilidade, principalmente imigrantes, turistas, (T1) grupos em situação de vulnerabilidade em

particular migrantes, viajantes (T2 e T3). O consenso dos tradutores foi: grupos em situação de vulnerabilidade, em particular migrantes, viajantes.

Após as definições dos termos com divergências entre os tradutores na tradução inicial obteve a primeira versão traduzida para o português. A primeira versão em português foi submetida a um comitê de especialistas, para a adaptação cultural, para a análise das equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual do documento traduzido, em que, apesar de ser uma reunião longa resultou pequenas alterações.

Essa versão foi encaminhada para a retrotradução e não houve divergências significativas nas traduções da versão em português para novamente a língua espanhola. Assim, após o comitê obteve-se a versão definitiva traduzida dessa etapa da pesquisa. São descritas a versão final do documento da OPAS traduzido:

**Domínio 1** - Análise da situação de saúde: Implica na avaliação da situação de saúde da população e suas tendências em função do estudo de seus determinantes para a tomada de decisões e definição de políticas públicas de saúde essenciais na análise de situação de saúde. Competências essenciais na Análise da situação de saúde:

1. Utilizar a estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.
2. Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
3. Estabelecer prioridades de saúde pública para responder às necessidades da saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda pelos serviços de saúde.
4. Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções populacionais.
5. Recomendar ações em favor da saúde para diferentes audiências, públicos e de usuários do sistema de saúde, baseadas em evidência no novo conhecimento gerado mediante pesquisa.
6. Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.



7. Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde através da capacitação por meio da supervisão, treinamento em serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores-chave.
8. Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores chave e disciplinas para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde desde o nível local até o nível global.
9. Administrar a informação, a pesquisa e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para melhorar os resultados das ações de saúde e contribuir para o bem-estar da população.

**Domínio 2** - Vigilância e controle de riscos e danos: Refere-se à análise contínua de todos os aspectos da ocorrência e propagação de riscos e danos para a saúde que são pertinentes para seu controle efetivo na população. É a capacidade para realizar pesquisa e vigilância de surtos epidêmicos, os modelos de apresentação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais à saúde.

1. Analisar as ameaças, riscos e danos da saúde para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e danos na saúde pública.
2. Realizar a gestão das redes, dos serviços e laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle na saúde pública.
3. Realizar o monitoramento dos riscos, das ameaças, no marco dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer seu comportamento ao longo do tempo e identificar as necessidades de intervenção.
4. Definir os riscos, ameaças e danos em saúde que demandem intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e oportuna do sistema de saúde.
5. Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.
6. Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes níveis setoriais e cidadãos para enfrentar os riscos e ameaças e danos à saúde.

7. Difundir a informação relevante da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.
8. Realizar pesquisas biomédica, sócio-demográfica, ambiental e operativa com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos.
9. Avaliar os processos críticos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas priorizados.
10. Estimar o risco de desastres para determinar sua dimensão.
11. Traçar planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
12. Delinear projetos de intervenção para a redução de risco de desastres em saúde.
13. Executar a resposta imediata diante ameaças, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde.
14. Planejar e executar a reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.

**Domínio 3** - Promoção da saúde e participação social: A promoção da saúde se define como o processo político e social que envolve não somente as ações dirigidas diretamente a fortalecer as habilidades e as capacidades dos indivíduos, como também as dirigidas a modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam sobre a saúde. Consiste no processo que permite as pessoas incrementar seu controle sobre os determinantes da saúde e em consequência melhorá-la. Utiliza a educação para a saúde e a participação social como ferramenta de mudança.

1. Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para ser capaz de realizar mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.
2. Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque de trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.

3. Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.
4. Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação para a sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
5. Reconhecer as considerações éticas vinculadas aos enfoques de competências culturais para aplicá-las na prática da saúde pública em diferentes contextos.
6. Aplicar as modalidades e mecanismos que fomentam o empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.
7. Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção de Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes em atenção primária em saúde e nos serviços comunitários.
8. Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças em nível de atenção primária, na política de pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.
9. Promover, criar e fortalecer espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.
10. Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.

**Domínio 4** - Políticas, planificação, regulação e controle: Todo o sistema de saúde rege sua gestão de acordo com as políticas, planos de saúde regulatórios e regulações acordadas. Os que trabalham no setor de saúde devem ter a capacidade de gestão no marco regulatório de proteção e fiscalização na saúde pública e para a cooperação internacional. Devem também, ter a capacidade de gerar novas leis e regulamentos para o desenvolvimento de entornos saudáveis e a proteção dos cidadãos.

1. Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas para contribuir para a garantia da equidade e do direito fundamental à saúde.
2. Proteger em toda política pública setorial o extra-setorial o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.
3. Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a equidade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque na atenção primária.
4. Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.
5. Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.
6. Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
7. Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.

**Domínio 5** - Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos: Uma das condições essenciais na prática de saúde pública é garantir acesso aos serviços, os quais devem ser dispensados universalmente sem nenhum tipo de barreira, promovendo a qualidade e segurança na provisão e no enfoque multisetorial para a solução das iniquidades na atenção à saúde da população.

1. Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque dos determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.
2. Implementar planos, estratégias e ações que aumentem a equidade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e

- eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção à saúde a população.
3. Desenhar projetos e implantar práticas que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção de saúde.
  4. Promover garantias de qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população.
  5. Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população.
  6. Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.
  7. Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e a confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.
  8. Estimular e participar em equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

**Domínio 6** - Saúde Internacional e saúde global: É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e o bem-estar social. Num mundo globalizado e interconectado se requerem abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais da saúde e que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, desenvolva soluções transnacionais, regionais e globais que melhorem a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza a ferramenta das relações entre as autoridades sanitárias nacionais, através da diplomacia na área da saúde e da cooperação técnica.

1. 1.Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global

2. Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.
3. Promover iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas.
4. 4.Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social nas Américas.
5. 5.Contrastar diferentes sistemas de prestação de serviços e suas implicações nos usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, para utilizar essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
6. 6.Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.
7. 7.Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.
8. 8.Utilizar fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

#### 4.2 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DAS RODADAS DA TÉCNICA DELPHI

Este subcapítulo da pesquisa, apresentação dos resultados da pesquisa Delphi, é composto primeiramente pela caracterização dos especialistas participantes da primeira, segunda e terceira rodada e, posteriormente, pela apresentação da mensuração da opinião destes sobre as competências analisadas nas rodadas.

#### 4.2.1 Caracterização dos especialistas que compuseram o painel nas três rodadas da Técnica Delphi

Na primeira rodada, o painel foi composto de 130 de especialistas em saúde coletiva/pública e profissionais de saúde na área de gestão na atenção básica. Isto representou 73,03% dos que haviam inicialmente aceitado participar (N=178).

Conforme preconiza a técnica Delphi, na segunda rodada, foram enviados para os 130 participantes da rodada anterior o questionário com as competências que não atingiram o consenso estabelecido. Nesta rodada, 104 especialistas participaram, 80% do total de participação da primeira rodada, com 20% de abstenção.

Para a terceira rodada, as competências que não obtiveram consenso na segunda, foram enviadas a esses 104 especialistas, e 85 deles responderam o último questionário, o que representa 83% dos que participaram da rodada anterior, tendo 17% de abstenção.

As tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6 apresentadas abaixo mostram a caracterização dos participantes do painel referente à primeira, segunda e terceira rodadas de mensuração da opinião:

TABELA 1- DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, SEGUNDO O GÊNERO E A IDADE, BRASIL, 2015.

Variáveis	1ª rodada N= 130		2ª rodada N= 104		3ª rodada N= 85	
	F	%	F	%	F	%
<b>Gênero</b>						
Feminino	100	76,9	79	76	66	77,6
Masculino	30	23,1	25	24	19	22,4
<b>Total</b>	130	100	104	100	85	100
<b>Idade</b>						
20- 29	7	5,38	5	4,8	4	4,7
30 – 39	30	23,08	26	25	23	27,1
40 – 49	31	23,85	21	20,2	14	16,5
50 – 59	46	35,38	38	36,5	32	37,6
60 -69	15	11,54	13	12,5	11	12,9
69 – 70	1	0,77	1	1	1	1,2
<b>Total</b>	130	100	104	100	85	100

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

A maioria dos especialistas participantes desta fase do estudo é do sexo feminino em todas as rodadas e a faixa de idade predominante foi a de 50 a 59 anos. A tabela abaixo mostra os dados relativos ao estado brasileiro que pertenciam os especialistas consultados no painel.

TABELA 2 - DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, SEGUNDO O ESTADO DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 2015.

Estado	1ª rodada N= 130		2ª rodada N= 104		3ª rodada N= 85	
	N	%	N	%	N	%
Paraná	22	16,9	18	17,3	17	20
Santa Catarina	7	5,4	7	6,7	6	7,1
Minas Gerais	12	9,2	9	8,7	9	10,6
Bahia	8	6,2	6	5,8	6	7,1
Distrito Federal	7	5,4	6	5,8	2	2,4
São Paulo	20	15,4	16	15,4	13	15,3
Rio Grande do Sul	8	6,2	7	6,7	5	5,9
Ceará	8	6,2	8	7,7	5	5,9
Mato Grosso	2	1,5	1	1	1	1,2
Rio de Janeiro	10	7,7	6	5,8	5	5,9
Alagoas	2	1,5	2	1,9	2	2,4
Rio Grande do Norte	5	3,8	4	3,8	3	3,5
Amazonas	2	1,5	2	1,9	2	2,4
Paraíba	4	3,1	2	1,9	2	2,4
Goiás	2	1,5	2	1,9	1	1,2
Pará	1	0,8	1	1	1	1,2
Sergipe	1	0,8	1	1	0	0
Pernambuco	7	5,4	4	3,8	3	3,5
Maranhão	1	0,8	1	1	1	1,2

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Sobre os estados da federação de origem dos juízes que participaram das rodadas Delphi observou-se boa representação no nível nacional, sendo que 20 estados foram representados, a maioria dos juízes (22, 16%) pertenciam ao estado



Paraná seguido de 20 (15,40%) eram de São Paulo e 12 (9,2%) do estado de Minas Gerais conforme evidenciado na tabela acima (TABELA 2)

Abaixo expõe-se os resultados quanto a formação dos especialistas do painel (TABELA 3).

TABELA 3 - DADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, SOBRE A FORMAÇÃO, BRASIL, 2015.

<b>Graduação</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Enfermagem	84	64,6	72	69,2	63	74,1
Medicina	15	11,5	12	11,5	9	10,6
Fisioterapia	7	5,4	3	2,9	2	2,4
Psicologia	5	3,8	3	2,9	1	1,2
Odontologia	9	6,9	9	8,7	7	8,2
Nutrição	3	2,3	1	1	1	1,2
Terapia Ocupacional	1	0,8	1	1	1	1,2
Farmácia	3	2,3	2	1,9	1	1,2
Educação Física	2	1,5	1	1	0	0
Fonoaudiologia	1	0,8	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>
<b>Pós-graduação</b>						
Especialização	8	6,2	8	7,7	7	8,2
Mestrado	24	18,5	16	15,4	14	16,5
Doutorado	73	56,2	61	58,7	47	55,3
Pós doutorado	23	17,7	18	17,3	14	16,5
Nenhuma	2	1,5	1	1	3	3,5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Sobre o curso de graduação que pertenciam os juízes participantes do painel, observou-se que a maioria nas três rodadas cursou Enfermagem sendo 84 (64,6%) na primeira rodada, 72(69,2%) na segunda rodada e 63 (74,1%), seguido pelo curso

de medicina tendo 15 (11,5%) de participantes na primeira rodada, 12 (11,5%) na segunda rodada e nove participantes na terceira rodada e ainda o curso de odontologia que teve nove (6,9%) participantes na primeira rodada, nove (8,7%) na segunda e sete (8,2%) na terceira rodada.

Na sequência apresenta-se os resultados da caracterização sobre a profissão dos juízes que participaram das rodadas da técnica Delphi (TABELA 3).

TABELA 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, QUANTO A PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO, BRASIL, 2015.

Profissão	1ª rodada N= 130		2ª rodada N= 104		3ª rodada N= 85	
	F	%	F	%	F	%
Enfermeiro	42	32,3	33	31,7	31	36,5
Enfermeiro/Docente	14	10,8	12	11,5	14	16,5
Médico	8	6,2	7	6,7	5	5,9
Docente/Pesquisador	1	0,8	1	1	0	0
Docente	44	33,8	35	33,7	24	28,2
Psicólogo	1	0,8	2	1,9	1	1,2
Servidor público	3	2,3	2	1,9	0	0
Pesquisador	4	3,1	2	1,9	1	1,2
Dentista/ Docente	2	1,5	2	1,9	2	2,4
Cirurgião dentista	2	1,5	2	1,9	2	2,4
Fisioterapeuta	2	1,5	1	1	2	2,4
Terapeuta Ocupacional	1	0,8	1	1	1	1,2
Nutricionista	1	0,8	0	0	0	0
Especialista em regulação	1	0,8	0	0	0	0
Docente/ Médico	2	1,5	3	2,9	1	1,2
Farmacêutico	2	1,5	1	1	1	1,2
<b>Total</b>	130	100	104	100	85	100
<b>Local de trabalho</b>						
SMS	16	12,3	12	11,5	10	11,8
SESA	9	6,9	8	7,7	7	8,2
IESP	73	56,2	57	54,8	50	58,8

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

**Legenda:** SMS – Secretária Municipal de Saúde; SESA – Secretária Estadual de Saúde; IESP – Instituição de Ensino Superior Pública; IESPR - Instituição de Ensino Superior Privada; FU - Fundação; OS - Organização Social ; EP - empresa pública.

A tabela acima mostra a maioria dos especialistas em saúde pública/coletiva que participaram das primeira e segunda rodadas da técnica Delphi eram docentes (33,8%, 35%, 33,7%), seguido de enfermeiro (32,3%, 31,7%) e na terceira rodada foi a maioria enfermeiro (36,5%), docente (28,2) e enfermeiro/docente (16,5%).

Abaixo na seguindo na apresentação dos resultados da caracterização dos juízes do painel nas rodadas quanto a atividade profissional exercida (TABELA 5).

TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, QUANTO AO TIPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA, BRASIL, 2015.

Atividade	1ª rodada N= 130		2ª rodada N= 104		3ª rodada N= 85	
	F	%	F	%	F	%
AGEP	9	6,9	8	7,7	8	9,4
A	2	1,5	1	1	1	1,2
G	14	10,8	9	8,7	7	8,2
P	5	3,8	3	2,9	2	2,4
E	16	12,3	15	14,4	13	15,3
EP	53	40,8	43	41,3	34	40
GEP	18	13,8	14	13,5	11	12,9
AP	1	0,8	1	1	1	1,2
AEP	7	5,4	6	5,8	5	5,9
GE	3	2,3	2	1,9	1	1,2
AGE	2	1,5	2	1,9	2	2,4
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Legenda: AGEP – assistência, gestão, ensino e pesquisa; A – assistência, G – gestão; P – pesquisa; E – ensino; EP – ensino, pesquisa; GEP – gestão, ensino e pesquisa; AP – assistência e ensino; AEP – assistência, ensino, pesquisa; GE - gestão, ensino; AGE – assistência, gestão e ensino.

Quando perguntados sobre experiência anterior em gestão/gerenciamento na atenção básica à saúde, na primeira rodada 96 (73,8%) dos participantes responderam possuir e 34 (26,2%) disseram não ter. Dos 96 participantes que responderam possuir experiência anterior em gestão/gerenciamento nessa rodada, 89 (85,44%) respondeu a área de trabalho da experiência.

Na segunda rodada, dos 104 pesquisadores que participaram do painel, 77 (74,03%) responderam possuir experiência anterior em gestão/gerenciamento na atenção básica à saúde e 24 (22,97%) responderam não possuir experiência na área citada.

Na terceira rodada, dos 85 participantes da rodada, 61 pesquisadores (71,8%) afirmaram possuir experiência anterior em gestão/gerenciamento na atenção básica à saúde e 24 (28,2) responderam não possuir prática anterior em gestão/gerenciamento na atenção básica à saúde.

Na tabela abaixo apresenta-se os cargos ocupados pelos juízes com experiência anterior na gestão/gerenciamento dos participantes do painel que responderam a questão nas três rodadas, sendo que na primeira foram 89 juízes, segunda 72 e na terceira 58 especialistas conforme pode-se observar na tabela abaixo (TABELA 6):

TABELA 6 - ÁREA/CARGO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA, PARTICIPANTES DO PAINEL DELPHI NA PRIMEIRA, SEGUNDA E TERCEIRA RODADA, BRASIL, 2015.

Cargos anteriores do especialista	1ª rodada N= 89		2ª rodada N= 72		3ª rodada N=58	
	N	%	N	%	N	%
Coordenação/direção na atenção básica de saúde nível municipal	50	56,2	50	69,44	44	75,86
Coordenação/direção na atenção básica de saúde nível estadual	7	7,9	7	9,72	4	6,9
Coordenação/direção na atenção básica de saúde nível federal	6	6,7	2	2,78	0	0
Direção de Serviço de Saúde	3	3,4	2	2,78	1	1,72
Direção de Serviço de Enfermagem	3	3,4	3	4,17	3	5,18
Gerência na atenção básica de saúde nível municipal	8	9	0	0	0	0
Gestão em pesquisa	1	1,1	0	0	0	0
Coordenação/direção de IESP	10	11,2	7	9,72	5	8,62
Coordenação/direção de IESPR	1	1,1	1	1,39	1	1,72
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Legenda: IESP – Instituição de Ensino Superior Pública  
IESPR – Instituição de Ensino Superior Privada

Conforme mostra tabela acima na primeira rodada a maioria (56%) dos especialistas participantes da pesquisa tinha anterior em cargos de coordenação ou direção na atenção básica de saúde nível municipal, seguido de Coordenação ou direção de IESP (11,2%) e 9% Gerência na atenção básica de saúde nível municipal. Na segunda rodada a maioria (69,44%) dos participantes tiveram experiência anterior em ou direção na atenção básica de saúde nível municipal, como na primeira rodada, 9,72% com trabalho anterior em coordenação ou direção na atenção básica de saúde em nível estadual e 9,72% na coordenação ou direção de IESP.

Na terceira rodada, continua com a maioria (75,86%) dos juízes com experiência anterior em coordenação ou direção na atenção básica de saúde nível municipal, (8,62%) de juízes Coordenação ou direção de IESP e quatro (6,9%) na coordenação ou direção na atenção básica de saúde nível estadual.

#### 4.2.2 Resultados da aplicação da primeira rodada da técnica Delphi

Apresenta-se a seguir a opinião dos especialistas em saúde coletiva sobre as competências essenciais em saúde pública para gestores que atuam na atenção básica à saúde.

São mostradas as competências que atingiram um consenso de 70% ou mais de concordância total nas respostas e também aquelas que não atingiram esse consenso estabelecido pelo pesquisador. Na primeira, segunda e terceira rodada a análise constou na tabulação das frequências relativas calculadas a partir das respostas dos participantes do painel. Isto foi realizado a fim de que os números auxiliassem os pesquisadores na avaliação das competências nas segunda e terceira rodada.

Para a apresentação dos resultados das frequências e dos demais testes estatísticos a fim de operacionalizar as análises que seguem e melhor visualização em alguns gráficos e/ou tabelas, seguiu-se a mesma codificação da tese: CXDX representa o componente X no domínio X; com o acréscimo de do sufixo \_1 ou \_2 ou \_3 para indicar que a amostra provém da primeira, segunda ou terceira rodada.

Apresenta-se na tabela abaixo (TABELA 7) o resultado referente à primeira rodada de opinião dos especialistas:

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PRIMEIRA RODADA, BRASIL, 2015 continua

Competência	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Domínio 1</b>											
C1D1	0	0	0	0	0	0	32	24,6	98	75,4	130
C2D1	0	0	0	0	3	2,3	36	27,7	91	70	130
C3D1	1	0,8	0	0	1	0,8	35	26,9	93	71,5	130
C4D1	0	0	1	0,8	2	1,5	31	23,8	96	73,8	130
C5D1	0	0	2	1,5	13	10	41	31,5	74	56,9	130
C6D1	0	0	0	0	2	1,5	37	28,5	91	70	130
C7D1	0	0	5	3,8	5	3,8	27	20,8	93	71,5	130
C8D1	1	0,8	1	0,8	5	3,8	34	26,2	89	68,5	130
C9D1	0	0	2	1,5	5	3,8	35	26,9	88	67,7	130
<b>Domínio 2</b>											
C1D2	0	0	1	0,8	2	1,5	39	30	88	67,7	130
C2D2	1	0,8	3	2,3	7	5,4	33	25,4	86	66,2	130

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PRIMEIRA RODADA, BRASIL, 2015 continuação

Competência	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
C3D2	0	0	3	2,3	1	0,8	35	26,9	91	70	130
C4D2	0	0	2	1,5	2	1,5	30	23,1	96	73,8	130
C5D2	0	0	1	0,8	3	2,3	33	25,4	93	71,5	130
C6D2	1	0,8	0	0	0	0	36	27,7	93	71,5	130
C7D2	0	0	1	0,8	4	3,1	31	23,8	94	72,3	130
C8D2	0	0	3	2,3	6	4,6	51	39,2	70	53,8	130
C9D2	0	0	1	0,8	2	1,5	40	30,8	87	66,9	130
C10D2	0	0	7	5,4	17	13,1	51	39,2	55	42,3	130
C11D2	0	0	3	2,3	12	9,2	46	35,4	69	53,1	130
C12D2	0	0	4	3,1	9	6,9	47	36,2	70	53,8	130
C13D2	0	0	2	1,5	5	3,8	37	28,5	86	66,2	130
C14D2	1	0,8	4	3,1	9	6,9	42	32,3	74	56,9	130
<b>Domínio 3</b>											
C1D3	0	0	2	1,5	5	3,8	29	22,3	94	72,3	130
C2D3	0	0	3	2,3	2	1,5	28	21,5	97	74,6	130
C3D3	2	1,5	9	6,9	14	10,8	43	33,1	62	47,7	130
C4D3	0	0	3	2,3	2	1,5	32	24,6	93	71,5	130
C5D3	1	0,8	2	1,5	12	9,2	28	21,5	87	66,9	130
C6D3	0	0	1	0,8	9	6,9	25	19,2	95	73,1	130
C7D3	1	0,8	2	1,5	4	3,1	30	23,1	93	71,5	130
C8D3	1	0,8	2	1,5	5	3,8	29	22,3	93	71,5	130
C9D3	0	0	2	1,5	4	3,1	33	25,4	91	70	130
C10D3	0	0	1	0,8	2	1,5	42	32,3	85	65,4	130
<b>Domínio 4</b>											
C1D4	0	0	2	1,5	4	3,1	43	33,1	81	62,3	130
C2D4	0	0	1	0,8	5	3,8	16	12,3	108	83,1	130
C3D4	1	0,8	5	3,8	6	4,6	35	26,9	83	63,8	130
C4D4	0	0	0	0	5	3,8	35	26,9	90	69,2	130
C5D4	0	0	0	0	5	3,8	41	31,5	84	64,6	130
C6D4	0	0	4	3,1	5	3,8	36	27,7	85	65,4	130
C7D4	1	0,8	2	1,5	5	3,8	41	31,5	81	62,3	130
<b>Domínio 5</b>											
C1D5	1	0,8	2	1,5	5	3,8	30	23,1	92	70,8	130
C2D5	0	0	2	1,5	4	3,1	36	27,7	88	67,7	130
C3D5	0	0	2	1,5	2	1,5	38	29,2	88	67,7	130

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PRIMEIRA RODADA, BRASIL, 2015 continuação

Competência	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
C5D5	0	0	2	1,5	4	3,1	35	26,9	89	68,5	130
C6D5	2	1,5	1	0,8	9	6,9	42	32,3	76	58,5	130
C7D5	0	0	2	1,5	4	3,1	29	22,3	95	73,1	130
C8D5	0	0	3	2,3	4	3,1	36	27,7	87	66,9	130
<b>Domínio 6</b>											
C1D6	1	0,8	2	1,5	9	6,9	42	32,3	76	58,5	130
C2D6	0	0	2	1,5	5	3,8	44	33,8	79	60,8	130
C3D6	1	0,8	4	3,1	14	10,8	46	35,4	65	50	130
C4D6	2	1,5	1	0,8	10	7,7	51	39,2	66	50,8	130
C5D6	1	0,8	3	2,3	17	13,1	38	29,2	71	54,6	130
C6D5	0	0	2	1,5	4	3,1	37	28,5	87	66,9	130
C7D6	0	0	0	0	3	2,3	40	30,8	87	66,9	130
C8D6	3	2,3	3	2,3	14	10,8	50	38,5	60	46,2	130

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Conforme mostra a tabela acima, nesta primeira rodada apenas 21 competências atingiram o consenso de 70% de concordância total e 35 não chegaram a esse índice, sendo encaminhadas aos especialistas para reavaliação na segunda rodada. Assim, no primeiro domínio que três (33,3%) das competências atingiram índice estipulado de concordância, sendo C5D1, C8D1, C9D1 e seis (67,7%) não atingiram esse índice, são elas: C1D1, C2D1, C3D1, C4D1, C6D1, C7D1.

No segundo domínio, das 14 competências cinco (35,7%) atingiu o consenso estabelecido: C3D2, C4D2, C5D2, C6D2, C7D2 e nove (64, 3%) não atingiram: C1D2, C2D2, C8D2, C9D2, C10D2, C11D2, C12D2, C13D2, C14D2.

Sobre o terceiro domínio, das dez competências que o compõem, as que atingiram a concordância foram sete (70%): C1D3, C2D3, C4D3, C5D3, C6D3, C7D3, C8D3, C9D3 e três (30%) competências não obtiveram a concordância estabelecida de 70%, são: C3D3, C5D3, C10D3. No quarto domínio, com sete competências sugeridas, apenas uma (14,3%) foram consideradas para o mapeamento de competências nesta rodada: e C2D4, e cinco (85,7%) delas não atingiram o consenso entre os juízes: C1D4, C3D4, C4D4, C5D4, C6D4, C7D4.



O quinto domínio também mostra pouco consenso entre os juízes já que apenas duas (25%) competência atingiu o nível estabelecido, a C1D5, C7D% e seis (75%) não chegaram a esse nível: C2D5, C3D5, C4D5, C5D5, C6D5, C8D5. No sexto domínio não houve consenso entre os juízes em nenhuma competência, todas não atingiram a concordância de 70%.

Desta forma conclui-se que os domínios dois, quatro, cinco e seis foram àqueles em que ocorreu menor concordância nesta primeira rodada. Abaixo, no quadro (QUADRO 17) são apresentadas as 21 competências que atingiram o consenso de 70 % de concordância total na primeira rodada da técnica Delphi:

QUADRO 17 - APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2015 continua

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C1D1	Utilizar estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.
C2D1	Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
C3D1	Estabelecer prioridades de saúde pública para responder as necessidades de saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda dos serviços de saúde.
C4D1	Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções populacionais
C6D1	Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.
C7D1	Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde através da capacitação por meio da supervisão, treinamento em serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores- chave.
<b>Domínio 2</b>	
C3D2	Realizar o monitoramento dos riscos, das ameaças, no marco dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer seu comportamento ao longo do tempo e identificar as necessidades de intervenção.
C4D2	Definir os riscos, ameaças e danos em saúde que demandem intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e oportuna do sistema de saúde.
C5D2	Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.
C6D2	Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes níveis setoriais e cidadãos para enfrentar os riscos e ameaças e danos à saúde.
C7D2	Difundir a informação relevante da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.
<b>Domínio 3</b>	
C1D3	Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para ser capaz de mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 17 - APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2015.

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C2D3	Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque de trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.
C4D3	Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
C6D3	Aplicar as modalidades e mecanismos que fomentam o empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.
C7D3	Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção da Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes de atenção primária à saúde e nos serviços comunitários.
C8D3	Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças no nível de atenção primária, na política pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.
C9D3	Promoção, criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.
<b>Domínio 4</b>	
C2D4	Proteger em toda política pública setorial ou extra-setorial, o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.
<b>Domínio 5</b>	
C1D5	Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque de determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.
C7D5	Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e à confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

No quadro nº 35 são mostradas as 35 competências que não atingiram o consenso de 70% de concordância total na **primeira rodada**. Em algumas competências foram realizadas pequenas alterações no enunciado a partir das sugestões realizadas pelos participantes do painel, na opção comentários do questionário.

QUADRO 18 - APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continua

<b>Competências que não atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C5D1	Recomendar ações em favor da saúde para diferentes públicos de gestores e profissionais e usuários do sistema de saúde, informadas por evidências.
C8D1	Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores-chave e os diferentes campos do conhecimento para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde.
C9D1	Realizar a gestão da informação, a informação por evidências para tomada de decisão e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para potencializar as ações de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.
<b>Domínio 2</b>	
C1D2	Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde da população para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e de danos na saúde pública.
C2D2	Realizar a gestão das redes de atenção à saúde articulado aos laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle de riscos e danos na saúde pública.
C8D2	Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.
C9D2	Avaliar os processos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática, para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas prioritizados.
C10D2	Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.
C11D2	Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
C12D2	Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
C13D2	Realizar intervenções a resposta imediata diante de ameaças, vulnerabilidades, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde na perspectiva intersetorial.
C14D2	Participar do planejamento e execução de ações intersectorais da reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.
<b>Domínio 3</b>	
C3D3	Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de promoção de Saúde
C5D3	Construir coletivamente estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
C10D3	Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.
<b>Domínio 4</b>	
C1D4	Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas de modo a contribuir para a garantia do direito fundamental à saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 18 - APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continua

<b>Competências que não atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C3D4	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a igualdade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque de atenção primária.
C4D4	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.
C5D4	Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.
C6D4	Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
C7D4	Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.
<b>Domínio 5</b>	
C2D5	Contribuir para implementar planos, estratégias e ações que aumentem a igualdade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção de saúde a população.
C3D5	Planejar, executar e avaliar projetos e ações que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção à saúde.
C4D5	Desenvolver instrumentos que assegurem a qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e nas práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população
C5D5	Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população
C6D5	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.
C8D5	Estimular e participar de equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C1D6	Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.
C2D6	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.
C3D6	Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais
C4D6	Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.
C5D6	Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 18 - APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA PRIMEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015.  
continuação

<b>Competências que não atingiram consenso</b>	
C6D5	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.
C8D5	Estimular e participar de equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C1D6	Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.
C2D6	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.
C3D6	Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais
C4D6	Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.
C5D6	Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
C6D6	Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.
C7D6	Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.
C8D6	Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Após o exposto acima, segue-se na apresentação dos dados dos resultados segunda rodada de aplicação da técnica Delphi da pesquisa.

#### 4.2.3 Resultados da aplicação da segunda rodada da técnica Delphi

Na sequência, a Tabela 8 mostra os resultados gerais do grau de concordância da opinião dos juízes sobre as 35 competências essenciais para o gestor na saúde pública/coletiva que não atingiram o consenso na primeira rodada. Estas competências, com os seus domínios, foram submetidas à reavaliação dos juízes na **segunda rodada**.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, SEGUNDA RODADA, BRASIL, 2015. continua

Competência	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Domínio 1</b>											
C5D1	1	1	1	1	3	2,9	31	29,8	68	65,4	104
C8D1	0	0	2	1,9	2	1,9	18	17,3	82	78,8	104
C9D1	1	1	3	2,9	2	1,9	22	21,2	76	73,1	104
<b>Domínio 2</b>											
C1D2	0	0	2	1,9	1	1	21	20,2	80	76,9	104
C2D2	0	0	2	1,9	1	1	27	26	74	71,2	104
C8D2	0	0	2	1,9	1	1	39	37,5	62	59,6	104
C9D2	0	0	2	1,9	1	1	23	22,1	78	75	104
C10D2	0	0	4	3,8	9	8,7	48	46,2	43	41,3	104
C11D2	0	0	2	1,9	5	4,8	39	37,5	58	55,8	104
C12D2	0	0	3	1,9	10	9,6	33	31,7	59	56,7	104
C13D2	0	0	0	0	1	1	29	27,9	74	71,2	104
C14D2	0	0	1	1	1	1	32	30,8	70	67,3	104
<b>Domínio 3</b>											
C3D3	0	0	7	6,7	13	12,5	36	34,6	48	46,2	104
C5D3	0	0	0	0	4	3,8	21	20,2	79	76	104
C10D3	0	0	0	0	0	0	20	19,2	84	80,8	104
<b>Domínio 4</b>											
C1D4	0	0	0	0	0	0	19	18,3	85	81,7	104
C3D4	0	0	1	1	3	2,9	13	12,5	87	83,7	104
C4D4	0	0	0	0	1	1	17	16,3	86	82,7	104
C5D4	0	0	1	1	4	3,8	25	24	74	71,2	104
C6D4	0	0	2	1,9	5	4,8	18	17,3	79	76	104
C7D4	0	0	0	0	0	0	17	16,3	87	83,7	104
	0	0	0	0	0	0	19	18,3	85	81,7	104
<b>Domínio 5</b>											
C2D5	0	0	0	0	0	0	23	22,1	81	77,9	104
C3D5	0	0	0	0	1	1	20	19,2	83	79,8	104
C4D5	0	0	1	1	4	3,8	26	25	73	70,2	104
C5D5	0	0	0	0	1	1	17	16,3	86	82,7	104
C6D5	0	1	1	1	6	5,8	30	28,8	67	64,4	104
C8D5	0	0	1	1	0	0	20	19,2	83	79,8	104

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, SEGUNDA RODADA, BRASIL, 2015. continuação

Competência	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Domínio 6</b>											
C1D6	0	0	0	0	3	2,9	27	26	74	71,2	104
C2D6	0	0	0	0	1	1	26	25	77	74	104
C3D6	0	0	2	1,9	8	7,7	28	26,9	66	63,5	104
C4D6	0	0	0	0	4	3,8	40	38,5	60	57,7	104
C5D6	0	0	0	0	8	7,7	26	25	70	67,3	104
C6D6	0	0	0	0	1	1	24	23,1	79	76	104
C7D6	0	0	1	1	2	1,9	19	18,3	82	78,8	104
C8D6	0	0	4	3,8	4	3,8	37	35,6	59	56,7	104

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Nessa rodada observa-se que todos os seis domínios tiveram competências a serem reavaliadas pelos especialistas, que não atingiram o consenso de 70% de concordância total. No primeiro domínio das três competências que não haviam atingido a concordância estabelecida, apenas uma (33,%) não atingiu este nível na segunda rodada e duas (67,7%) foram consideradas competências importantes para o gestor da saúde pública/coletiva. No segundo domínio, quatro (44,4%) competências atingiram o consenso e cinco (55,6%) não chegaram a concordância total.

Na avaliação dos resultados do terceiro domínio, duas (67,7%) foram consideradas relevantes para o gestor e uma (33,3%). No quarto domínio todas as seis (100%) competências que ficaram para esta rodada atingiram a concordância de 70%. O quinto domínio, também apresentou alto grau (83,3%) de concordância dos especialistas quanto às competências para o gestor da saúde pública/coletiva, em que apenas uma (16,7%) delas não atingiu o consenso estabelecido. O sexto domínio, em que nenhuma competências havia atingido o consenso na primeira rodada, nesta, quatro (50%) teve quatro (50%) competências não obteve a concordância de 70%.

Como é visto na Tabela 8, das 35 competências que foram submetidas à análise dos juízes na segunda rodada, 23 (65,7%) obtiveram o consenso estabelecido de 70% de concordância total e doze (34,3%) competências não

atingiram o consenso entre os juízes. Foram as seguintes: C5D1; C8D2, C10D2, C11D2, C14D2; C3D3; C6D5; C3D6, C4D6, C5D6, C8D6. Essas foram submetidas novamente para avaliação dos especialistas na terceira e última rodada.

A seguir apresenta-se uma análise comparativa entre a primeira e a segunda rodada.

#### 4.2.3.1 Avaliação da 1<sup>o</sup> rodada versus 2<sup>o</sup> rodada

Na primeira rodada foram colocados 56 itens para serem avaliados e, com a exclusão dos itens com menos de 70% de concordância, foram avaliados 35 itens na segunda rodada. A correlação de Spearman e sua significância (p-valor) entre esses 35 itens da primeira e segunda rodada encontram-se na Tabela 9.

TABELA 9 – CORRELAÇÕES DE SPEARMAN ENTRE OS ITENS DA 1<sup>a</sup> E 2<sup>a</sup> RODADA (N=103). continua

Domínio	Item	Coefficiente	p-valor
1	C5D1	0,155	0,117
	C8D1	0,262	0,008
	C9D1	0,242	0,014
2	C1D2	0,270	0,006
	C2D2	0,304	0,002
	C8D2	0,243	0,014
	C9D2	0,313	0,001
	C10D2	0,144	0,147
	C11D2	0,307	0,002
	C12D2	0,274	0,005
	C13D2	0,239	0,015
	C14D2	0,325	0,001
3	C3D3	0,364	0,000
	C5D3	0,236	0,016
	C10D3	0,308	0,002
4	C1D4	0,297	0,002
	C3D4	0,379	0,000
	C4D4	0,255	0,009
	C5D4	0,329	0,001
	C6D4	0,216	0,029
	C7D4	0,313	0,001
5	C2D5	0,200	0,042
	C3D5	0,233	0,018
	C4D5	0,236	0,016
	C5D5	0,261	0,008
	C6D5	0,383	0,000
	C8D5	0,280	0,004

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.



TABELA 9 – CORRELAÇÕES DE SPEARMAN ENTRE OS ITENS DA 1ª E 2ª RODADA (N=103).  
Continuação

Domínio	Item	Coefficiente	p-valor
6	C1D6	0,383	0,000
	C2D6	0,386	0,000
	C3D6	0,182	0,066
	C4D6	0,175	0,077
	C5D6	0,398	0,000
	C6D6	0,255	0,009
	C7D6	0,471	0,000
	C8D6	0,279	0,004

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

A maioria dos coeficientes foi significativo ao nível de 5% ( $p\text{-valor} > 0,05$ ), indicando certa precisão no teste-reteste, ou de outra forma, uniformidade de opinião no quesito que foi colocado novamente à prova. A análise dos resultados da correlação permite inferir que existe uma alta correlação das respostas dadas nesses itens entre a primeira e segunda rodada. O júzes que concordavam totalmente que as competências essenciais para os recursos humanos para a saúde pública sugeridas pela OPAS para o mapeamento de competências do gestor que atua na saúde pública/coletiva na primeira rodada, mantiveram essa opinião na segunda rodada.

A exceção refere-se às competências C5D1, C10D2, C3D6 e C4D6 não foi possível constatar uma correlação significativa ( $p\text{-valor} < 0,05$ ) e positiva (diferente de zero) entre as respostas da primeira e segunda rodada, de forma a inferir-se que não houve uniformidade nesses quesitos, ou ainda, as opiniões dos respondentes a respeito desses itens para a utilização dessas competências para o mapeamento de competências das competências essenciais em saúde divergem entre a primeira e segunda rodada.

Na sequência apresentam-se as competências que atingiram e as que não atingiram o consenso de 70% de concordância total na segunda rodada. Em algumas dessas competências foram realizadas pequenas alterações no enunciado a partir das sugestões realizadas pelos participantes do painel, na opção comentários do questionário.

A seguir, a Tabela nº 19 apresenta as competências que atingiram o consenso de 70% ou mais de concordância total na **segunda rodada**, 23 competências fazem parte deste grupo.

QUADRO 19 - APRESENTAÇÃO DAS 23 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA SEGUNDA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continua

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C8D1	Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores-chave e os diferentes campos do conhecimento para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde.
C9D1	Realizar a gestão da informação, a informação por evidências para tomada de decisão e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para potencializar as ações de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.
<b>Domínio 2</b>	
C1D2	Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde da população para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e de danos na saúde pública.
C2D2	Realizar a gestão das redes de atenção à saúde articulado aos laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle de riscos e danos na saúde pública.
C9D2	Avaliar os processos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática, para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas priorizados.
C13D2	Realizar intervenções a resposta imediata diante de ameaças, vulnerabilidades, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde na perspectiva intersectorial.
<b>Domínio 3</b>	
C5D3	Reconhecer as considerações éticas vinculadas aos enfoques de competências culturais para aplicá-las na prática da saúde pública em diferentes contextos.
C10D3	Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.
<b>Domínio 4</b>	
C1D4	Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas de modo a contribuir para a garantia e do direito fundamental à saúde
C3D4	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a igualdade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque de atenção primária.
C4D4	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.
C5D4	Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.
C6D4	Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
C7D4	Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.
<b>Domínio 5</b>	
C2D5	Contribuir para implementar planos, estratégias e ações que aumentem a igualdade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção de saúde a população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 19 - APRESENTAÇÃO DAS 23 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA SEGUNDA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continuação

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C3D5	Planejar, executar e avaliar projetos e ações que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção à saúde.
C4D5	Desenvolver instrumentos que assegurem a qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e nas práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população.
C5D5	Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população.
C8D5	Estimular e participar de equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C1D6	Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.
C2D6	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.
C6D6	Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.
C7D6	Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

São apresentadas na tabela as 12 competências essenciais que não atingiram o consenso de 70% de concordância total na segunda rodada e que compuseram o rol de competências da terceira rodada:

QUADRO 20 - APRESENTAÇÃO DAS 12 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA SEGUNDA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continua

<b>Competências que atingiram não consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C5D1	Recomendar ações em favor da saúde para diferentes públicos de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, informadas por evidências.
<b>Domínio 2</b>	
C8D2	Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.
C10D2	Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 20 - APRESENTAÇÃO DAS 12 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA SEGUNDA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continuação

<b>Competências que atingiram não consenso</b>	
C11D2	Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
C12D2	Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
C14D2	Participar do planejamento e execução de ações intersetoriais da reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.
<b>Domínio 3</b>	
C3D3	Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.
<b>Domínio 5</b>	
C6D5	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C3D6	Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais
C4D6	Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.
C5D6	Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
C8D6	Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Na sequência dos resultados da pesquisa, segue-se com apresentação e análise dos dados da terceira rodada da técnica Delphi.

#### 4.2.4 Resultados da aplicação da terceira rodada da técnica Delphi

Na terceira rodada da aplicação da técnica Delphi, as 12 competências que não atingiram consenso entre os juízes sobre sua utilização para o mapeamento de competências de gestores foram enviadas novamente para avaliação. A tabela

(TABELA 10) mostra a frequência das respostas dos participantes do painel nesta fase.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS JUÍZES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, TERCEIRA RODADA, BRASIL, 2015.

Competência	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Domínio 1</b>											
C5D1	1	1,2	2	2,4	1	1,2	10	11,8	71	83,5	85
<b>Domínio 2</b>											
C8D2	2	2,4	2	2,4	2	2,4	20	23,5	59	69,4	85
C10D2	1	1,2	1	1,2	3	3,5	39	45,9	41	48,2	85
C11D2	2	2,4	0	0	2	2,4	25	29,4	56	65,9	85
C12D2	1	1,2	2	2,4	1	1,2	17	20	64	75,3	85
C14D2	2	2,4	1	1,2	2	2,4	14	16,5	66	77,6	85
<b>Domínio 3</b>											
C3D3	1	1,2	3	3,5	4	4,7	21	24,7	56	65,9	85
<b>Domínio 5</b>											
C6D5	1	1,2	0	0	2	2,4	14	16,5	68	80	85
<b>Domínio 6</b>											
C3D6	1	1,2	2	2,4	1	1,2	15	17,6	66	77,6	85
C4D6	1	1,2	1	1,2	1	1,2	20	23,5	62	72,9	85
C5D6	1	1,2	0	0	1	1,2	17	20,2	65	77,4	85
C8D6	1	1,2	5	5,9	2	2,4	20	23,5	57	67,1	85

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Na terceira e última rodada cinco (41,7%) competências não atingiram o consenso de 70% de concordância entre os especialistas: C8D2, C10D2, C11D2, C3D3, C8D6. Pode-se observar das que não obtiveram consenso, três (60%) são competências do segundo domínio, a análise da situação de saúde, uma (20%) é do terceiro domínio, promoção da saúde e participação social e uma (20%) é competência do sexto domínio, saúde global. Estas cinco competências não foram consideradas para a utilização no mapeamento de competência dos gestores na saúde pública/coletiva, na avaliação da concordância de opinião dos especialistas que participaram do painel na rodada. O quadro 21 mostra essas competências.

QUADRO 21 - APRESENTAÇÃO DAS CINCO COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE NÃO ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA TERCEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015.

<b>Competências que atingiram não consenso</b>	
<b>Domínio 2</b>	
C8D2	Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.
C10D2	Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.
C11D2	Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
<b>Domínio 3</b>	
C3D3	Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C8D6	Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Desta forma, nessa última rodada da técnica Delphi, 58,3% das competências submetidas à avaliação dos juízes do painel foram consideradas requeridas para o mapeamento de competências dos gestores que atuam na saúde pública/coletiva. Abaixo são apresentadas essas competências que atingiram o consenso estabelecido.

QUADRO 22 - APRESENTAÇÃO DAS SETE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA TERCEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continua

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C5D1	Recomendar ações em favor da saúde para diferentes públicos de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, informadas por evidências.
<b>Domínio 2</b>	
C12D2	Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
C14D2	Participar do planejamento e execução de ações intersetoriais da reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.
<b>Domínio 5</b>	
C6D5	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015

QUADRO 22 - APRESENTAÇÃO DAS SETE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS QUE ATINGIRAM O CONSENSO DE 70% DE CONCORDÂNCIA TOTAL NA TERCEIRA RODADA DE MENSURAÇÃO DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, BRASIL, 2015. continuação

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
<b>Domínio 6</b>	
C3D6	Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais
C4D6	Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.
C5D6	Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Apresenta-se a seguir o resultado a avaliação da correlação de Spearman entre a segunda e terceira rodada.

#### 4.2.4.1 Avaliação da 2<sup>o</sup> rodada *versus* 3<sup>o</sup> rodada

Na segunda rodada foram selecionados apenas 12 itens com concordância abaixo de 70% para serem avaliados na terceira rodada. Foi realizada a análise da correlação de Spearman e a significância entre essas competências é exibida na Tabela 11. De acordo com os resultados existem cinco itens que não apresentaram uniformidade de opinião entre a segunda e terceira rodada, ou seja, sem correlação significativa ( $p\text{-valor} > 0,05$ ): C8D2, C10D2, C11D2, C5D6 e C8D6.

Como entre a primeira rodada e a segunda rodada esses mesmos itens apresentaram correlação significativa, convém avaliar as três rodadas em simultâneo para uma melhor assertividade da evolução da opinião em relação a esses itens (TABELA11).

TABELA 11 - CORRELAÇÕES DE SPEARMAN ENTRE OS ITENS DA 2º E 3º RODADA (N=84)

Domínio	Item	Coefficiente	p-valor
1	C5D1	0,255	0,019
	C8D2	0,489	0,000
	C10D2	0,380	0,000
2	C11D2	0,182	0,098
	C12D2	0,189	0,084
	C14D2	0,154	0,162
	C3D3	0,380	0,000
3	C3D6	0,050	0,650
	C4D6	0,134	0,223
	C5D6	0,228	0,037
	C8D6	0,303	0,005

FORNE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

A seguir é realizada a apresentação das competências que não obtiveram correlação significativa entre a segunda e terceira rodada da técnica Delphi (QUADRO 23).

QUADRO 23 - APRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS QUE NÃO TIVERAM CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE A SEGUNDA E TERCEIRA RODADA (P-VALOR &gt; 0,05).

Competências	
<b>Domínio 2</b>	
C8D2	Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.
C10D2	Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.
C11D2	Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C5D6	Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
C8D6	Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

#### 4.2.4.2 Avaliação das três rodadas

Foi realizado cálculos do coeficiente de concordância W de Kendall para as três rodadas em simultâneo, ou seja, apenas para os 12 itens que permaneceram nas três rodadas. Apesar de a análise evidenciar concordância baixa (coeficientes < 0,12) praticamente todos os coeficientes W de Kendall foram significativos (p-valor < 0,05), a opinião dos especialistas do painel foram convergente nas três rodadas para

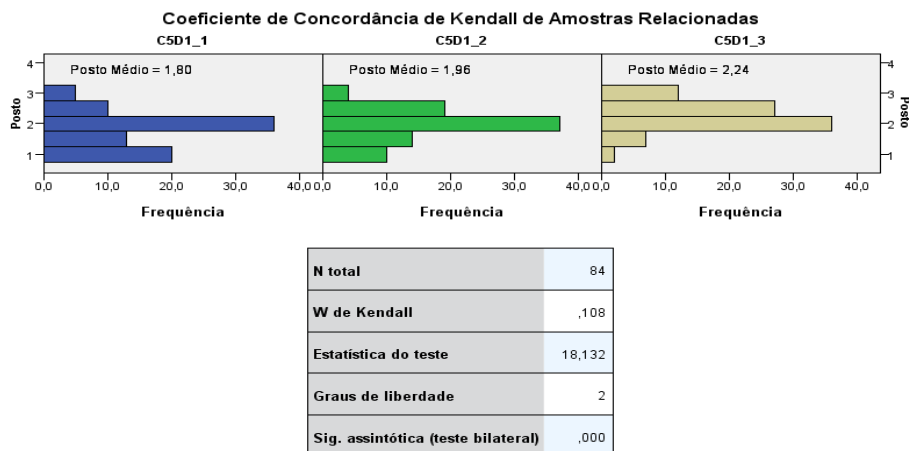


estas competências essenciais do gestor em saúde pública. A exceção foi o item C11D2 que apresentou um coeficiente  $W=0,019$  ( $p\text{-valor}=0,196$ ), o demonstra que as opiniões dos respondentes não foram convergentes nas três rodadas no que se refere essa competência essencial para o gestor de saúde pública.

Os gráficos são apresentados no apêndice número 5. Vale destacar que em todos os 12 itens, os postos médios aumentaram rodada a rodada, indicando que os respondentes passaram a concordar mais sobre a importância dos itens a medida que eles eram avaliados novamente. O que direciona para a manutenção dos 56 itens no instrumento, pois ao final das três rodadas, a maioria dos todos itens mostraram-se importantes, na opinião dos especialistas, quanto as competências essenciais sugeridas pela OPAS para o gestor na saúde pública. São apresentados a seguir os gráficos de concordância de Kendall de amostras relacionadas.

Apresenta-se nos gráficos 1 e 2 o resultado do teste de Kendall para as competências analisada do primeiro domínio:

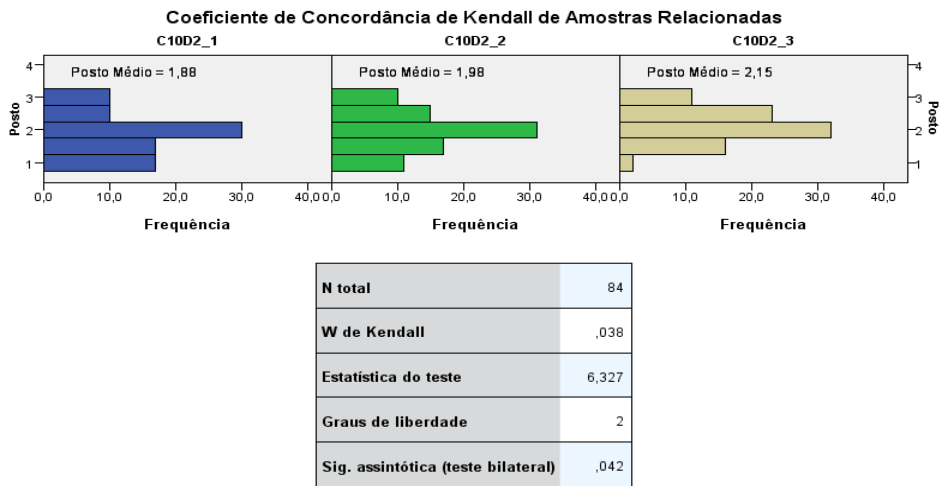
GRÁFICO 1 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO PRIMEIRO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

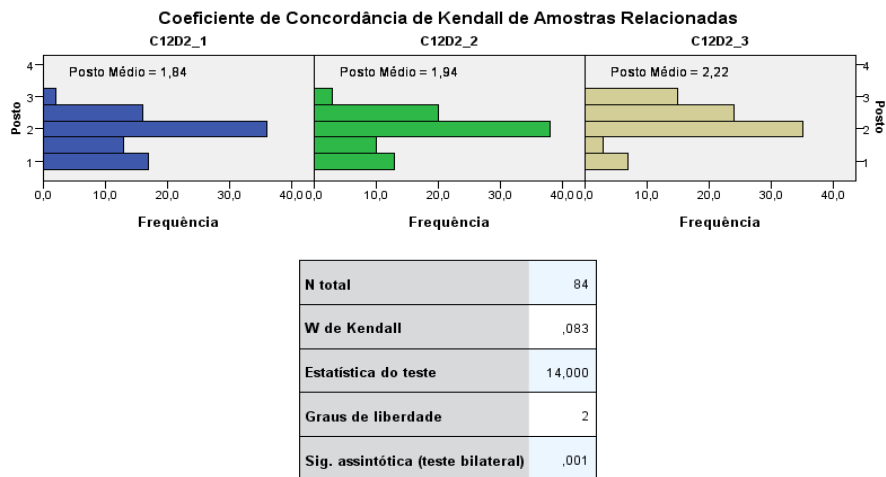
Nos gráficos 2, 3 e 4, são apresentados os resultados do teste de Kendall para as competências do segundo domínio.

GRÁFICO 2 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO (2015).



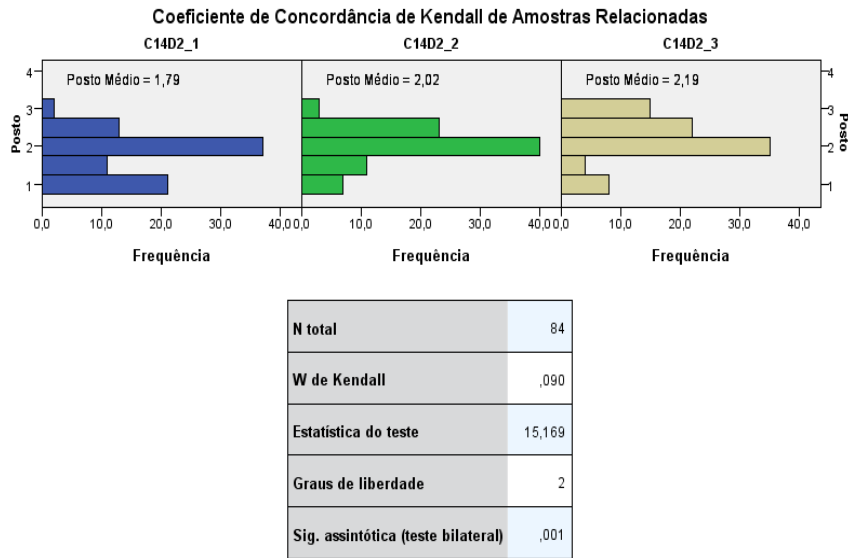
FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

GRÁFICO 3 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

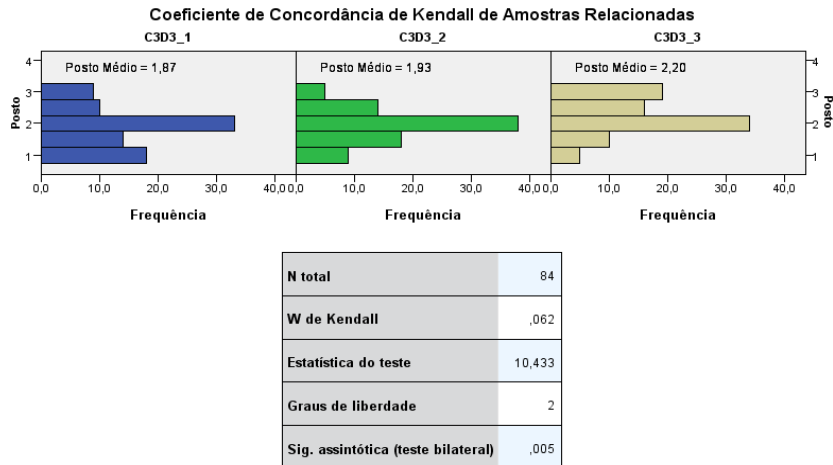
GRÁFICO 4 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEGUNDO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

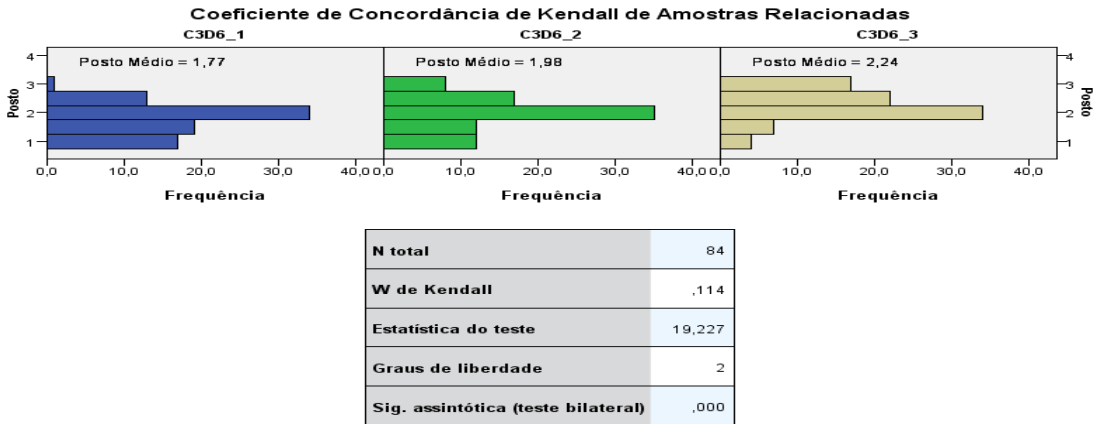
Nos gráficos 5 e 6 são mostrados os resultados do teste de Kendall para as competências do terceiro domínio:

GRÁFICO 5 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

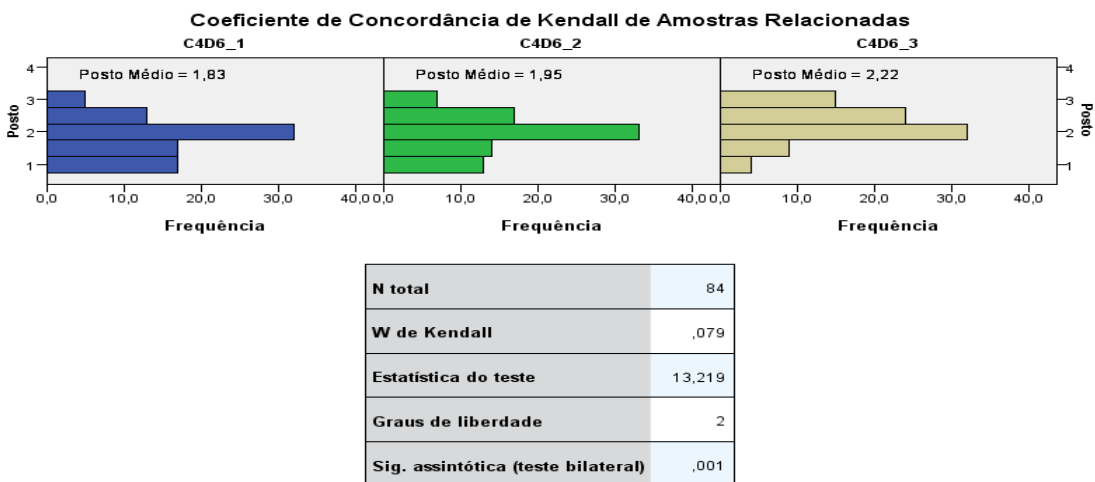
GRÁFICO 6 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO TERCEIRO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Na sequência, o gráfico nº 7 apresenta o resultado do teste de Kendal das competências do quarto domínio.

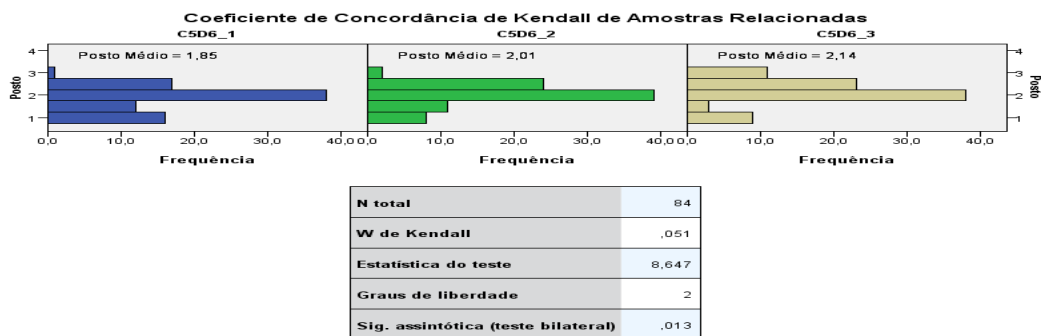
GRÁFICO 7 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO QUARTO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

No próximo gráfico (nº8) é apresentado o o resultado do teste de Kendal das competências do quinto domínio.

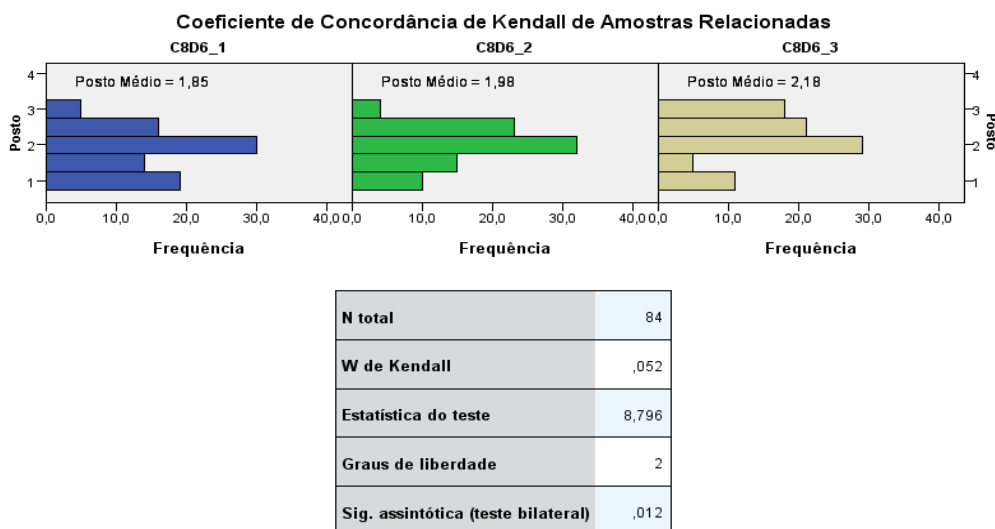
GRÁFICO 8 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO QUINTO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

O gráfico 9 apresenta o o resultado do teste de Kendal das competências do sexto domínio.

GRÁFICO 9 – COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE KENDAL DE AMOSTRAS RELACIONADAS, COMPETÊNCIAS DO SEXTO DOMÍNIO (2015).



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

### 4.3 RESULTADOS DA VERIFICAÇÃO DO PODER DE INTERPRETAÇÃO DO INSTRUMENTO

#### 4.3.1 Caracterização dos gestores da saúde pública/coletiva

Os profissionais de saúde que participaram desta fase da pesquisa totalizaram 36, sendo que destes, 24 foram do sexo feminino (67%) e 12 (33%) do sexo masculino. No item relacionado à formação, 15 deles (41%) tinha especialização em algum curso, dez (27,8%) com graduação; três (8,3%) com graduação incompleta, oito (22,2%) possuíam ensino médio completo.

Sobre o local de trabalho desses profissionais 24 (67,0%) pertenciam a Secretaria Municipal de Saúde e 12 (33%) trabalhavam na Secretaria Estadual de Saúde. Quanto a faixa etária, 14 (8,0%) estava entre 40 e 49 anos, 12 (33,3%) na faixa de 30 a 39 anos, seis deles estavam entre 50 e 59 (16,7%), três (8,3%) tinham de 20 a 29, e um (2,8%) na faixa de 60 a 69 anos.

Quanto à profissão destes gestores participantes da pesquisa, 11 eram enfermeiros (25%) seguido por nove assistente administrativo (25%), quatro (11,1%) recepcionistas, três (8,3%) técnicos de enfermagem, três (8,3%) farmacêuticos, dois (5,5%) fisioterapeutas, um (2,8%) terapeuta ocupacional, um (2,8%) auxiliar de enfermagem, um (2,8%) administrador e um (2,8%) auxiliar de laboratório.

Sobre o tempo em que ocupavam o cargo de gestão na secretaria de saúde, desses profissionais 17(47,2%) tinham de zero mês a um ano, 11(30,5%) de um a cinco anos, seis (16,7%) de cinco a 10 anos e dois desses possuíam de 10 a 15 anos de tempo no cargo de gestor.

Já sobre o tempo em que os profissionais atuavam na instituição, 14 deles (38,9%) tinham de 6 a 10anos, dez (27,9%) profissionais trabalhavam de dois a cinco anos, três (8,3 %) de 11 a 15 anos, três (8,3 %) de 20 a 25 anos, dois (5,5%) de 16 a 20 anos, dois (5,5%) de 31 a 35 anos, um (2,8%) de 26 a 30 anos e um (2,8%) de zero mês a um ano.

Sobre o processo de seleção para o cargo de gestão 29 (80,5%) gestores responderam que foi por indicação, quatro (11,1%) por convite e três (8,3%) por concurso para o cargo. Quando questionados sobre o cargo ter pré-requisito para ser ocupado, 20 (55,5%) responderam que sim, 12 (33,3%) responderam que não

foi solicitado nenhum pré-requisito e quatro (11,1%) gestores não responderam a questão.

Dos que responderam sim, citaram como pré-requisito ser servidor público concursado, ter formação profissional, possuir experiência na área da saúde, ter experiência ou noções administrativas, ensino médio, e ter conhecimento sobre o sistema de saúde do município.

#### 4.3.2 Resultados da opinião dos gestores sobre as competências essenciais para a gestão da Saúde pública/coletiva

Na sequência, os gestores foram questionados se as competências essenciais sugeridas pela OPAS traduzidas pela pesquisadora nas etapas anteriores são desenvolvidas por eles ou opinião deles quanto a sua prática profissional atenção à saúde pública/coletiva. Os resultados estão apresentados na Tabela 12.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS GESTORES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS A SEREM DESENVOLVIDAS POR GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, BRASIL, 2015.  
continua

Competências	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Domínio 1</b>											
C1D1	0	0	0	0	2	5,6	11	30,5	23	63,9	36
C2D1	0	0	0	0	1	2,8	12	33,3	23	63,9	36
C3D1	0	0	0	0	2	5,6	5	13,9	29	80,5	36
C4D1	0	0	0	0	3	8,3	10	27,8	23	63,9	36
C5D1	0	0	0	0	2	5,6	12	33,3	22	61,1	36
C6D1	0	0	1	2,8	2	5,6	12	33,3	22	61,1	36
C7D1	0	0	0	0	2	5,6	5	13,3	29	80,5	36
C8D1	0	0	0	0	0	0	6	16,7	30	83,3	36
C9D1	0	0	0	0	1	2,8	8	22,2	27	75	36
<b>Domínio 2</b>											
C1D2	0	0	0	0	0	0	9	25	27	75	36
C2D2	0	0	0	0	4	11,1	8	22,2	24	66,7	36
C3D2	0	0	0	0	4	11,1	8	22,2	24	66,7	36
C4D2	0	0	1	2,8	2	5,6	3	8,3	30	83,3	36
C5D2	0	0	1	2,8	0	0	6	16,7	29	80,5	36

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2016.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS GESTORES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, BRASIL, 2015.

Competências	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	C6D1	0	0	1	2,8	2	5,6	12	33,3	22	
C7D1	0	0	0	0	2	5,6	5	13,3	29	80,5	36
C8D1	0	0	0	0	0	0	6	16,7	30	83,3	36
C9D1	0	0	0	0	1	2,8	8	22,2	27	75	36
<b>Domínio 2</b>											
C1D2	0	0	0	0	0	0	9	25	27	75	36
C2D2	0	0	0	0	4	11,1	8	22,2	24	66,7	36
C3D2	0	0	0	0	4	11,1	8	22,2	24	66,7	36
C4D2	0	0	1	2,8	2	5,6	3	8,3	30	83,3	36
C5D2	0	0	1	2,8	0	0	6	16,7	29	80,5	36
C6D2	0	0	0	0	0	0	8	22,2	28	77,8	36
C7D2	0	0	1	2,8	1	2,8	8	22,2	26	72,2	36
C8D2	0	0	0	0	1	2,8	10	27,8	25	69,4	36
C9D2	0	0	2	5,6	3	8,3	7	19,4	24	66,7	36
C10D2	0	0	2	5,6	4	11,1	8	22,2	22	61,1	36
C11D2	0	0	2	5,6	5	13,9	7	19,4	22	61,1	36
C12D2	0	0	1	2,8	4	11,1	8	22,2	23	63,8	36
C13D2	0	0	1	2,8	2	5,6	10	27,8	23	63,8	36
C14D2	0	0	0	0	3	8,3	9	25	24	66,7	36
<b>Domínio 3</b>											
C1D3	0	0	0	0	3	8,3	6	16,7	27	75	36
C2D3	0	0	0	0	3	8,3	9	25	24	66,7	36
C3D3	0	0	0	0	2	5,6	8	22,2	26	72,2	36
C4D3	0	0	0	0	2	5,6	8	22,2	26	72,2	36
C5D3	0	0	0	0	2	5,6	11	30,5	23	63,9	36
C6D3	0	0	0	0	1	2,8	7	19,4	28	77,8	36
C7D3	0	0	0	0	2	5,6	8	22,2	26	72,2	36
C8D3	0	0	0	0	2	5,6	10	27,8	24	66,6	36
C9D3	0	0	0	0	2	5,6	10	27,8	24	67,6	36
<b>Domínio 4</b>											
C1D4	0	0	0	0	3	8,3	7	19,4	26	72,3	36
C2D4	0	0	0	0	1	2,8	7	19,4	28	77,8	36
C3D4	0	0	0	0	0	0	8	22,2	28	77,8	36
C4D4	0	0	0	0	2	5,6	11	30,5	23	63,9	36
C5D4	0	0	0	0	1	2,8	6	16,7	29	80,5	36

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2016.



TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS DOS RESULTADOS DA OPINIÃO DOS GESTORES QUANTO ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, BRASIL, 2015. continuação

Competências	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo e nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
C6D5	0	0	0	0	3	8,3	8	22,2	25	69,5	36
C7D5	0	0	0	0	0	0	6	16,7	30	83,3	36
C8D5	0	0	0	0	2	5,6	6	16,7	28	77,7	36
<b>Domínio 6</b>											
C1D6	0	0	0	0	4	11,1	7	19,4	25	69,4	36
C2D6	0	0	0	0	5	13,9	8	22,2	23	63,9	36
C3D6	0	0	0	0	7	19,4	6	16,7	23	63,9	36
C4D6	0	0	1	2,8	2	5,6	8	22,2	25	69,4	36
C5D6	0	0	0	0	3	8,3	9	25	24	66,7	36
C6D6	0	0	0	0	4	11,1	7	19,44	25	69,4	36
C7D6	0	0	0	0	1	2,8	9	25	26	72,2	36
C8D6	0	0	0	0	5	13,9	7	19,4	24	69,7	36

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2016.

Pode-se observar que das 56 competências, 29 (51,8%) não atingiu consenso de concordância total de 70% e 27 (48,2%) atingiram o consenso. No primeiro domínio cinco (56,6%) não atingiu a concordância estabelecida e quatro (44,4%) atingiram a concordância. As competências que não atingiram foram: C1D1, C2D1, C4D1, C5D1, C6D1. No segundo domínio, nove (64,3%) competências não atingiram o consenso entre os gestores: C2D2, C3D2, C8D2, C9D2, C10D2, C11D2, C12D2, C13D2, C14D2, cinco (35,7%) competências atingiram a concordância.

As competências do terceiro domínio que não atingiram a concordância estabelecida foram cinco (50%): C2D3, C5D3, C8D3, C9D3, C10D3. Neste domínio quatro (50%) chegaram na concordância estabelecida. No quarto domínio apenas uma não atingiu 70% de concordância entre os gestores, a C4D4.

As do quinto do domínio foram duas que não atingiram (25%): C2D5, C6D5 e seis (75%) atingiu a concordância entre os gestores, e no sexto domínio das oito, sete (87,5%) não atingiram consenso estabelecido pelo pesquisador: C1D6, C2D6, C3D6, C4D6, C5D6, C6D6, C8D8 e uma (12,5%) atingiu a concordância.

Na sequência são apresentadas as competências que obtiveram a concordância entre os gestores (QUADRO 24).

QUADRO 24 - COMPETÊNCIAS COM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DO GESTORES. continua

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C3D1	Estabelecer prioridades de saúde pública para responder as necessidades de saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda dos serviços de saúde.
C7D1	Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde através da capacitação por meio da supervisão, treinamento em serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores-chave.
C8D1	Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores-chave e os diferentes campos do conhecimento para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde.
C9D1	Realizar a gestão da informação, a informação por evidências para tomada de decisão e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para potencializar as ações de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.
<b>Domínio 2</b>	
C1D2	Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde da população para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e de danos na saúde pública.
C4D2	Definir os riscos, ameaças e danos em saúde que demandem intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e oportuna do sistema de saúde.
C5D2	Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.
C6D2	Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes níveis setoriais e cidadãos para enfrentar os riscos e ameaças e danos à saúde.
C7D2	Difundir a informação relevante da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.
<b>Domínio 3</b>	
C1D3	Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para ser capaz de mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.
C3D3	Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de promoção de Saúde
C4D3	Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
C6D3	Aplicar as modalidades e mecanismos que fomentam o empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.
C7D3	Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção da Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes de atenção primária à saúde e nos serviços comunitários.
<b>Domínio 4</b>	
C1D4	Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que fundamentam a gestão de políticas de modo a contribuir para a garantia do direito fundamental à saúde.
C2D4	Proteger em toda política pública setorial ou extra-setorial, o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.
C3D4	Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a igualdade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque de atenção primária.
C5D4	Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 24 - COMPETÊNCIAS COM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DO GESTORES. continuação

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
C6D4	Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.
C7D4	Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.
<b>Domínio 5</b>	
C1D5	Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque de determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.
C3D5	Planejar, executar e avaliar projetos e ações que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção à saúde.
C4D5	Desenvolver instrumentos que assegurem a qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e nas práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população
C5D5	Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população
C7D5	Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e à confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.
C8D5	Estimular e participar de equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
<b>Domínio 6</b>	
C7D6	Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Abaixo esta apresentada às competências que não obtiveram concordância entre os gestores sobre sua importância para a prática profissional do gestor que atua na saúde pública/coletiva (QUADRO 25).

QUADRO 25 - COMPETÊNCIAS SEM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DO GESTORES. continua

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 1</b>	
C1D1	Utilizar estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.
C2D1	Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
C4D1	Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções populacionais
C5D1	Recomendar ações em favor da saúde para diferentes públicos de gestores e profissionais e usuários do sistema de saúde, informadas por evidências.
C6D1	Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 25 - COMPETÊNCIAS SEM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DO GESTORES. continuação

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 2</b>	
C2D2	
C3D2	Realizar o monitoramento dos riscos, das ameaças, no marco dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer seu comportamento ao longo do tempo e identificar as necessidades de intervenção.
C8D2	Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.
C9D2	Avaliar os processos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática, para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas priorizados.
C10D2	Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.
C11D2	Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
C12D2	Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
C13D2	Realizar intervenções a resposta imediata diante de ameaças, vulnerabilidades, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde na perspectiva intersetorial.
C14D2	Participar do planejamento e execução de ações intersetoriais da reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.
<b>Domínio 3</b>	
C2D3	Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque de trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.
C5D3	Construir coletivamente estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
C8D3	Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças no nível de atenção primária, na política pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.
C9D3	Promoção, criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas
C10D3	Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.
<b>Domínio 4</b>	
C4D4	Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.
<b>Domínio 5</b>	
C2D5	Contribuir para implementar planos, estratégias e ações que aumentem a igualdade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção de saúde a população.
C6D5	Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

QUADRO 25 - COMPETÊNCIAS SEM CONCORDÂNCIA DE 70% OU MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DESSAS PARA A PRÁTICA DO GESTORES. continuação

<b>Competências que atingiram consenso</b>	
<b>Domínio 6</b>	
C1D6	Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.
C2D6	Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.
C3D6	Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais
C4D6	Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.
C5D6	Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
C6D6	Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.
C8D6	Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

FONTES: DADOS DA PESQUISA, 2015.

#### 4.3.3 Comparação entre a opinião dos especialistas e gestores sobre as competências essenciais para a saúde público-coletiva

Executou-se o teste Mann-Whitney (U) para averiguar as diferenças de opiniões entre especialistas e os gestores da saúde pública/coletiva em cada um dos 56 itens do questionário original traduzido, divididos em cada um dos seis domínios. Considerou-se um nível de confiança de 95% (significância de 5%) e apenas no item C3D3 o p-valor ficou abaixo de 0,05 (U=1698; p-valor=0,01), indicando rejeição da hipótese nula, as opiniões de especialistas e gestores da saúde pública/coletiva são iguais.

Segue-se a apresentação do resultado da comparação entre a opinião dos especialistas e gestores sobre as competências essenciais para a saúde pública no primeiro domínio (TABELAS 13 e 14):

TABELA 13 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO PRIMEIRO DOMÍNIO, 2015.

<i>Postos</i>				
	Amostra	N	Posto Médio	Soma de Postos
C1D1_1	Profissionais	36	75,14	2705,00
	Especialistas	130	85,82	11156,00
	Total	166		
C2D1_1	Profissionais	36	79,53	2863,00
	Especialistas	130	84,60	10998,00
	Total	166		
C3D1_1	Profissionais	36	88,56	3188,00
	Especialistas	130	82,10	10673,00
	Total	166		
C4D1_1	Profissionais	36	76,19	2743,00
	Especialistas	130	85,52	11118,00
	Total	166		
C5D1_1	Profissionais	36	87,43	3147,50
	Especialistas	130	82,41	10713,50
	Total	166		
C6D1_1	Profissionais	36	89,47	3221,00
	Especialistas	130	81,85	10640,00
	Total	166		
C7D1_1	Profissionais	36	92,00	3312,00
	Especialistas	130	81,15	10549,00
	Total	166		
C8D1_1	Profissionais	36	88,08	3171,00
	Especialistas	130	82,23	10690,00
	Total	166		
C9D1_1	Profissionais	36	85,15	3065,50
	Especialistas	130	83,04	10795,50
	Total	166		

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

TABELA. 14 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICAS DE TESTE<sup>a</sup> NO PRIMEIRO DOMÍNIO, 2015.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>				
	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p-valor
C1D1_1	2039,00	2705,00	-1,53	0,126
C2D1_1	2197,00	2863,00	-0,69	0,487
C3D1_1	2158,00	10673,00	-0,93	0,353
C4D1_1	2077,00	2743,00	-1,31	0,189
C5D1_1	2198,50	10713,50	-0,63	0,528
C6D1_1	2125,00	10640,00	-1,08	0,279
C7D1_1	2034,00	10549,00	-1,57	0,117
C8D1_1	2175,00	10690,00	-0,81	0,419
C9D1_1	2280,50	10795,50	-0,29	0,774

a. Variável de Agrupamento: Amostra

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Na sequência têm-se a apresentação do resultado da comparação entre a opinião dos especialistas que compuseram o painel Delphi e gestores que atuam na saúde pública/coletiva sobre as competências essenciais para a saúde pública no segundo domínio (TABELAS 15 e 16):

TABELA 15 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO SEGUNDO DOMÍNIO, 2015.

continua

<i>Postos</i>				
Amostra		N	Posto Médio	Soma de Postos
C1D2_1	Profissionais	36	85,10	3063,50
	Especialistas	130	83,06	10797,50
	Total	166		
C2D2_1	Profissionais	36	83,44	3004,00
	Especialistas	130	83,52	10857,00
	Total	166		
C3D2_1	Profissionais	36	85,69	3085,00
	Especialistas	130	82,89	10776,00
	Total	166		
C4D2_1	Profissionais	36	86,00	3096,00
	Especialistas	130	82,81	10765,00
	Total	166		
C5D2_1	Profissionais	36	89,19	3211,00
	Especialistas	130	81,92	10650,00
	Total	166		
C6D2_1	Profissionais	36	87,67	3156,00
	Especialistas	130	82,35	10705,00
	Total	166		
C7D2_1	Profissionais	36	83,10	2991,50
	Especialistas	130	83,61	10869,50
	Total	166		
C8D2_1	Profissionais	36	91,63	3298,50
	Especialistas	130	81,25	10562,50
	Total	166		
C9D2_1	Profissionais	36	79,07	2846,50
	Especialistas	130	84,73	11014,50
	Total	166		
C10D2_1	Profissionais	36	91,11	3280,00
	Especialistas	130	81,39	10581,00
	Total	166		

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015

TABELA 15 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO SEGUNDO DOMÍNIO, 2015. continuação

<i>Postos</i>				
Amostra		N	Posto Médio	Soma de Postos
C11D2_1	Profissionais	36	85,58	3081,00
	Especialistas	130	82,92	10780,00
	Total	166		
C12D2_1	Profissionais	36	88,31	3179,00
	Especialistas	130	82,17	10682,00
	Total	166		
C13D2_1	Profissionais	36	81,44	2932,00
	Especialistas	130	84,07	10929,00
	Total	166		
C14D2_1	Profissionais	36	90,04	3241,50
	Especialistas	130	81,69	10619,50
	Total	166		

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015

TABELA 16 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICAS DE TESTE<sup>a</sup> NO SEGUNDO DOMÍNIO, 2015.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>				
	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p-valor
C1D2_1		10797,50	-0,28	0,781
	2282,50			
C2D2_1	2338,00	3004,00	-0,01	0,992
C3D2_1	2261,00	10776,00	-0,39	0,695
C4D2_1	2250,00	10765,00	-0,47	0,641
C5D2_1	2135,00	10650,00	-1,05	0,295
C6D2_1	2190,00	10705,00	-0,76	0,445
C7D2_1	2325,50	2991,50	-0,07	0,941
C8D2_1	2047,50	10562,50	-1,31	0,191
C9D2_1	2180,50	2846,50	-0,76	0,450
C10D2_1	2066,00	10581,00	-1,16	0,245
C11D2_1	2265,00	10780,00	-0,33	0,742
C12D2_1	2167,00	10682,00	-0,76	0,444
C13D2_1	2266,00	2932,00	-0,35	0,727
C14D2_1	2104,50	10619,50	-1,06	0,291

a. Variável de Agrupamento: Amostra

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Abaixo as tabelas 17 e 18 mostram os resultados da análise de correlação entre os juízes do painel e os gestores da saúde pública/coletiva do terceiro domínio.



TABELA 17 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO DE POSTOS NO TERCEIRO DOMÍNIO, 2015.

<i>Postos</i>				
Amostra		N	Posto Médio	Soma de Postos
C1D3_1	Profissionais	36	84,71	3049,50
	Especialistas	130	83,17	10811,50
	Total	166		
C2D3_1	Profissionais	36	77,92	2805,00
	Especialistas	130	85,05	11056,00
	Total	166		
C3D3_1	Profissionais	36	101,33	3648,00
	Especialistas	130	78,56	10213,00
	Total	166		
C4D3_1	Profissionais	36	85,43	3075,50
	Especialistas	130	82,97	10785,50
	Total	166		
C5D3_1	Profissionais	36	83,13	2992,50
	Especialistas	130	83,60	10868,50
	Total	166		
C6D3_1	Profissionais	36	82,92	2985,00
	Especialistas	130	83,66	10876,00
	Total	166		
C7D3_1	Profissionais	36	84,44	3040,00
	Especialistas	130	83,24	10821,00
	Total	166		
C8D3_1	Profissionais	36	84,11	3028,00
	Especialistas	130	83,33	10833,00
	Total	166		
C9D3_1	Profissionais	36	81,31	2927,00
	Especialistas	130	84,11	10934,00
	Total	166		
C10D3_1	Profissionais	36	83,61	3010,00
	Especialistas	130	83,47	10851,00
	Total	166		

FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.

TABELA 18 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICA DE TESTE NO TERCEIRO DOMÍNIO, 2015.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>				
	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p-valor
C1D3_1	2296,50	10811,50	-0,22	0,826
C2D3_1	2139,00	2805,00	-1,02	0,309
C3D3_1	1698,00	10213,00	-2,78	0,005
C4D3_1	2270,50	10785,50	-0,35	0,727
C5D3_1	2326,50	2992,50	-0,06	0,949
C6D3_1	2319,00	2985,00	-0,11	0,915
C7D3_1	2306,00	10821,00	-0,17	0,865
C8D3_1	10821,00	10833,00	-0,11	0,912
C9D3_1	2261,00	2927,00	-0,38	0,701
C10D3_1	2336,00	10851,00	-0,02	0,984

a. Variável de Agrupamento: Amostra

FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.

Os resultados da análise da comparação dos dados das repostas dos especialistas do painel da técnica Delphi, primeira rodada com os gestores da saúde pública/coletiva do quarto domínio são apresentados abaixo nas tabelas 19 e 20.

TABELA 19 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, CORRELAÇÃO POSTOS NO QUARTO DOMÍNIO, 2015.

Postos				
Amostra		N	Posto Médio	Soma de Postos
C1D4_1	Profissionais	36	80,44	2896,00
	Especialistas	130	84,35	10965,00
	Total	166		
C2D4_1	Profissionais	36	76,40	2750,50
	Especialistas	130	85,47	11110,50
	Total	166		
C3D4_1	Profissionais	36	93,32	3359,50
	Especialistas	130	80,78	10501,50
	Total	166		
C4D4_1	Profissionais	36	89,61	3226,00
	Especialistas	130	81,81	10635,00
	Total	166		
C5D4_1	Profissionais	36	81,94	2950,00
	Especialistas	130	83,93	10911,00
	Total	166		
C6D4_1	Profissionais	36	88,63	3190,50
	Especialistas	130	82,08	10670,50
	Total	166		
C7D4_1	Profissionais	36	85,75	3087,00
	Especialistas	130	82,88	10774,00
	Total	166		

FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.

TABELA 20 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTATÍSTICA DE TESTE NO QUARTO DOMÍNIO, 2015.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>				
	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p-valor
C1D4_1	2230,00	2896,00	-0,50	0,613
C2D4_1	2084,50	2750,50	-1,46	0,144
C3D4_1	1986,50	10501,50	-1,67	0,094
C4D4_1	2120,00	10635,00	-1,09	0,274
C5D4_1	2284,00	2950,00	-0,26	0,793
C6D4_1	2155,50	10670,50	-0,88	0,381
C7D4_1	2259,00	10774,00	-0,37	0,708

a. Variável de Agrupamento: Amostra

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

Abaixo segue a apresentação dos resultados da comparação dos dados entre juízes do painel na primeira rodada e gestores que trabalhavam na atenção à saúde pública/coletiva referentes ao quinto domínio (TABELA 21, TABELA 22).

TABELA 21 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO QUINTO DOMÍNIO, CORRELAÇÃO POSTOS, 2015.

Postos				
	Amostra	N	Posto Médio	Soma de Postos
C1D5_1	Profissionais	36	90,15	3245,50
	Especialistas	130	81,66	10615,50
	Total	166		
C2D5_1	Profissionais	36	86,72	3122,00
	Especialistas	130	82,61	10739,00
	Total	166		
C3D5_1	Profissionais	36	84,69	3049,00
	Especialistas	130	83,17	10812,00
	Total	166		
C4D5_1	Profissionais	36	91,79	3304,50
	Especialistas	130	81,20	10556,50
	Total	166		
C5D5_1	Profissionais	36	85,15	3065,50
	Especialistas	130	83,04	10795,50
	Total	166		
C6D5_1	Profissionais	36	90,35	3252,50
	Especialistas	130	81,60	10608,50
	Total	166		
C7D5_1	Profissionais	36	90,67	3264,00
	Especialistas	130	81,52	10597,00
	Total	166		
C8D5_1	Profissionais	36	90,22	3248,00
	Especialistas	130	81,64	10613,00
	Total	166		

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015.

TABELA 22 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO QUINTO DOMÍNIO, ESTATÍSTICA DE TESTE<sup>a</sup>, 2015.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>				
	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p-valor
C1D5_1	2100,50	10615,50	-1,21	0,226
C2D5_1	2224,00	10739,00	-0,56	0,574
C3D5_1	2297,00	10812,00	-0,21	0,835
C4D5_1	2041,50	10556,50	-1,38	0,168
C5D5_1	2280,50	10795,50	-0,29	0,772
C6D5_1	2093,50	10608,50	-1,12	0,263
C7D5_1	2082,00	10597,00	-1,35	0,178
C8D5_1	2098,00	10613,00	-1,17	0,239

a. Variável de agrupamento: amostra

FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2015

Segue-se nas tabelas (TABELA 23 e 24) a apresentação dos resultados da comparação da opinião dos especialistas do painel com a dos gestores sobre o sexto domínio.

TABELA 23 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO SEXTO DOMÍNIO, CORRELAÇÃO POSTOS, 2015. continua

Postos				
Amostra		N	Posto Médio	Soma de Postos
C1D6_1	Profissionais	36	89,64	3227,00
	Especialistas	130	81,80	10634,00
	Total	166		
C2D6_1	Profissionais	36	83,39	3002,00
	Especialistas	130	83,53	10859,00
	Total	166		
C3D6_1	Profissionais	36	90,13	3244,50
	Especialistas	130	81,67	10616,50
	Total	166		
C4D6_1	Profissionais	36	94,93	3417,50
	Especialistas	130	80,33	10443,50
	Total	166		
C5D6_1	Profissionais	36	92,54	3331,50
	Especialistas	130	81,00	10529,50
	Total	166		

FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.

TABELA 23 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO SEXTO DOMÍNIO, CORRELAÇÃO POSTOS, 2015.  
continuação

<i>Postos</i>				
Amostra		N	Posto Médio	Soma de Postos
	Especialistas	130	81,00	10529,50
	Total	166		
C6D6_1	Profissionais	36	83,78	3016,00
	Especialistas	130	83,42	10845,00
	Total	166		
C7D6_1	Profissionais	36	86,76	3123,50
	Especialistas	130	82,60	10737,50
	Total	166		
C8D6_1	Profissionais	36	95,72	3446,00
	Especialistas	130	80,12	10415,00
	Total	166		

FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.

TABELA 24 - COMPARAÇÃO ENTRE A OPINIÃO DOS JUÍZES E GESTORES SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA, NO SEXTO DOMÍNIO, 2015.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>				
	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p-valor
C1D6_1	2119,00	10634,00	-1,00	0,316
C2D6_1	2336,00	3002,00	-0,02	0,985
C3D6_1	2101,50	10616,50	-1,03	0,301
C4D6_1	1928,50	10443,50	-1,81	0,069
C5D6_1	2014,50	10529,50	-1,44	0,150
C6D6_1	2330,00	10845,00	-0,05	0,961
C7D6_1	2222,50	10737,50	-0,57	0,570
C8D6_1	1900,00	10415,00	-1,89	0,058

a. Variável de Agrupamento: Amostra

FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.

Assim, como praticamente todos os testes apresentaram p-valor > 0,05 pode-se concluir que, de uma forma geral, as opiniões de especialistas e gestores da saúde pública/coletiva não divergem no que concernem à importância das competências essenciais em saúde pública/coletiva definidas no instrumento e as que os profissionais participantes da verificação do poder de interpretação do instrumento consideram importantes para serem desenvolvidas.

Frente aos resultados da técnica Delphi, que evidenciou a concordância quanto às competências essenciais para os gestores da saúde pública/coletiva e a fase da Comparação entre a opinião dos especialistas e gestores sobre essas

competências, além da análise da interpretação do poder de interpretação do instrumento, pelos gestores que atuam em cargos gerenciais na saúde pública/coletiva, optou-se em manter a versão final do instrumento construído com todos os domínios e as 56 competências que o compõem, para tal foi considerado todas as análises realizadas no percurso da pesquisa e além disso, suas pequenas modificações a partir das sugestões feitas pelos especialistas na fase do painel Delphi na opção sugestão nas três rodadas. O instrumento em sua versão final pode ser visualizado abaixo:

### 4.3.3 VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO

#### COMPETÊNCIAS DO GESTOR

A seguir, responda com a alternativa que expresse como você percebe as competências que desenvolve na sua atuação profissional, considerando a escala abaixo.

##### **DOMÍNIO 1: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.**

Refere-se à avaliação da situação de saúde da população e suas tendências para as tomadas de decisões e a definição de políticas públicas de saúde. Competências:

1: Utilizar estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2: Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3: Estabelecer prioridades de saúde pública para responder as necessidades de saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda dos serviços de saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)

- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4: Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções populacionais.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5: Recomendar ações em favor da saúde para diferentes públicos de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, informadas por evidências.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6: Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7: Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde através da capacitação por meio da supervisão, treinamento em serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores- chave.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8: Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores- chave e os diferentes campos do conhecimento para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

9: Realizar a gestão da informação, a informação por evidências para tomada de decisão e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para potencializar as ações de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

## **DOMÍNIO 2: VIGILÂNCIA E CONTROLE DE RISCOS E DANOS.**

Refere-se compilação contínua da ocorrência e propagação de riscos e danos à saúde necessários para o seu controle efetivo na população. É a capacidade de realizar pesquisa e vigilância de surtos epidêmicos e as maneiras como se apresentam as doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores comportamentais, acidentes e exposição às substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais à saúde. Competências:

1: Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde da população para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e de danos na saúde pública.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2: Realizar a gestão das redes de atenção à saúde articulada aos laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle de riscos e danos na saúde pública.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3: Realizar o monitoramento dos riscos, das ameaças, no marco dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer seu comportamento ao longo do tempo e identificar as necessidades de intervenção.



- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4: Definir os riscos, ameaças e danos em saúde que demandem intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e oportuna do sistema de saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5: Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6: Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes níveis setoriais e cidadãos para enfrentar os riscos e ameaças e danos à saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7: Difundir a informação relevante da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8: Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

9: Avaliar os processos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática, para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas priorizados.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

10: Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

11: Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

12: Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)

( ) Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

13: Realizar intervenções a resposta imediata diante de ameaças, vulnerabilidades, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde na perspectiva intersetorial.

( ) Discordo totalmente (0 a 20%)

( ) Discordo (20 a 40%)

( ) Não discordo nem concordo (40 a 60%)

( ) Concordo (60 a 80%)

( ) Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

14: Participar do planejamento e execução de ações intersetoriais da reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.

( ) Discordo totalmente (0 a 20%)

( ) Discordo (20 a 40%)

( ) Não discordo nem concordo (40 a 60%)

( ) Concordo (60 a 80%)

( ) Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

### **DOMÍNIO 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

A promoção da saúde é o processo político e social que envolve ações diretas para fortalecer as habilidade e capacidades dos indivíduos e para modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde. Competências:

1: Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para ser capaz de mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.

( ) Discordo totalmente (0 a 20%)

( ) Discordo (20 a 40%)

( ) Não discordo nem concordo (40 a 60%)

( ) Concordo (60 a 80%)

( ) Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2: Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque de trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.

( ) Discordo totalmente (0 a 20%)

( ) Discordo (20 a 40%)

( ) Não discordo nem concordo (40 a 60%)

( ) Concordo (60 a 80%)

( ) Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3: Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4: Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5: Reconhecer as considerações éticas vinculadas aos enfoques de competências culturais para aplicá-las na prática da saúde pública em diferentes contextos.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6: Aplicar as modalidades e mecanismos que fomentam o empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7: Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção da Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes de atenção primária à saúde e nos serviços comunitários.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8: Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças no nível de atenção primária, na política pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

9: Promoção, criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

10: Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

#### **DOMÍNIO 4: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO, REGULAMENTO E CONTROLE.**

Todo sistema de saúde rege a sua gestão de acordo com as políticas, planos de saúde e regulamentos acordados. Aqueles que trabalham no setor da saúde devem ser capazes para a gestão no âmbito regulamentar de proteção e fiscalização da saúde pública e para a cooperação internacional. Devem também ter a capacidade de gerar novas leis e regulamentos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis e a proteção aos cidadãos. Competências:

1: Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que sustentam a gestão de políticas de modo a contribuir para a garantia da e do direito fundamental à saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2: Proteger em toda política pública setorial ou extra-setorial, o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3: Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a igualdade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque de atenção primária.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4: Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5: Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6: Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7: Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

**DOMÍNIO 5: EQUIDADE AO ACESSO, E QUALIDADE NOS SERVIÇOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS.**

Uma das condições essenciais na prática da Saúde Pública é garantir o acesso aos serviços, os quais devem ser outorgados universalmente sem nenhum tipo de barreiras, promovendo a qualidade e a segurança em seu provimento e desde um enfoque multissetorial para a solução das iniquidades na atenção à saúde da população. Competências:

1: Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque de determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2: Contribuir para implementar planos, estratégias e ações que aumentem a igualdade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção de saúde a população.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3: Planejar, executar e avaliar projetos e ações que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção à saúde.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4: Desenvolver instrumentos que assegurem a qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e nas práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5: Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6: Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7: Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e à confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.

Discordo totalmente (0 a 20%)

Discordo (20 a 40%)

Não discordo nem concordo (40 a 60%)

Concordo (60 a 80%)

Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8: Estimular e participar de equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Discordo totalmente (0 a 20%)



- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

#### **DOMÍNIO 6: SAÚDE INTERNACIONAL E SAÚDE GLOBAL**

É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e o bem-estar social. Em um mundo globalizado e interconectado, são necessárias abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais e que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, avancem em soluções transnacionais, regionais e globais, melhorando a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza como ferramentas, as relações entre as autoridades sanitárias nacionais por meio da diplomacia em saúde e a cooperação técnica.

Competências:

1: Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2: Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3: Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4: Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5: Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento dessa competência no cargo que desempenha?

6: Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7: Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.

- Discordo totalmente (0 a 20%)
- Discordo (20 a 40%)
- Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- Concordo (60 a 80%)
- Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8: Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

- Discordo totalmente (0 a 20%)

- ( ) Discordo (20 a 40%)
- ( ) Não discordo nem concordo (40 a 60%)
- ( ) Concordo (60 a 80%)
- ( ) Concordo totalmente (80 a 100%)

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 DISCUSSÃO DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MRCESP

Sobre a etapa da pesquisa, a tradução e adaptação transcultural do documento MRCESP, a fase da tradução inicial, consenso entre tradutores, retrotradução e comitê de especialistas exigiram ajustes a fim de que o objetivo da pesquisa fosse atingido. Apesar das competências essenciais serem sugeridas para a América Latina, o processo de tradução e adaptação ao contexto brasileiro evidenciou maior dificuldade para atingir o consenso na tradução inicial, que foi realizada por três tradutores independentes. O comitê de especialistas ocorreu de forma que as versões fossem revistas e a adaptação cultural realizada.

O primeiro domínio, Análise da Situação de Saúde, descreve as competências necessárias para o profissional da saúde pública, que pode ser um instrumento de apoio à tomada de decisão e planejamento das ações de saúde, para definir prioridades e construir cenários prospectivos e a avaliação de ações, programas e políticas de saúde. (BRASIL, 2012).

As competências do segundo domínio, Vigilância e Controle de Riscos e Danos, mostram-se importantes ao profissional de saúde pública, pois, a vulnerabilidade socioambiental é resultado de processos sociais e mudanças ambientais, uma combinação de dificuldades nas condições de trabalho, renda, saúde e educação e também aqueles relacionados à falta de habitações saudáveis e seguras, saneamento e fazem com que certos grupos populacionais em especial os mais pobres, também sejam vulneráveis a desastres. (FREITAS *et. al.*, 2014).

Sobre as competências do terceiro domínio, Promoção da Saúde e Participação Social, é esperada no seu desenvolvimento no profissional, pois há consenso sobre a importância na inserção dos cidadãos na produção do cuidado. O profissional competente neste âmbito pode atuar no desenvolvimento de reformas nos sistemas de saúde a fim de impulsionar projetos de cidadania e participação na tomada de decisão e delineamento de objetivos coletivos. (SERAPIONI, 2014).

O quarto domínio, denominado Políticas, Planejamento, Regulação e Controle demanda do profissional competências voltadas ao conhecimento da realidade sanitária local a fim de implementar medidas fundamentadas nas necessidades de saúde da população. A utilização do planejamento de forma racional na lógica

epidemiológica contribui para direcionar a formulação e avaliação de políticas de saúde. (OLIVEIRA *et.al.*, 2013).

O desenvolvimento e aquisição das competências do quinto domínio, intitulado Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos, é percebido como fator de impacto para garantir o acesso universal à saúde, alcançado pelo rompimento de barreiras que impossibilitam a utilização dos serviços de saúde integrais de forma equitativa. Neste sentido, os recursos humanos têm um papel central mesmo que ainda sejam percebidas grandes dificuldades sobre esse tema na atenção primária à saúde. (CASSIANI, 2014).

As competências do sexto domínio, Saúde Internacional e global, são tão importantes quanto atuais e em tempos de globalização tornam-se imprescindíveis ao profissional de saúde pública possuir tais competências. O termo saúde global extrapola a divisão existente entre ricos e pobres, desenvolvidos e em desenvolvimento assim como as linhas das fronteiras nacionais. (FORTES, RIBEIRO, 2014; INSTITUTO NACIONAL DE OPERAÇÕES ESPACIAIS, 2012). Tem o seu foco nas possibilidades culturais, sociais, econômicas e políticas que delineiam o âmbito mundial. (FORTES, RIBEIRO, 2014).

Os problemas de saúde global para serem solucionados requerem cooperação internacional e suas questões referem-se a causas de mortes no passado como, por exemplo, a desnutrição, mortalidade infantil e no futuro como o caso da doença cardiovascular, doença pulmonar, câncer e diabetes. A saúde global inclui também questões de cunho preventivo, àquelas direcionadas a diferentes populações entre outros. Tem como ideal maior a equidade na saúde, o acesso a atenção à saúde para todos. (INSTITUTO NACIONAL DE OPERAÇÕES ESPACIAIS, 2012).

## 5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPH

A validação de conteúdo das competências essenciais para os recursos humanos em saúde pública, sugeridas pela OPAS, para a utilização na construção de um instrumento para mapear competências de profissionais que atuam em algum nível da gestão da saúde pública/coletiva foi realizada por especialista em gestão nessa área. Foram realizadas várias análises estatísticas com os resultados dos dados coletados com especialistas em gestão da saúde pública/coletiva e com

profissionais de saúde que ocupavam cargos de gestão em algum nível na saúde pública/coletiva.

Os resultados da aplicação das três rodadas da técnica Delphi com especialistas na gestão em saúde pública/coletiva inicialmente foi calculado a frequência das respostas dos participantes quanto o grau de concordância sobre as competências essenciais que foram traduzidas do espanhol para o português para os gestores que atuam na atenção à saúde pública. A opinião dos participantes do painel de especialista tiveram uma concordância maior em alguns domínios em detrimento de outros já na primeira rodada, bem como com algumas competências descritas nos domínios.

O cálculo da frequência das respostas na mensuração de opinião na primeira rodada mostrou que os domínios que tiveram mais competências que não atingiram o consenso entre os especialistas foram o primeiro: Análise da situação de saúde, o segundo: *Vigilância e controle de riscos e danos*, o quarto domínio: *Políticas, planificação, regulação e controle*; o quinto domínio: *Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos* e sexto domínio: *Saúde Internacional e saúde global*.

A competências do primeiro domínio diz em respeito a análise da situação de saúde, apesar da pouca concordância dos especialistas nesta rodada, as competências descritas nesse domínios são relevantes para a prática do gestor, pois, implicam em estudar os determinantes sociais, esses podem ser definidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influem no processo saúde-doença, como no caso da habitação, saneamento, condições de trabalho, serviços de saúde e educação, bem como as redes sociais e comunitárias. (BRASIL, 2012b)

O segundo domínio refere-se a vigilância e controle de riscos e danos, que gerou controvérsias entre os especialistas com relação aos conceitos. As ações de vigilância em saúde tem mostrados algumas conquistas entre as quais cita-se o uso sistemático e regular de pesquisas de fatores de risco comportamentais, como o Vigitel, para captar mudanças nas taxas de prevalência de comportamentos e nos riscos para a saúde, a notificação universal de eventos significativos, como o caso da violência interpessoal, o uso de dados administrativos como os de emergência e hospitalares e para rastrear lesões; bem como as técnicas de ligação de dados

(*linkage*) e de captura e recaptura para a avaliação de processos em sistemas de informação. (MACINKO, 2015).

O quarto domínio tem suas competências descritas no âmbito das *Políticas, planificação, regulação e controle*, o que torna importante para o gestor desenvolver suas ações pautadas nestas competências tendo em vista que o planejamento é um processo sistemático com o objetivo de reconhecer projetos e parcerias, melhorar a análise e seleção dos recursos necessários para atingir os objetivos traçados e ainda definição de formas de aplicação com mais eficiência e eficácia dos recursos em uma situação concreta. Trata-se da reflexão antes da ação. (BRASIL, 2012b).

O gestor da atenção à saúde pública/coletiva, têm se dedicado de forma contínua no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e dos serviços de saúde, o que contribui para o avanço nas conquistas do modelo de atenção no Brasil. Mas os desafios atuais evidenciam a necessidade de novo posicionamento da utilização do planejamento nos SUS, a fim de colaborar na consolidação desse sistema de saúde. Isto faz com seja necessário a construção de instrumentos de gestão que contribuam para melhorar o aproveitamento das oportunidades e desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação nos três níveis governamentais. (BRASIL, 2009).

As competências do quinto domínio que trata da *equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos*, pois são consideradas como injustas as desigualdades sociais e que podem ser evitadas pela adoção de ações nos governos a fim do atendimento das diferentes necessidades da população. No caso da equidade em saúde, refere-se a geração de oportunidades igualitárias para o acesso de todos à saúde e implica nos estudos dos determinantes sociais. (BRASIL, 2012b).

Sobre a saúde internacional e saúde global, este domínio não obteve nenhuma competência com concordância durante a primeira rodada, mostrando que existe maior dificuldade de aceitação das competências desse domínio para o gestor que atua na saúde pública, apesar de que historicamente, o uso do termo saúde 'global' não é recente, e precede a década de 90 conforme os autores Brown e Cueto (2006) descrevem: em meados de 50 era usado como "programa de erradicação global da malária" pela OMS; já em 1958 um folheto de 1958 Comitê de Assuntos Públicos, da OMS: A Organização Mundial da Saúde: sua luta global

contra doenças; Deutsche. Em 1971, foi utilizado num relatório sobre a política de saúde global para o Congresso dos Estados Unidos.

O termo saúde global também foi usado em estudos sobre o problema da população global na década de 1970, conforme Wilson (1974) citado por Brown e Cueto (2006). No âmbito da saúde integral, a fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 foi um ambicioso objetivo em que todos os povos possam ter o mais alto nível possível de saúde. São definidas várias funções abrangentes, dentre as quais a primeira foi a de constituir autoridade diretiva e coordenadora da saúde internacional (CLIFT, 2013).

A segunda rodada foi composta por competências de todos os domínios que não haviam atingido o consenso de 70% estabelecido de concordância total. Os domínios que tiveram menor grau de concordância em suas competências foram o segundo e o sexto domínio. Mas foram submetidas a reavaliação na terceira rodada competências além desses domínio, do primeiro e do terceiro, com apenas uma competência cada.

Vale destacar que, apesar de oito competências que na análise de correlação de *Spearman* entre os itens da primeira e segunda rodada apresentaram correlação significativa ( $p$ -valor < 0,05): C8D2, C11D2, C12D2, C14D2, C3D3, C6D5, C8D6, optou-se em mantê-las no instrumento para serem reavaliadas pelos juízes na terceira rodada devido ao fato de não terem atingido o nível de concordância de 70% estabelecido pelo pesquisador.

As competências do segundo domínio ainda mantêm-se com discordância entre os especialistas e devem ser consideradas já que o objetivo da vigilância em saúde pauta-se na observação e análise permanentes da situação de saúde da população que deve ser vinculada as ações para controle dos determinantes, riscos e danos à saúde de populações de certos territórios com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde integrando abordagem individual e coletiva das questões de saúde. (BRASIL, 2010).

No terceiro domínio, promoção da saúde e participação social, refere-se uma estratégia da atenção à saúde para melhorar a qualidade de vida da população. A promoção da saúde tem objetivo de fornecer a gestão partilhada entre os usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e demais setores para produção de autonomia e cor-responsabilidade. (BRASIL, 2012b).



Como destaque da segunda rodada, o termo Saúde global, conforme Brown e Cueto (2006) tem sido apresentada como uma resposta racional a novos eventos e ameaças na saúde pública, como por exemplo o caso das epidemias internacionais que atingindo os países ricos e pobres e também da migração ilegal de populações. (BROWN; CUETO, 2006).

De forma geral, o termo saúde global tem sido usado de várias formas e articulado a forma de enfrentamento das doenças endêmicas e epidêmicas dos países do sul do mundo, como por exemplo o HIV/Aids, Tuberculose, Malária e como tem sido realizado o controle dos riscos para a saúde, como no caso das pandemias como gripe aviária, gripe A-H1N1. além da perspectiva de segurança global. Além disso, a saúde global está associada a forma de como tem sido feita a análise dos impactos da globalização na saúde da população em que o foco está nas políticas de saúde no nível nacional e sua inter-relação internacional para a criação de uma política de saúde global. (ALMEIDA, 2010a).

Na avaliação da primeira rodada com a segunda, a correlação de Sperman mostraram alta correlação entre os itens, o que significa a manutenção da concordância entre os especialistas do painel, pois mantiveram a sua avaliação.

Na terceira rodada foram cinco as competências que não atingiram consenso pertenciam ao segundo, terceiro e sexto domínio. Do segundo domínio foram a C8D2 *é facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos*, e a C10D2 que discorre sobre *estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento* e a C11D2 que descreve *participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde*.

Do terceiro domínio a competência C3D3 que *é analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde*, não atingiu a concordância entre os especialistas sobre ela para o gestor que atua na saúde pública/coletiva. Do sexto domínio a C8D6 que refere-se a *captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que*

*incidam em ações locais para o benefício da saúde da população*, nessa análise não foi considerada importante para o gestor da saúde pública/coletiva.

A avaliação das três rodadas da técnica Delphi, o cálculo do coeficiente de concordância  $W$  de Kendall sugere convergência na opinião dos especialistas quanto a importância das competências essenciais sugeridas pela OPAS para gestor na saúde pública/coletiva o justifica a manutenção de todas as 56 competências e seus domínios na versão final do instrumento, pois a maioria dos itens são importantes na opinião dos participantes do painel.

Quanto ao conhecimento do gestor que atua na saúde coletiva, a análise da situação de saúde, este precisa conhecer a situação de saúde da população devido a questões normativas e burocráticas, como exemplo o caso de exigência legal e questões para atender as exigências dos órgãos de fomento internacionais que financiam projetos governamentais, requerem garantias da instituição sobre presença de processos de monitoramento da situação de saúde. Nem sempre é vista com a importância que merece pelo gestor, isto é, conhecimento da situação de saúde como instrumento a ser utilizada na melhoria da qualidade e por vezes, realizada de forma burocrática sem reflexão deste profissional.

A análise da situação de saúde diz respeito à detecção, priorização e interpretação dos problemas de saúde bem como seus determinantes para compreender a magnitude, natureza, seriedade e como são arranjadas as doenças e agravos à saúde a fim de fundamentar a tomada de decisões e definição de ações na construção de cenários prospectivos dos programas e políticas de saúde. (BRASIL, 2012b).

O fato é que o gestor da saúde pública necessita conhecer a situação de saúde da população sob sua responsabilidade a fim de melhorar as intervenções. A falta de criticidade deste profissional no uso dessas competências e a falta de estratégia dessa análise compromete a melhoria da qualidade das intervenções. (BRASIL, 2015b). A necessidade de intervir nos determinantes sociais de saúde deve a necessidade de que esses sejam baseados em evidências e promoção da equidade em saúde e os pilares para tal são a intersetorialidade e a participação social. (BRASIL, 2012b).

O conhecimento da situação de saúde da população facilita o estabelecimento de prioridades em saúde, retroalimenta os sistemas no cuidado à

saúde da mesma forma que possibilita monitorar a efetividade das intervenções entre outras. (BRASIL, 2015b).

Sobre o segundo domínio, no Brasil, a vigilância em saúde pública, tem como desafios continuar se articulando com outros dados de rotina para o monitoramento, avaliação e melhoria das políticas e programa. (MACINKO, 2015). As ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, constituem ambiente de junção com conhecimentos e técnicas em que se inclui em seu conceito a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. (BRASIL, 2010).

Os sistemas de informação em saúde tem um papel importante na análise da situação de saúde, são instrumentos para monitorizar e coletar dados com o objetivo de oferecer informações relevantes para a análise e clareza dos dados relevantes para os problemas de saúde populacional em que as tomadas de decisões em todos os níveis: municipal, estadual e federal. (BRASIL, 2008).

No Brasil, existe uma rica história de vigilância em saúde pública em que investimentos essenciais são realizados para otimizar a integridade e a precisão na análise das estatísticas vitais, com novos métodos e abordagens a fim de acompanhar as doenças não transmissíveis, as violências e os fatores de risco comportamentais. (MACINKO, 2015).

Os gestores dos serviços de saúde devem conhecer sobre a logística da Vigilância em Saúde, e que tenham a possibilidade de debater temas da Vigilância em saúde em reuniões técnicas. O perfil profissional para o gestor requer e profissionais de nível universitário responsáveis por este setor. É um serviço prioritário na atenção à saúde e o perfil do profissional que deve analisar informações e ser um multiplicador delas, repassando as informações com agilidade em todos os níveis com o objetivo de que as medidas de controle necessárias sejam realizadas com rapidez e qualidade. (BOCCATTO, 2016).

No que diz respeito aos desastres, este possui a natureza interdisciplinar e intersetorial o que impõe a saúde coletiva possuir uma visão amplificada do mesmo e ainda atentar para formulação de políticas e ações que interfiram de forma direta em seus determinantes sociais e ambientais. (FREITAS *et al.*, 2014).

A intersetorialidade se define como forma de gestão desenvolvida por meio sistematizado de articulação, planejamento e cooperação entre os setores da sociedade e políticas públicas a fim de intervir nos determinantes sociais. Seus princípios são a corresponsabilidade, a cogestão e a coparticipação entre os diversos setores e políticas a favor de um projeto comum. Além disso, tem a função de construir uma prática para enfrentar limites da cultura organizacional, é marcada por ações isoladas e setorializadas em que produtos e ações são ofertados de maneira separados. (BRASIL, 2012b).

Em pesquisa realizada por Silva *et al* (2014) em que o objetivo foi analisar a intersetorialidade no âmbito socioambiental de promoção da saúde, foi demonstrado que existe certo distanciamento entre os discursos de gestor e coordenador das práticas de promoção da saúde em que a intersetorialidade é praticada por meio de deliberação política e a sua efetivação se dá no cotidiano dos municípios. Percebe-se a exclusão dos sujeitos responsáveis pelo desenvolvimento das ações e que o planejamento da intersetorialidade se dá no nível macro a da gestão da saúde.

A intersetorialidade é uma prática social construída para interpor-se a cultura organizacional, em que são realizadas ações isoladas e serviços, produtos e ações são dicotômicos. Refere-se a uma estratégia que articula saberes e práticas para se obter confluência dos recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais e no estabelecimento de relações de poder. (BRASIL, 2012b).

O monitoramento refere-se a um processo de avaliação em que tem a coleta, processamento e análise de forma sistemática e periódica das informações e indicadores, Esse monitoramento tem como objetivo a observar atividades e ações a fim de atingir o planejado e resultados esperados, é uma ferramenta para a retroalimentação do planejado e ações. (BRASIL, 2012b).

Já o conceito de vulnerabilidade, bastante discutido nas rodadas da técnica Delphi, tem como foco o conjunto dos aspectos sociais, políticos e culturais em contextos específicos com risco para maior ou menor exposição a doenças e agravos à saúde. A vulnerabilidade está associada a condição econômica, informação, questões da educação e recursos materiais e ainda, influência nas decisões políticas.

Faz-se necessário considerar que existem grupos que são definidos no contexto histórico que tem mais chance a situação de vulnerabilidade e certas doenças e agravos. (BRASIL, 2012b).

Estudos têm utilizado o termo vulnerabilidade evidenciando a sua multidimensionalidade em vários campos do saber como nas ciências naturais, sociais, geografia, demografia, economia, saúde e bioética, o que mostra a diversidade de abordagens e polissemia de definições o que proporciona ampla utilização do termo e é delimitado conforme a área que o mesmo é utilizado. (SCHUMANN; MOURA, 2015).

Vale destacar que, sobre o quinto domínio, no atendimento as necessidades de saúde têm-se duas dimensões, a equidade horizontal, com o conceito de tratamento igual para pessoas com situação igual de saúde e, a equidade vertical, na perspectiva de tratamento apropriadamente desigual para as pessoas que se encontram em situações distintas de saúde. Assim, para se conseguir a promoção da equidade existe a necessidade de acesso a ambientes favoráveis e informação, desenvolvimento de habilidades e oportunidades na tomada de decisão para estilo de vida mais saudável. (BRASIL, 2012b).

No sexto domínio, saúde internacional e global, sobre o tema, o termo saúde global tem sido preferido no contexto da saúde internacional. No final do século XIX e início do século XX, a saúde internacional era um termo usado com frequência, principalmente com o foco no controle de epidemias ultrapassando fronteiras entre as nações, internacionalmente. (BROWN; CUETO, 2006).

As questões referentes à saúde e relações internacionais, no fim da primeira década do século XXI, recebem uma nova configuração e ganham impulso, incorporando novos temas e necessitando novas abordagens nessa realidade nova como o caso da saúde global, a governança global em saúde, a diplomacia da saúde, a saúde na política externa nacional, a saúde e a segurança nacional e internacional. Esses assuntos despertam a atenção da academia e governos e outros atores locais, regionais, internacionais e globais e essa interrelação dessas áreas é recomendada na Declaração Ministerial de Oslo: "*Global Health: a pressing foreign policy issue of our time*", no ano de 2007, surge daí o termo Diplomacia da Saúde. (ALMEIDA, 2010b).

Com relação às políticas e prática de saúde pública, o termo intergovernamental refere-se às relações entre governos de nações soberanas. Já a saúde global aponta para as necessidades de saúde da população do planeta, além dos interesses particulares. O termo global chama a atenção para a importância dos atores adiante de agências e organizações governamentais e intergovernamentais.

Apreende-se assim que os termos internacional, intergovernamental e global não são excludentes e sim complementares. (BROWN; CUETO, 2006).

Na construção de uma agenda para a saúde global, as fronteiras geográficas não devem ser consideradas, mas, as fronteiras geopolíticas não devem ser desconsideradas, pois, distinguem as relações de poder entre estados nacionais, com consequente maior ou menor mobilização de recursos para defender seus interesses particulares e negociação de novas parcerias e alianças em situações especiais. (ALMEIDA, 2010a).

Os resultados da fase de aplicação do instrumento aos profissionais de saúde que atuam em cargos de gestão na saúde pública privada, destaca-se que o sexto domínio apenas uma competência atingiu a concordância estipulada, o que demonstra que na prática profissional, este tema não tem sido tratado. O que chama atenção é que a coleta de dados foi realizada em contexto de fronteira.

Nesta direção, Levino e Carvalho (2011) refere que o sistema de saúde apesar de evidenciar as relações de poder no setor da saúde e os determinantes externos, não consideram a singularidade dos processos nesse campo, pois inexistem um sistema que possa ser reproduzidos em tempos e lugares diferentes, e que o que pode ser observado são generalidades. As divergências e convergências no sistema nacional de saúde na formas de escolha de estratégias para solucionar problemas comuns nas regiões de tríplex fronteira. Frente ao fato, as competências em saúde global são essenciais para subsidiar os gestores a tomada de decisão em contexto com tantas especificidades.

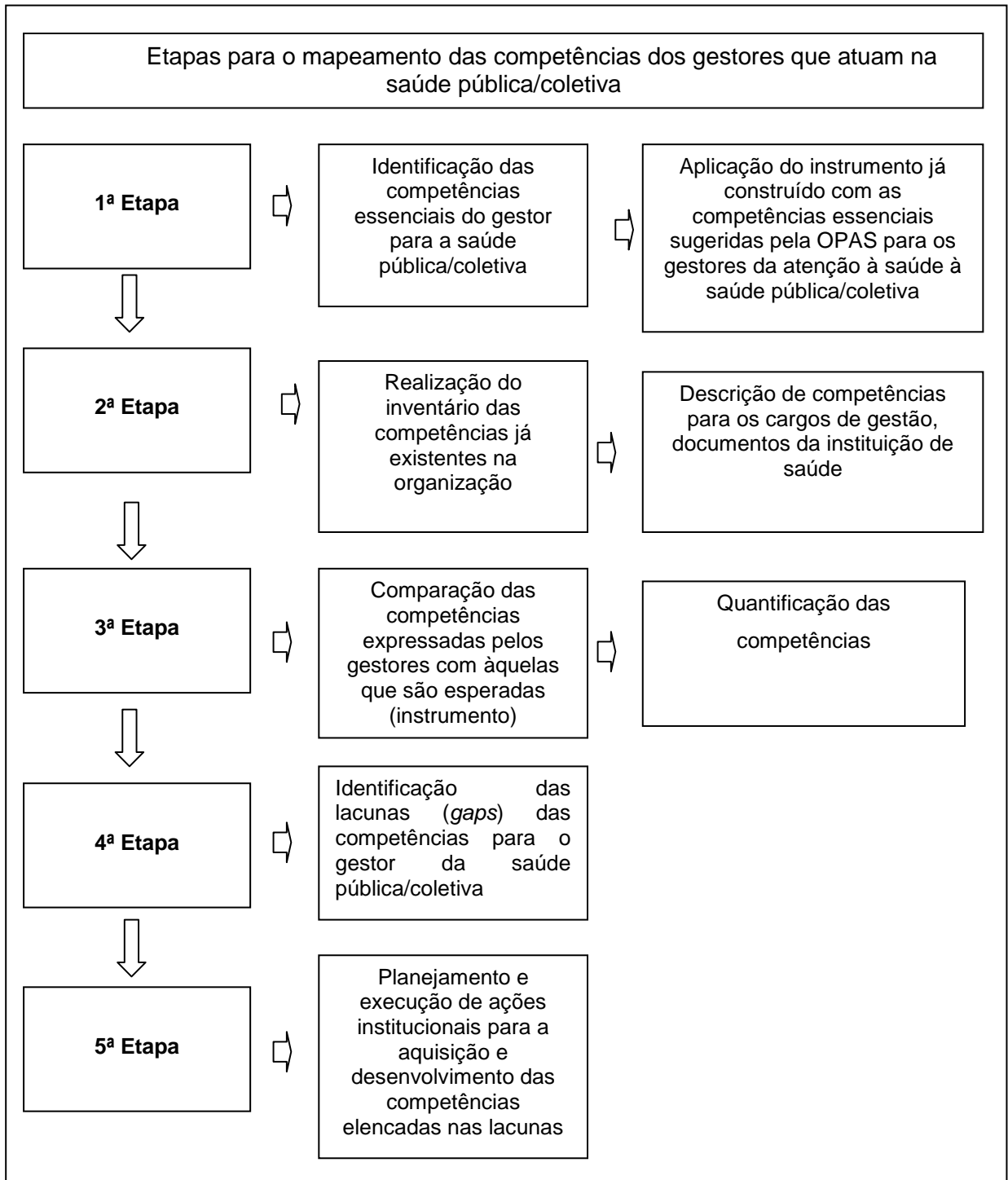
Os outros domínios que merecem destaque são o segundo, primeiro e terceiro, no qual apresentou também baixo nível de concordância. As competências do segundo domínio, vigilância e controle de riscos e danos, trata-se de uma área em que o objetivo central é intervir nos riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde. A complexidade dessa área configura-se para o gestor um enorme desafio já que este necessita para a sua operacionalização, a articulação de um vasto conjunto de conhecimentos e habilidades a fim de desenvolver competências para a coordenação de projetos de intervenção para a proteção de saúde da população. (Brasil, 2007).

Os resultados que demonstram a dificuldade em que os gestores percebem em sua prática sobre os domínios, o que sucinta reflexão acerca dos dados de

caracterização desses em que uma parte (22,2%) que atuam em cargos de gestão possuíam ensino médio completo.

Frente ao exposto, o quadro (QUADRO 26) apresenta-se uma proposta para o mapeamento das competências essenciais dos gestores da saúde pública/coletiva:

QUADRO 26 – PROPOSTA PARA O MAPEAMENTO DAS COMPETÊNCIAS DOS GESTORES QUE ATUAM NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA A PARTIR DOS RESULTADOS DA PESQUISA.



FONTE: DADOS DA AUTORA, 2015.



## 6 CONCLUSÕES

### 6.1 QUANTO À TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PÚBLICA DA REGIÃO DAS AMÉRICAS

O documento *Marco Regional de Competências Essenciais en Salud Pública para los Recursos Humanos em Salud de la Región de las Américas* foi traduzido e adaptado ao contexto brasileiro e o procedimento seguiu diretrizes internacionais. Este estudo permite a utilização das competências traduzidas e adaptadas ao contexto brasileiro como um referencial sobre o que se esperar dos recursos humanos que atuam na atenção à saúde pública no Brasil, já que ele define conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas com essa área.

### 6.2 SOBRE A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI AOS ESPECIALISTAS EM GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

A primeira rodada apenas 21 (37,5%) competências atingiram o consenso de 70% de concordância total e 35 (62,5%) não chegaram a esse índice. Na segunda das 35 competências que foram submetidas à análise dos juízes na segunda rodada, 23 (65,7%) obtiveram o consenso estabelecido de 70% de concordância total e doze (34,3%) competências não atingiram o consenso entre os juízes. Na terceira rodada cinco (41,7%) competências não atingiram o consenso de 70% de concordância entre os especialistas e sete (58,3%) atingiram o consenso entre eles.

Na avaliação da primeira rodada com a segunda o teste de correlação entre os itens os coeficientes foram significativos ao nível de 5% ( $p\text{-valor} > 0,05$ ), juízes que concordavam totalmente que as competências essenciais para os recursos humanos para a saúde pública sugeridas pela OPAS para o mapeamento de competências do gestor que atua na saúde pública/coletiva na primeira rodada, mantiveram essa opinião na segunda rodada menos as competências C5D1, C10D2, C3D6 e C4D6 constatou-se uma correlação significativa ( $p\text{-valor} < 0,05$ ) e positiva (diferente de zero) entre as respostas da primeira e segunda rodada. Na avaliação entre segunda e terceira rodada cinco itens não apresentaram uniformidade de opinião entre a

segunda e terceira rodada, sem correlação significativa (p-valor > 0,05): C8D2, C10D2, C11D2, C5D6 e C8D6.

Na avaliação das três rodadas foi analisada com o teste de concordância de W de Kendall evidenciou concordância baixa (coeficientes < 0,12) praticamente todos os coeficientes W de Kendall foram significativos (p-valor < 0,05), a opinião dos especialistas do painel foi convergente nas três rodadas no para estas competências essenciais do gestor em saúde pública. A exceção foi o item C11D2 que apresentou um coeficiente  $W=0,019$  (p-valor=0,196), o demonstra que as opiniões dos respondentes não foram convergentes nas três rodadas no que se refere essa competência essencial para o gestor de saúde pública.

### 6.3 RESULTADOS DA VERIFICAÇÃO DO PODER DE INTERPRETAÇÃO DO INSTRUMENTO

Na aplicação piloto do instrumento para os gestores que ocupavam algum cargo de gestão na saúde pública 56 competências, 29 (51,8%) não atingiram consenso de concordância total de 70% e 27 (48,2%) foram consideradas desenvolvidas pelos gestores em sua prática.

No primeiro domínio cinco (56,6%) competências não atingiram a concordância estabelecida e foram: C1D1, C2D1, C4D1, C5D1, C6D1. No segundo domínio, nove (64,3%) competências não atingiram o consenso entre os gestores: C2D2, C3D2, C8D2, C9D2, C10D2, C11D2, C12D2, C13D2, C14D2. As competências do terceiro domínio que não atingiram a concordância estabelecida foram cinco (50%): C2D3, C5D3, C8D3, C9D3, C10D3. No quarto domínio apenas uma não atingiu 70% de concordância entre os gestores, a C4D4.

No quinto do domínio foram duas que não atingiram (25%): C2D5, C6D5 e seis (75%) e no sexto domínio das oito, sete (87,5%) não atingiram consenso estabelecido pelo pesquisador: C1D6, C2D6, C3D6, C4D6, C5D6, C6D6, C8D8.

#### 6.4 SOBRE A COMPARAÇÃO DA OPINIÃO ENTRE OS ESPECIALISTAS EM GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA E GESTORES QUE ATUAM NOS NÍVEIS DE GESTÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

A análise da comparação da opinião com os dados dos gestores da saúde pública/coletiva (n=36) e dos especialistas na primeira rodada (n=130) foi realizada pelo teste Mann-Whitney (U) apenas no item C3D3 o p-valor ficou abaixo de 0,05 (U=1698; p-valor=0,01) as opiniões de especialistas e dos gestores não são iguais. Assim, na maioria dos itens a opinião dos dois grupos foram convergentes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se desenvolveu pela necessidade de se construir um instrumento para mapear as competências essenciais para gestores que atuam na saúde pública coletiva. Nesse sentido foram apresentadas as competências essenciais para recursos humanos em saúde pública na região das Américas, por entender que essas são substancialmente fundamentadas para esse fim e os domínios e competências após a tradução e adaptação mostraram-se aplicáveis no contexto do SUS no Brasil.

O documento *Marco Regional de Competências Essenciais en Salud Pública para los Recursos Humanos en Salud de la Región de las* traduzido possui potencial de aplicação e utilização na produção de conhecimento e nas várias dimensões da prática profissional da saúde coletiva/pública no Brasil e na colaboração para a melhoria da atenção à saúde prestada à população. Sugere-se pesquisas futuras sobre a utilização desse referencial de competências na atenção à saúde coletiva/pública.

O mapeamento de competências proposto pela presente pesquisa é uma ferramenta de gestão a fim de subsidiar decisões para recrutamento e seleção, ações de educação permanente, avaliação de desempenho e advindas do, favorecendo o fortalecimento da gestão de pessoas nessa área. A partir disso, planejar e traçar estratégias com foco na formação e o desenvolvimento das pessoas que atuam na atenção primária à saúde no nível regional e nacional.

A técnica Delphi foi utilizada nesta pesquisa para averiguar a concordância da opinião de especialistas sobre a pertinência das competências essenciais sugeridas pela OPAS para o mapeamento de competências de profissionais de saúde que atuam em cargos de gestão na atenção à saúde pública/coletiva. O resultado das várias análises estatísticas evidenciou que todas as competências podem ser utilizadas num instrumento para esse fim.

O método escolhido para responder a questão de pesquisa: As competências descritas no Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública para os recursos humanos em saúde de região das Américas sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde podem ser usadas para mapear as competências do gestor que atua na saúde pública/coletiva no Brasil. Vale destacar o caráter de abrangência nacional da validação do conteúdo das competências

essências, pois, todas as regiões do país foram contempladas com a participação dos experts em gestão em saúde pública/coletiva.

Muitos desafios foram superados na execução do estudo, entre eles pode-se citar o contato com os especialistas em gestão da saúde pública/coletiva e com os gestores dessa área na região de aplicação do instrumento, bem das desistências durante a coleta de dados.

O estudo demonstrou alta média de concordância dos especialistas quanto às competências essenciais em saúde pública propostas pela OPAS que foram traduzidas e adaptadas a realidade do contexto de saúde pública do Brasil.

Como limitação da pesquisa tem o fato de que não foi testado para a validação do instrumento com uma população estatisticamente aceitável para o procedimento metodológico de construção e validação de instrumentos. Mas a pesquisa mostrou a possibilidade de utilização e uma proposta para o mapeamento de competências, lançando vislumbres do comportamento do instrumento quando aplicado na população alvo, que no caso, refere-se aos profissionais de saúde que ocupam cargos de gestão.

Como perspectiva para pesquisas futuras sugere-se a aplicação do instrumento construído, numa amostra mais representativa, e testes estatísticos mais sofisticados a fim de verificar a qualidade da escala da psicométrica, com análise fatorial do instrumento com a população de gestores da atenção à saúde pública/coletiva.

Além disso, como rumo para novas pesquisas analisar as Diretrizes curriculares para o ensino dos profissionais da área da saúde, a fim de comparar os Projetos Pedagógicos dos cursos e planos de ensino das disciplinas com as 56 competências descritas no documento da OPAS.

Vale considerar a necessidade de uma política de Educação Permanente numa perspectiva de mão dupla, pois a organização de saúde tem papel importante para o desempenho destas competências, para tal utilizar o mapeamento de competências e assim investir na diminuição dos gaps que podem surgir desta técnica. Pode inferir que o mapeamento contribui para a definição das ações de Educação Permanente na organização.

Desta forma, pode-se afirmar com os resultados dessa pesquisa que o instrumento construído é válido para o mapeamento de competências dos gestores que atuam na saúde pública/coletiva. Sendo assim, outros pesquisadores poderão

utilizar o instrumento construído para o mapeamento de competências e validá-lo com maior confiança de que os itens em cada domínio estarão medindo o que se pretende.

## REFERÊNCIAS

- ALLEGGRANTE, J.P. *et al.*; Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Disponível em: <<http://salutare.ee/files/dokumendid/Galway%20Consensus%20Conference%20Statement.pdf>> Acesso em: 18/04/2016.
- ALMEIDA, C. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.148-164, mar., 2010a.
- ALMEIDA, C. Editorial. Saúde Global e Diplomacia da Saúde: um início de diálogo entre saúde e relações internacionais. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.1-2, mar., 2010b.
- ANTUNES, Marcelo Moreira. Técnica *Delphi*: metodologia para pesquisas em educação no Brasil. **Rev. educ. PUC-Camp.**, Campinas, 19(1):63-71, jan./abr., 2014.
- BEATON, D. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **THE SPINE Journal**, v. 25, n.24, p: 3186 -3191, 2000.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & *QuickDASH* Outcome Measures. Institute for Work & Health. Revised June 12, 2007.
- \_\_\_\_\_. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. New York: American Academy of Orthopedic Surgeon, Institute for Work & Health; 2002.
- BENAVIDES, F. G. *et al.* . Las competencias profesionales en Salud Pública. **Revista Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 3, jun., 2006.
- BERNARDO, E.B.R; CATUNDA, H. L. O.; OLIVEIRA, M. F.; LESSA, P.R. *et al.* Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 592-598, Aug. 2013.
- BOCCATTO, M. **Vigilância em saúde**. Curso Especialização em Saúde da Família. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade11/unidade11.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade11/unidade11.pdf)> Acesso: 29/05/2016.

BRANDÃO, H. P.; BAHRY, C. P. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 79-194, Abr./Jun., 2005.

BRANDÃO, H. P. **Mapeamento de competência**: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Atlas, 2012.

BRANDÃO, H. P. *et. al.* Desenvolvimento e estrutura interna de competências gerenciais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26 n. 1, p. 171-182, Jan./Mar., 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem**. Brasília (DF); 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. DATASUS – **Cadastro nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=4108302593912](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4108302593912)> Acesso em: 10/04/2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_.a. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_.b. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde, 2011-2015: resultados e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento



de Monitoramento e Avaliação do SUS. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 184 p. : il.

\_\_\_\_\_ a. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_ b. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BROWN, Th. M.; CUETO, M.; FEE, E.: A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 623-47, jul.-set. 2006.

CAMPOS G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro agosto, v.15, n.5, p. 2337-2344, 2010.

CARBONE, Pedro Paulo; BRANDÃO, Hugo Pena; LEITE, João Batista Diniz. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

CARBONE, Pedro Paulo; BRANDÃO, Hugo Pena; LEITE, João Batista Diniz. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. 3 ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

CARVALHO, A. L. B. *et al.*, Souza Maria de Fátima, Shimizu Helena Eri, Senra Isabel Maria Vilas Boas, Oliveira Kátia Cristina de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência saúde coletiva**. v.17, n.4, p: 901-911, 2012.

CASSIANI, S.H.D.B. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. [Editorial]. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.22, n 6, p:891-2, 2014.

CONEJERO, J. S., *et al.* Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, n.34, v.1, p. 47- 53, 2013.

COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Paraná**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html) Acesso 24 maio de 2016.

COSTA, Iris do Céu Clara; ARAUJO, Maria Neile Torres de. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1181-1189, 2011 .

CROZETA, Karla. **Validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão no Brasil**. Curitiba, Paraná (tese de doutorado), 2013.

CLIFT, C. **The Role of the World Health Organization in the International System**. Working Group on Governance. February. 2013. Disponível em: <[https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Global%20Health/0213\\_who.pdf](https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Global%20Health/0213_who.pdf)> Acesso em: 18/05/2014.

DALAZEN, T.; FILLIPIIM, S. Gestão da saúde pública: os desafios dos gestores municipais do meio oeste de Santa Catarina. **Revista dos Mestrados profissionais**, v.2, n. 2, 2013.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista gestão organizacional**. v.6, edição especial, p: 161-174, 2013.

DURO, Carmem Lucia Mottin. **Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros**. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (Tese – doutorado), 2014.

DUTRA, Joel de Souza; FLEURY, Maria Tereza; RUAS Roberto. **Competências: conceitos, métodos e experiências**. 1 ed., 4. Reimp., São Paulo:Atlas, 2013.

DUTRA, Joel de Souza. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. 1 ed., 11 reimp., São Paulo: Atlas, 2013.

DUTRA, Joel de Souza. Formação e Desenvolvimento de Quadros Técnico para o Setor Siderúrgico. Estudo Prospectivo do Setor Siderúrgico: 2008. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008. Disponível em: [http://www.abmbrasil.com.br/epss/arquivos/documentos/2011\\_4\\_19\\_9\\_3\\_32\\_65375.pdf](http://www.abmbrasil.com.br/epss/arquivos/documentos/2011_4_19_9_3_32_65375.pdf) Acesso: 11/09/2015.

FARO, A. C.M. e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.1, p. 259- 73, ago. 1997.

FELLI V.E.A; PEDUZZI M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT. P. *et al.* **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERREIRA, Lucilene; NEVES, Angela Nogueira; CAMPANA, Mateus Betanho; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Fernandes. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. *Revista Avaliação Psicológica*, 2014, n.13, v. 3 , p: 457 - 461.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de administração contemporânea**, Rio de Janeiro, v.5, n. spe, p. 183-196, 2001.

FLEURY A.; FLEURY M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências: Um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. 3 ed., 4ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

\_\_\_\_\_. A construção do modelo de competência no contexto brasileiro (Apresentação). In: ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.

FORTES, P. A. C., RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Revista Saúde Sociedade**. 2014;239(2):366-375.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. Secretária Municipal de Saúde. **Estrutura Organizacional**. [Internet]. Disponível em: <<http://www.pmfri.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=303>> Acesso em: 23/09/2013.

FOZ DO IGUAÇU. PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **DECRETO Nº 22.166, DE 14 DE MAIO DE 2013**. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a/pr/f/fozdoiguacu/decreto/2013/22166/22166/decreto-n-22166-2013-dispoe-sobre-a-estrutura-administrativa-relativa-as-unidades-de-terceiro-nivel-hierarquico-subordinadas-as-diretorias-que-passa-a-vigorar-na-forma-do-disposto-neste-decreto-bem-como-a-implantacao-do-sistema-de-siglas-da-prefeitura-municipal-de-foz-do-iguacu-2013-05-14.html>> Acesso em: 23/09/2013.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira; SHIMIZU, Helena Eri. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-674, Aug. 2012.

FREITAS, C.M., SILVA, D.R.X., SENA, A.R.M., SILVA, E.L.; SALES, L.B.F., CARVALHO, M.L. *et al.* Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**;19(9):3645-3656, 2014.

GARCÍA, M. O.; PADRÓN, E.I.G.; REYES, E. C. Metodología para la determinación de competencias específicas a incluir en los perfiles profesionales del sector salud. **Revista Congreso Universidad Havana**, Cuba, v. 1, n. 2, 2012.

GUILLEMIN, F; BOMBARDIER, C; BEATON, D. Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal Clinical Epidemiology**; v.46, n.12, p:1417-32, 1993.

GIOVINAZZO, Renata A. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet: Vantagens e Ressalvas. **Administração On Line Prática - Pesquisa – Ensino**. Volume 2 - Número 2 (abril/maio/junho - 2001).

GUILLEMIN, F; BOMBARDIER, C; BEATON, D. Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal Clinical Epidemiology**; v.46, n.12, p:1417-32, 1993.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Translation and cross-cultural adaptation of instruments to the Brazilian Portuguese language. **Revista Pro Fono**. v.20, n.3, p:207-10, 2008.

HICKS, Carolyn M. **Métodos de investigação para terapeutas clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise**. 3ª ed. Loures, Portugal. Lusociências: 2006.

HIRATA, Helena. Introdução. In: FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. **Estratégias empresariais e formação de competências: Um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. 3 ed., 4ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

HMCC. Hospital Ministro Costa Cavalcanti. **Institucional**. Disponível em: < <http://www.hmcc.com.br/institucional.php>>. Acesso em 05/05/2013.

INSTITUTO NACIONAL DE OPERAÇÕES ESPACIAIS. **Saúde global para um planeta sob pressão: Transição para a sustentabilidade: desafios interligados e soluções**. Conferência Internacional Planet under Pressure: New Knowledge Towards Solutions, 2012. Disponível em: [http://www.inpe.br/igbp/arquivos/Health\\_FINAL\\_LR-portugues.pdf](http://www.inpe.br/igbp/arquivos/Health_FINAL_LR-portugues.pdf)> Acesso em: 22/05/2015.

JUST, S. E.; LOBO, E.; BERNARDINI, I. S. **A Busca de Competências Ideais para os Gestores das Unidades Básicas de Saúde**. In: PEREIRA, Maurício Fernandes *et al.* (Org.). Contribuições para a Gestão do SUS. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013.

KEENEY, S.; HASSON, F.; McKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. (2006) **Journal of Advanced Nursing**, 53(2), 205–212.

KUENZER AZ. As relações entre conhecimento tácito e conhecimento científico a partir da base microeletrônica: primeiras aproximações. **Educar**, Curitiba: Editora UFPR. Especial, p. 43-69, 2003.

LE BORTEF, G. **Desenvolvendo a competências dos profissionais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 5, p. 490-500, Nov. 2011.

MACHADO, C.V., LIMA, L.D.; BAPTISTA, T. W. F.. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM R., GRABOIS, V., MENDE JUNIOR, W.V, organizadores. Qualificação dos gestores do SUS. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.47-72.

MACINKO, J. **Advances in Brazilian public health surveillance**. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):628-629, 2015.

MANENTI, S. A. *et. al.* O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 3, p: 727-733, Jun, 2012.

MININELI V.A, FELLI V.E.A. Gestão da qualidade de vida no trabalho. In: **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Gestão**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, n. 1, v.3, p. 83-111, 2012.

MINAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão Superintendência Central de Política de Recursos Humanos. **Ampliação da Profissionalização dos Gestores Públicos**. 2007. Disponível em:

< [http://www.uemg.br/downloads/cartilha\\_perfil\\_gestores.pdf](http://www.uemg.br/downloads/cartilha_perfil_gestores.pdf)> Acesso: 26/05/2016.

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L. B.; CAVALCANTE, C. G. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciência saúde coletiva**. v.17, n.4, p: 913-920, 2012.

MUNARETTO, L. f.; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista Administração UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, JAN./MAR. 2013.

OLIVEIRA J.S *et al.* The tools of the social control. **Revista enfermagem UFPE**. Jan; v.7, n.1, p:192-198, 2013.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Iniciativa “Saúde pública nas Américas: Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública**, 2001. Disponível em:

<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=736&Itemid=801](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=736&Itemid=801)> Acesso em: 02/08/2014.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **La Salud pública em lãs Americas: Nuevos conceptos, análisis Del desempeño y bases para la Acción**, Washington, D.C: OPS, 2002. Disponível em:

<[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)> Acesso em: 10/03/2014.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. **La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional**. Washington, Biblioteca Lascasa, 2005. Disponível em:

< <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.pdf>> Acesso em: 01/02/2014.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento. Washington, DC: OPS; 2007.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. **Metodología para um marco regional de competências del personal sanitario em las américas**. 1 er Taller Regional. Mexico, 25 – 27 de agosto, 2010.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. **Taller para La “Aptacion y fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública (FESP)**. San Salvador, El Salvador, 28 – 30 de junho, 2011.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la salud. **Competencias esenciales em salud pública: um marco regional para las Américas**. Washington, DC: OPS, 2013.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. **Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe**: evaluación y fortalecimiento. Washington, D.C: OPS, 2007. Disponível em: <[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Capacidades\\_Salud\\_Publica\\_ALC-Evaluacion\\_Fortalecimiento.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Capacidades_Salud_Publica_ALC-Evaluacion_Fortalecimiento.pdf) > Acesso em: 13/07/2013.

\_\_\_\_\_. Organização Pan Americana de Saúde .Serviços de saúde baseados no cidadão. **Gestão Participativa**. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1743:gest-ao-participativa&catid=989:bra-02-a-principal&Itemid=730](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1743:gest-ao-participativa&catid=989:bra-02-a-principal&Itemid=730)> Acesso 27 maio 2016.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Porto Alegre, v.15, n. 3, p: 492-9, julh./set, 2006.

PERES, A. M.; MONTEZELI, J. H.; KALINOWAKI, C. E.; CUNHA, I .C. K. O. Competências gerenciais do enfermeiro. In: **PROENF GESTÃO**, n.1, v.2, p. 9-32, 2011.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, n. 68, p. 79-93, 1990.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. & VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18 (Suplemento), p:181-190, 2002.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem, 7th Edition. ArtMed, 2015.

POWELL, C. **The Delphi technique**: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**. V.41, n. 4, p: 376–382 377, 2003.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Core Competencies for Public Health in Canada**. Release 1.0. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2008.

RAMOS, L. H. D.; GRIGOLETTO, M. V. Gestão de serviços de saúde. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade14/unidade14.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade14/unidade14.pdf). Acesso em: 09/03/2016.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**. 2007, vol.41, n.4, p: 665-673, 2007.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.12, p:4829-4839, 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. f. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde (RAS)** v. 15, n. 58, Jan-Mar, p:2 – 12, 2013.

SILVA, M. G. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios**: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHUMANN, L. R. M. A.; MOURA, L. B. A. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p: 2105-2120, 2015.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 33, n.3, p:207 -16, set, 1999.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. f. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde (RAS)** v. 15, n. 58, Jan-Mar, p: 2 – 12, 2013.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**. v. 126, n. 1,Suplemento 1, p:124-8, 2004.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência saúde coletiva**.v. 17, n. 4, p: 821-828, 2012.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. **Descentralização da Saúde no estado do Tocantins**: Um recorte histórico/ Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas -TO: Secretaria de Estado da Saúde Tocantins, 2015.

VALDÉS, M. G.; MARIN, M. S. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. **Revista Cubana de Salud Pública**. 2013; 39(2). Disponível em: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39\\_2\\_13/spu07213.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu07213.htm)> Acesso: 13/07/2015.

VALE, E.G; OLIVEIRA S. C. Ferramentas de gestão em Enfermagem. In: **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Gestão**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, n.1, v.3, p: 41-82, 2012.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 55-65, 2000.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.



## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 - EMAIL CONVITE PARA ESPECIALISTA DO PAINEL

Prezado pesquisador

Sou a pesquisadora responsável pelo projeto de tese de doutorado intitulado: **COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA MAPEAMENTO** sob orientação da Profa. Dra. Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres.

A pesquisa tem como objetivo Geral identificar as competências requeridas, as competências desenvolvidas e os *gaps* de competências dos gestores que atuam na atenção à saúde em região de fronteira e como objetivos Específicos traduzir e adaptar à realidade brasileira o documento Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública para os recursos humanos em saúde de região das Américas de Conejero *et. al.* (2013), adotado pela Organização Pan-Americana de Saúde e ainda, construir e validar um instrumento para mapear as competências a partir do documento referido, traduzido e adaptado à realidade brasileira.

Solicito a sua valiosa colaboração para a realização de validação do instrumento criado para mapear competências de gestores em saúde coletiva. Caso concorde em participar da pesquisa enviarei maiores informações e solicito sua ajuda para indicar possíveis especialistas em saúde coletiva para participarem da pesquisa.

Agradeço a atenção.

Maria de Lourdes de Almeida - Aluno do Curso de Doutorado em Enfermagem/UFPR.

Fone: 45-9931. 6064

E-mail: m\_lourdesdealmeida@yahoo.com.br

## **APÊNDICE 2 - EMAIL LEMBRETE PARA OS ESPECIALISTAS PARTICIPANTES DO PAINEL**

Prezado pesquisador,

Esta mensagem é para lembrá-lo do preenchimento do questionário da 3ª e última rodada da pesquisa Delphi: **Marco Regional de competências essenciais em saúde pública para os recursos humanos em saúde da Região das Américas.**

**Link: <https://pt.surveymonkey.com/r/comp3rodada>**

Agradecemos antecipadamente a sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

**Maria de Lourdes de Almeida e Dra. Aida Maris Peres**

### **APÊNDICE 3 - EMAIL PARA PRORROGAÇÃO DO PRAZO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

#### **Prorrogação prazo participação em pesquisa Delphi sobre competências gestão em saúde coletiva – 3ª rodada**

Prezado pesquisador lembramos que hoje é prazo estabelecido para preenchimento do questionário da 3ª e última rodada para validação das competências essenciais em saúde pública referente à pesquisa Delphi: **Marco Regional de competências essenciais em saúde pública para os recursos humanos em saúde da Região das Américas.**

Caso não tenha tido tempo para o preenchimento ampliamos o prazo para até dia: ...../...../..... para podemos contar com sua colaboração.

Basta acessar o link abaixo

**<https://pt.surveymonkey.com/r/comprodada>**

Agradecemos antecipadamente a sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

**Maria de Lourdes de Almeida e Dra. Aida Maris Peres**

## APÊNDICE 4 - EMAIL CONVITE E ORIENTAÇÕES PARA OS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

### Convite para participar de pesquisa sobre competências para gestão em saúde pública/coletiva

#### Prezado Gestor

Sou professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Foz do Iguaçu e pesquisadora do projeto de tese de doutorado intitulado: **Competências essenciais de gestores que atuam na atenção à saúde pública/coletiva**, sob orientação da Profa. Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres.

A pesquisa tem como objetivo Geral identificar as competências requeridas, as competências desenvolvidas e os *gaps* de competências dos gestores que atuam na atenção à saúde pública/coletiva e como objetivos Específicos traduzir e adaptar à realidade brasileira o documento Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública para os recursos humanos em saúde de região das Américas de Conejero *et. al.* (2013), adotado pela Organização Pan-Americana de Saúde e ainda, construir e validar um instrumento para mapear as competências a partir do documento referido, traduzido e adaptado à realidade brasileira.

Solicito a sua valiosa colaboração para preenchimento do questionário da pesquisa, na plataforma *survey Monkey*, de preenchimento *on line*. Basta clicar no **link** descrito abaixo que você será direcionado diretamente ao instrumento que tem instruções para o preenchimento. Em caso de dúvida pode contatar-me pelos e-mails:

E-mail: [m\\_lourdesdealmeida@yahoo.com.br](mailto:m_lourdesdealmeida@yahoo.com.br) ou [almeida.ml.08@gmail.com](mailto:almeida.ml.08@gmail.com) a qualquer hora.

Segue anexa a esta mensagem o documento de aceite da secretária para a realização da pesquisa e o parecer de aprovação da pesquisa no comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Paraná.

**Clique aqui** → <https://pt.surveymonkey.com/r/competenciasgestores>

Agradeço a atenção.

Maria de Lourdes de Almeida - Aluno do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Profa. Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres – Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná.

## APÊNDICE 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria de Lourdes de Almeida e Aínda Maris Peres, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional que atua em cargo de gestão na atenção à saúde a participar de um estudo intitulado: Mapeamento de competência de gestores de saúde que atuam em Foz do Iguaçu, Tríplice Fronteira Brasil, Paraguai, Argentina. A sua participação é muito importante para a realização do mapeamento das competências requeridas pelo gestor que atua na área da saúde na região de fronteira.

Essa pesquisa tem como objetivo Mapear competências dos gestores que atuam na assistência à saúde em um município brasileiro de região de fronteira. Você será convidado a participar no seu local de trabalho, durante o expediente, com autorização da chefia do serviço para tal.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda um questionário que lhe será entregue no seu ambiente de trabalho, e com a sua autorização será mediante a assinatura deste documento. O tempo necessário para o preenchimento do questionário, o tempo necessário será um tomo de uma hora.

O preenchimento do questionário tem como objetivo identificar as competências necessárias para a sua atuação na assistência à saúde em Foz do Iguaçu. Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto de preencher o questionário, que poderá ser suspenso caso isto aconteça.

O benefício que se espera com a realização dessa pesquisa é elencar as competências requeridas para o trabalho dos gestores da saúde na região de fronteira e também identificar as lacunas dessas competências e fornecer material para as instituições, se assim quiserem, investigar em ações para melhoria do desempenho dos gestores. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

A pesquisadora Maria de Lourdes de Almeida, doutoranda, enfermeira e a Profª Drª Aínda Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira, responsáveis por essa pesquisa, poderão ser contatadas de 2ª a 6ª feira das 08:00 as 20:00 horas pelo e-mail: [m\\_lourdesdealmeida@yahoo.com.br](mailto:m_lourdesdealmeida@yahoo.com.br) ou [amaris@ufpr.br](mailto:amaris@ufpr.br), ou pelo telefone 45.9931.6064, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PR nº 8.32.463  
na data de 15/10/2014

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 - 2º andar - Alto da Glória - Curitiba-PR - C  
Tel (41) 3360-7259 - e-mail: [etica.saude@ufpr.br](mailto:etica.saude@ufpr.br)

Rubricas:  
Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto é feito de forma codificada, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão,

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa)

Foz de Iguaçu \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador:

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 832.463  
na data de 15/10/2014

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória - Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

## APÊNDICE 6 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO PARA AUTORA

**From:** [Maria Lourdes de Almeida](#)  
**Sent:** Friday, March 28, 2014 11:28 AM  
**To:** [jesconejero@hotmail.com](mailto:jesconejero@hotmail.com)  
**Subject:** instrumento do marco regional Competencias esenciales en salud pública

Prezada autora Juana Suárez Conejero,

Boa tarde,

Sou aluna do doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Brasil. Em minha tese irei trabalhar com competências de gestores que atuam na atenção à saúde em Foz do Iguaçu, Paraná, região de Tríplice Fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai.

Para execução da pesquisa, utilizarei como referencial metodológico as Competencias Esenciales en Salud Pública (FESP) e gostaria de utilizar as 56 competencias construídas do Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), descritas no instrumento do artigo: Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas, para construir o instrumento de coleta de dados e aplica-los para os gestores de saúde da região citada acima em minha pesquisa

Para tanto, peço a autorização dos autores para traduzir o instrumento referido e utilizá-lo.

Agradeço antecipadamente pela atenção e aguardo o retorno

Atenciosamente,

Doutoranda Maria de Lourdes de Almeida  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal do Paraná



## APÊNDICE 7 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRA TRADUÇÃO PARA OPAS

Em Quarta-feira, 3 de Setembro de 2014 17:43, Maria Lourdes de Almeida <m\_lourdesdealmeida@yahoo.com.br> escreveu:

Estimada Dra. Annela Auer:

Soy alumna de doctorado en Enfermería de la Universidad Federal del Paraná, Brasil.

Mi tesis consiste en las competencias de los gestores que actúan en la atención de la salud en Foz de Iguaçu, Paraná, Brasil, región de la Triple Frontera entre Brasil, Argentina y Paraguay.

Para ejecutar la investigación utilizaré como referencia metodológica las Competencias esenciales en Salud Pública (FESP) y me gustaría utilizar las 56 competencias presentadas en el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), descritas en el instrumento del artículo: Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas para construir el instrumento de recolección de datos y aplicarlos para los gestores de salud de la región citada arriba en mi investigación.

Solicité la autorización a la autora principal del artículo, Dra. Juana E. Suárez Conejero, la cual me orientó a contactarla para este fin.

De esta forma, pido la autorización de la Organización Pan Americana de Salud para traducir el instrumento referido y utilizarlo en la investigación de la tesis de doctorado.

Agradeciéndole de antemano por la atención prestada. Esperando su pronta respuesta,

Atentamente,

Alumna de Doctorado Maria de Lourdes de Almeida - PPGENF/ UFPR.  
Profesora Unioeste, Foz do Iguaçu, PR.

Miembro del Grupo de investigación de Salud colectiva, Unioeste.  
Miembro del Grupo de investigación de Políticas, Gestión y Prácticas de Salud, UFPR.

## ANEXOS

## ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO DA AUTORA

Em Sexta-feira, 28 de Março de 2014 17:11, Dra. Juana E. Suárez Conejero <jesconejero@hotmail.com> escreveu:

Estimada Maria Lourdes:

Nos da mucho gusto su interés en el marco regional de Competencias esenciales en salud pública.

El propósito principal con que hicimos este marco regional de competencias fue con el de contar con un instrumento para su uso y difusión en la región por ser utilizado por las instituciones que lo requirieran. No creo que exista ningún inconveniente para su traducción o utilización. No obstante, haré una consulta con la Organización panamericana de la salud, que fue la institución que dirigió este trabajo. La mantendré al tanto.

Saludos,

Dra. Juana E. Suárez Conejero  
PhD Soc. UC Lovaina. Bélgica.  
Grupo Avance Educativo. México.  
Id Skype: eduavance  
Página web: [www.eduavance.com](http://www.eduavance.com)

Enviado desde mi iPhone

---

**De:** Dra. Juana E. Suárez Conejero <[jesconejero@hotmail.com](mailto:jesconejero@hotmail.com)>  
**Data:** 1 de abril de 2014 14:55:40 BRT

**Para:** "Maria Lourdes de Almeida" <[m\\_lourdesdealmeida@yahoo.com.br](mailto:m_lourdesdealmeida@yahoo.com.br)>  
**Cc:** "Ms. Annella \ (WDC) Auer" <[aueranne@paho.org](mailto:aueranne@paho.org)>

**Assunto:** Re: instrumento do marco regional Competencias esenciales en salud pública

Estimada Maria Lourdes:

Tal y como le comenté entré en contacto con la Organización Panamericana de la Salud para que la apoyen en su solicitud. Copio este correo a Annella Auer, quien la guiará en sus gestiones. Por favor, le ruego ponerse en contacto con ella.

Saludos,  
Juanita

## ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO DA OPAS

Em Quinta-feira, 4 de Setembro de 2014 10:44, "Auer, Ms. Annella (WDC)" <aueranne@paho.org> escreveu:

Estimada Maria Lourdes,

Muchas gracias por su comunicación e interés en utilizar el documento referido. La Dra. Juana Suárez me había informado de su interés en el mismo y me complace que usted lo encuentra relevante para su tesis de investigación.

Para nosotros no existe ningún inconveniente en que usted utilice el instrumento para la investigación de tesis de doctorado. Además no hay inconveniente en que traduzca el instrumento al portugués.

Dicho lo anterior, agradecería nos enviara su propuesta de investigación para conocerla de antemano además de, posteriormente, poder tener retroalimentación de usted sobre su experiencia con la aplicación del instrumento ya que nos sería de mucho valor. Finalmente, agradeceríamos recibir copia de su tesis final si le parece además de la traducción realizada. He informado a nuestra oficina de OPAS en Brasil quienes también expresaron interés en conocer los resultados de su estudio y estos documentos.

No dude en contactarme si tuviera cualquier pregunta adicional.

Atentos saludos,

Annella Auer  
Asesora de Recursos Humanos para la Salud  
Unidad de Recursos Humanos para la Salud  
Departamento de Sistemas y Servicios de Salud  
OPS/OMS  
[aueranne@paho.org](mailto:aueranne@paho.org)

**From:** Maria Lourdes de Almeida [mailto:m\_lourdesdealmeida@yahoo.com.br]  
**Sent:** Wednesday, September 03, 2014 4:43 PM  
**To:** Auer, Ms. Annella (WDC)  
**Subject:** Solicitud competencias esenciales en salud pública

**ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DA SMS PARA A PESQUISA****PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

*Senhor Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.*

O Secretário de Saúde do município de Foz do Iguaçu – Charles Bortolo - INFORMA autorização de pesquisa de condução do projeto “Mapeamento de competência de gestores de saúde que atuam em Foz do Iguaçu, Tríplice Fronteira Brasil, Paraguai, Argentina” sob a responsabilidade de **Maria de Lourdes de Almeida**, para coleta de dados junto às diretorias e coordenações da saúde municipal - tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final, em dezembro de 2015.

Estamos cientes de que os participantes da pesquisa serão os profissionais que ocupam cargos de gestão, ressaltando-se que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/ 2012 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Foz do Iguaçu, 17 de junho de 2014.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Charles Bortolo".

Charles Bortolo  
**Secretário da Saúde**  
Foz do Iguaçu

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ENDEREÇO: Av. Brasil, 1637 – sala 13 – Centro – 85851-000 - Foz do Iguaçu – Paraná  
TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: [saudefozdoiguacu@hotmail.com](mailto:saudefozdoiguacu@hotmail.com)

**ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE PARA A PESQUISA**

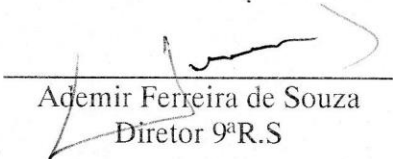
Senhor Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Declaramos que nós da Secretária Estadual de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª Regional), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Mapeamento de competência de gestores de saúde que atuam em Foz do Iguaçu, Tríplice Fronteira Brasil, Paraguai, Argentina” sob a responsabilidade de Maria de Lourdes de Almeida, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em dezembro de 2015.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão os profissionais que ocupam cargos de gestão, bem como de que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/ 2012 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

  
Ademir Ferreira de Souza  
Diretor 9ªR.S

ANEXO 5 - MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EM SALUD  
PÚBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA REGIÓN DE  
LAS AMÉRICAS

**REVISTA  
PANAMERICANA  
DE SALUD PÚBLICA**

**PAN AMERICAN  
JOURNAL OF  
PUBLIC HEALTH**

---

**Material suplementario / Supplementary material / Material supplementar**

---

**Supplementary material to:**

Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):47-53.

This material formed part of the original submission and has been peer reviewed.  
We post it as supplied by the authors.

## **ANEXO 1 - MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.**

### **DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.**

Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud

Competencias esenciales en análisis de situación de salud.

1. Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.
2. Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.
3. Establecer prioridades de salud pública para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud.
4. Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales.
5. Recomendar acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento que se genere a través de la investigación.



6. Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud.
7. Transferir conocimientos, experiencias y herramientas para el análisis de la situación de salud a través de supervisión capacitante, capacitación en servicio y educación permanente de la fuerza de trabajo y de los actores claves.
8. Identificar mecanismos de articulación, alianzas estratégicas y recursos entre sectores claves y disciplinas para promover el mejoramiento de los registros y las estadísticas de salud desde el nivel local hasta el nivel global.
9. Administrar la información, la investigación y los demás conocimientos relacionados con la práctica cotidiana para mejorar los resultados de las acciones en salud y contribuir al bienestar de la población

## DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.

Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

Competencias esenciales sobre vigilancia y control de riesgos y daños.

1. Analizar las amenazas riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo Sistema de Vigilancia y Control de riesgos y Daños en Salud pública.

2. Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública
3. Realizar el seguimiento de los riesgos, las amenazas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención.
4. Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.
5. Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.
6. Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.
7. Comunicar la información relevante de la vigilancia, a los diversos actores del sistema y la población, para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud.
8. Realizar investigación biomédica, socio-demográfica, ambiental y operativa con precisión y objetividad para explicar los riesgos y amenazas y daños en salud así como evaluar la respuesta social frente a los mismos.
9. Evaluar los procesos críticos relacionados al sistema de vigilancia y control en salud pública de manera permanente y sistemática para garantizar su mejora continua y la solución oportuna a los problemas priorizados.
10. Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.
11. Diseñar planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.
12. Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.
13. Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.

14. Planificar y ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.

### DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Utiliza la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio.

Competencias esenciales sobre promoción de la salud y participación social.

1. Valorar el enfoque y el alcance de la Promoción de la Salud, diferenciándolo de otros paradigmas, para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad.
2. Aplicar las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas basadas en los determinantes sociales.
3. Analizar las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud.
4. Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.

5. Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.
6. Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.
7. Desarrollar estrategias con el enfoque de Promoción de la Salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios.
8. Evaluar la efectividad de las acciones de Promoción de la Salud para lograr cambios a nivel comunitario, en política pública y en la estructura social a favor de la salud y la calidad de vida.
9. Promover la creación y fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.
10. Participar activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidos a las comunidades y los tomadores de decisiones para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.

#### DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL.

Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.

### Competencias esenciales sobre políticas, planificación, regulación y control.

1. Aplicar los fundamentos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho fundamental a la salud.
2. Proteger en toda política pública sectorial o extrasectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.
3. Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.
4. Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados.
5. Liderar grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en Salud Pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales.
6. Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.
7. Reconocer la planificación y la toma de decisiones como un proceso social técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.

## DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.

Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.

Competencias esenciales sobre equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.

1. Respaldo los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones de salud para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.
2. Implementar planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad de provisión de servicios, para alcanzar eficacia social, efectividad sanitaria y eficiencia distributiva de los recursos necesarios en la atención de salud a la población.
3. Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud.
4. Promover garantías de calidad en los servicios de salud acordes con estándares de seguridad en la gestión y prácticas asistenciales, para reducir las brechas e inequidades existentes en la atención de salud a la población.
5. Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles de atención, para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a problemas de salud de la población.

6. Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.
7. Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud.
8. Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

#### DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL.

Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.

Competencias esenciales sobre salud internacional y salud global.

1. Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.
2. Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.

## **ANEXO 1 - MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.**

### **DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.**

Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud

Competencias esenciales en análisis de situación de salud.

1. Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.
2. Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.
3. Establecer prioridades de salud pública para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud.
4. Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales.
5. Recomendar acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento que se genere a través de la investigación.



6. Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.
7. Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud.
8. Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

#### DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL.

Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.

Competencias esenciales sobre salud internacional y salud global.

1. Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.
2. Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.

3. Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.
4. Analizar de forma crítica la naturaleza cambiante, los factores clave y los recursos que configuran la salud global para influir en las reformas en materia de salud, bienestar y seguridad social en Las Américas.
5. Contrastar diferentes sistemas de prestación de servicios y sus implicaciones en los usuarios, que reflejen la naturaleza diversa de los contextos político, organizacional y económico, para utilizar estas experiencias en mejorar el acceso, la regulación y el financiamiento de los sistemas de salud.
6. Contribuir de manera efectiva a la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros, minorías étnicas transnacionales y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control de problemas de salud globales.
7. Respetar y valorar la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.
8. Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la investigación en salud global para la formulación e implementación de intervenciones que redunden en acciones locales para el beneficio de la salud de la población.

## ANEXO 6 – PARECER CEP

HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Mapeamento de competências de gestores de saúde que atuam em Foz do Iguaçu na Tríplice Fronteira Brasil, Argentina, Paraguai.

**Pesquisador:** Maria de Lourdes de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 36031414.0.3001.5225

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 840.252

**Data da Relatoria:** 29/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa do tipo exploratória de corte transversal, prospectiva de abordagem quantitativa, do tipo estudo de caso, tem como objetivo mapear competências dos gestores que atuam na assistência à saúde em um município brasileiro de região de fronteira.

**Objetivo da Pesquisa:**

Mapear competências dos gestores que atuam na assistência à saúde em um município brasileiro de região de fronteira.

- Traduzir e adaptar para a realidade brasileira o documento Marco das competências essenciais em saúde pública para os recursos humanos em saúde de região das Américas

- Construir um instrumento para mapear as competências a partir do documento Marco das competências essenciais em saúde pública para os recursos humanos em saúde de região das Américas, traduzido e

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406  
 Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3212-5871 Fax: (41)3212-5828 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br

## ANEXO 7 – PARECER CEP - ADENDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Mapeamento de competências de gestores de saúde que atuam em Foz do Iguaçu na Tríplice Fronteira Brasil, Argentina, Paraguai.

**Pesquisador:** Maria de Lourdes de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 38031414.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.015.059

**Data da Relatoria:** 01/04/2015

**Apresentação do Projeto:**

Foi solicitado emenda para o projeto com alterações na fase de validação do instrumento de pesquisa sugeridas pela banca de qualificação da tese. Estes participantes serão docentes e pesquisadores que constem no grupo de diretório de pesquisa da Plataforma do CNPq com experiência de gestão e saúde pública/saúde coletiva e ainda profissionais de saúde que atuem na gestão em saúde pública/saúde coletiva no âmbito nacional.

As mesmas foram aceitas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos do projeto inicial não foram alterados e estão descritos abaixo:

1- Objetivo Primário:

Mapear competências dos gestores que atuam na assistência à saúde em um município brasileiro de região de fronteira.

2- Objetivos Secundários:

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br