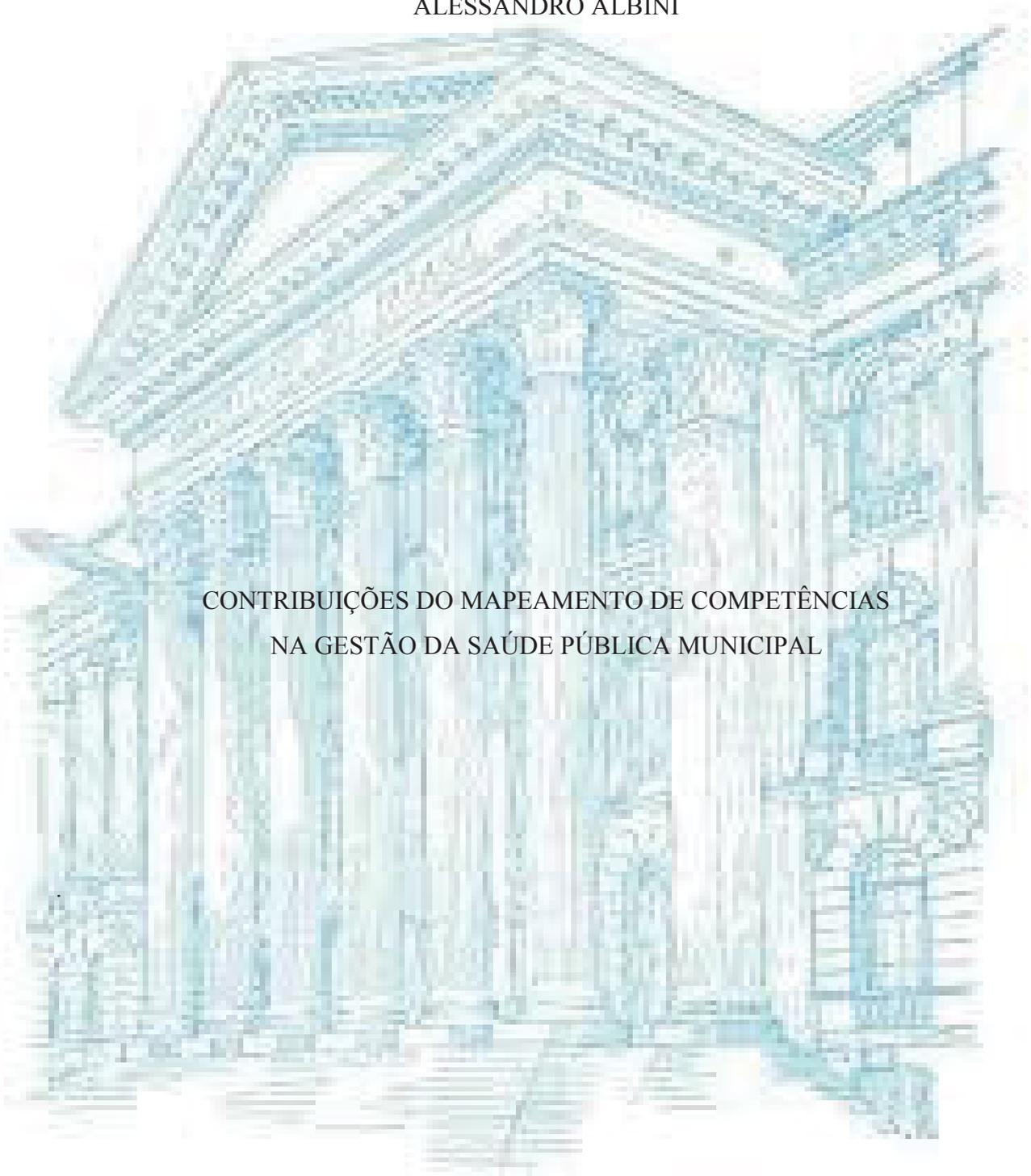


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALESSANDRO ALBINI



CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS
NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

CURITIBA

2018

ALESSANDRO ALBINI

CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS
NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná, requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem, Setor Ciências e Saúde da Universidade Federal do Paraná. Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes de Almeida

CURITIBA

2018

Albini, Alessandro

Contribuições do mapeamento de competências na gestão da Saúde Pública Municipal / Alessandro Albini - Curitiba, 2018.

215 f. : il. (algumas color.); 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

Coorientadora: Professora Dra. Maria de Lourdes de Almeida

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui referências

1. Gestão em saúde. 2. Saúde pública. 3. Enfermagem em saúde pública. 4. Competência profissional. 5. Avaliação de desempenho profissional. I. Peres, Aida Maris. II. Almeida, Maria de Lourdes de. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.1068

Maria da Conceição Kury da Silva – CRB – 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



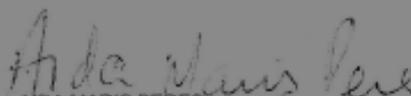
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

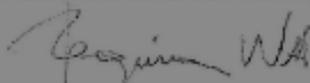
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ALESSANDRO ALBINI** intitulada: **CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

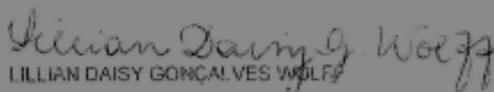
A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 15 de Agosto de 2018.


AIDA MARIS PERES

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


REGINA RIGATTO WITT
Avaliador Externo (UFRGS)


LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF
Avaliador Interno (UFPR)

Aos honrados e destemidos gestores em saúde pública do Brasil.

E VIVA O SUS!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao **Eterno e Misericordioso SENHOR** pelo cuidado, inspiração e fôlego de vida.

À minha esposa, **Jussara Borges Ferreira Albini**, minha filha, **Hadassah Ferreira Albini**, minha mãe, **Graciela Beatriz Albini**, ao meu pai, **Uzias Albini** (*in memoriam*), tia Gabriela Iris Belvedere, e meus sogros, **Osvander Alves Ferreira** e **Maria Aparecida Borges Ferreira**, pelo investimento, apoio, carinho e amor incondicional.

À minha Orientadora, **Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres**, pela oportunidade, paciência, apoio, amizade, investimento e por ajudar-me a ultrapassar meus limites. E, à minha coorientadora, **Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes de Almeida**, pela inspiração, parceria e apoio.

À **Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff** e à **Prof^a. Dr^a. Regina Rigatto Witt** por terem aceitado participar de minha Banca de Defesa.

Ao **Prof. Dr. Pedro José Steiner Neto**, **Prof^a. Dr^a. Verônica de Azevedo Mazza**, **Prof. Dr. Luis Gustavo de Castro** (meu irmão), **Prof^a. Msc. Eliana Leal Ferreira**, **Msc. Ingrid Margareth Voth Lowen**, **Msc. Louise Aracema Scussiato** e **Enfermeira Aline de Paula**, pela paciência e ajuda nos momentos de maior necessidade.

À Coordenação do **Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Mestrado Profissional (Prof^a. Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire)** e aos demais docentes do curso, pelo apoio e ensinamentos.

Aos colegas do **Grupo de Pesquisa Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS)** da UFPR, pelo coleguismo, apoio e auxílio.

Aos colegas de turma, em especial à **Livia Oliveira Fernandes Nonato** (irmã de orientação) pelo apoio em momentos difíceis.

À Prefeitura de São José dos Pinhais e a todos os ex e atuais gestores da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, em especial à minha Diretora, **Sra. Maria Rosana de Bastos de Paula**, e ex-diretora **Sra. Debora Cristina Martins Ferreira Chemin**, Secretário Municipal de Saúde, **Sr. Giovanni de Souza**, e ex-Secretário Municipal de Saúde, **Dr. Brasília Vicente de Castro Filho**, pela compreensão e investimento.

Aos servidores e trabalhadores da UFPR pela gentileza e apoio (da recepção, secretarias, restaurante universitário e segurança).

**“Ensina-lhes os estatutos e as leis, faça-lhes
conhecer o caminho em que devem seguir e as
coisas que devem fazer.”**

Êxodo 18:20

RESUMO

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma responsabilidade que requer conhecimentos universais, habilidades integrais e atitudes equânimes tendo em vista a dimensão e complexidade deste sistema. Nesta perspectiva, adotou-se um referencial teórico de gestão por competências. Esta dissertação foi desenvolvida na linha de pesquisa Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Esta pesquisa tem como objetivo realizar o Mapeamento de Competências dos gestores de uma Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) do Sul do Brasil, e elencar as contribuições do Mapeamento de Competências para a gestão da saúde pública municipal. Em relação à metodologia, trata-se de um estudo de caso único integrado de abordagem qualitativa, composta por subunidade quantitativa e tipologia exploratória descritiva. O Mapeamento de Competências foi realizado em quatro etapas: análise documental, aplicação de questionário, mapeamento de lacunas e proposta de planejamento educacional. A etapa documental teve coleta de dados em novembro de 2017, dos 18 documentos oficiais sobre a administração pública municipal, três foram selecionados. O Marco Regional para as Américas (MRCESP), documento oficial da *Organización Panamericana de La Salud* (OPS), originou o questionário estruturado de autoavaliação, com 56 competências essenciais específicas distribuídas em seis domínios, aplicado aos gestores entre os meses de outubro de 2017 e janeiro de 2018, resultando no Grau de Expressão da competência no trabalho. Os dados coletados foram submetidos à análise multivariada por meio de análise de componentes principais e consistência interna, coeficiente *Alpha* de Cronbach, com utilização do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - Versão 18.0.0. Na terceira etapa foi realizado o mapeamento das lacunas (*gaps*) dentre as competências essenciais específicas avaliadas pelos gestores. A quarta etapa, a elaboração da proposta educacional na estratégia de Trilhas de Aprendizagem fundamentou-se nos resultados das etapas anteriores. Como resultados da primeira etapa foram descritas 14 competências essenciais gerais para a SEMS; dos 91 gestores abordados, foi obtido retorno de 78 gestores, 74 questionários foram computados como totalmente respondidos, garantindo 95% de nível de intervalo de confiança da amostra; a terceira etapa resultou em oito *gaps* (Grau de Prioridade de Capacitação) concentrados nos domínios denominados Gestão de Riscos e Prevenção de Desastres e Saúde Global e Internacional. A quarta etapa resultou na proposta educacional para o desenvolvimento das competências essenciais específicas mapeadas como lacunas por meio da estratégia adotada e posterior avaliação baseada em medidas de impacto de nível individual e organizacional, e de complexidade. Finalmente, a pesquisa traz contribuições à gestão da saúde pública municipal por meio do Mapeamento de Competências: descrição de competências essenciais gerais, inventário das competências essenciais específicas expressas pelos gestores em saúde pública, mapeamento de lacunas dentre tais competências e proposta de planejamento educacional por meio de Trilhas de Aprendizagem.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Saúde Pública. Enfermagem em Saúde Pública. Competência Profissional. Avaliação de Desempenho Profissional.

ABSTRACT

The responsibility for managing the Brazilian National Health System (SUS) requires universal knowledge, integral know-how and equitable attitudes regarding its dimension and complexity. From this perspective, a technical reference of competence management was adopted. This dissertation was developed in the research line of Health and Nursing Actions and Management Services of the Postgraduate Program Professional Master Degree in Nursing of the Federal University of Paraná (UFPR). This research has as its objective to perform the Competence Mapping of managers (Directors, Managers, and Coordinators) of a Municipal Health Office (SEMS) from the south of Brazil, and list the Competence Mapping technique contributions to the municipal public health management. Regarding the methodology, this is a single embedded case study of qualitative analysis composed of quantitative sub-unit and descriptive exploratory typology. The Competence Mapping technique was applied in four stages: documental analysis, questionnaire application, mapping of gaps and a proposal of educational planning. The documental analysis stage was executed in November 2017, from the 18 official documents regarding municipal public administration found, three official documents were selected. The official document of the Pan American Health Organization (PAHO) entitled Public Health Core Competencies: The Regional Framework for the Americas (MRCESP) originated a semi-structured self-assessment questionnaire with 56 specific core competencies segregated in six domains. The questionnaire was applied to public health managers between the months of October 2017 and January 2018, therefore the Degree of Expression of each core competence was verified. The data obtained were submitted to multivariate analysis by Principal Component Analysis and internal consistency, Cronbach's Alpha coefficient, using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – Release 18.0.0. Third stage, the gaps were mapped among the specific core competencies of the managers self-assessment. Finally, the fourth stage, educational planning proposal through Learning Pathways strategy was proposed based on the results of the previous stages. The results of the first stage consisted in 14 General Core Competencies described to the SEMS; and, from the 91 managers approached, 78 managers returned the questionnaire; however, 74 questionnaires were computed with all questions answered, ensuring 95% confidence interval level of the sample; the third stage resulted in eight gaps (Training Priority Degree) mapped among the specific core competencies concentrated in Domains denominated as Risk Management and Disaster Prevention and Global and International health. The fourth stage resulted in an educational planning proposal for the development of specific core competencies mapped as gaps through a chosen strategy and subsequent evaluation based on impact measures of individual and organizational levels and complexity. Finally, this research lists the contributions to municipal public health management through Competency Mapping: description of general core competences, inventory of specific core competencies expressed by public health managers, mapping of gaps among competencies and proposal of educational planning by Learning Pathways.

Keywords: Health Management. Public Health. Public Health Nursing. Professional Competence. Employee Performance Appraisal.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - AS TRÊS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA	30
FIGURA 2 - COMPETÊNCIAS COMO FONTE DE VALOR PARA O INDIVÍDUO E PARA A ORGANIZAÇÃO.....	31
FIGURA 3 - COMPETÊNCIAS E OS DIFERENTES NÍVEIS	32
FIGURA 4 - MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS.....	34
FIGURA 5 - MODELO METODOLÓGICO - MRCESP	38
FIGURA 6 - COMPARAÇÃO DO MODELO TRADICIONAL DE ENSINO COM MODELOS DA EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS	43
FIGURA 7 - ETAPAS DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS GESTORES EM SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL	52
FIGURA 8 - ETAPAS DA PROPOSTA DO PLANEJAMENTO EDUCACIONAL	73
FIGURA 9 - AÇÕES DE GESTÃO E A BASE DA COMPETÊNCIA.....	76
FIGURA 10 - MAPA ESTRATÉGICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.....	81
FIGURA 11 - PARTE DAS TRILHAS DE APRENDIZAGEM DO PLANO DE AÇÕES DE CAPACITAÇÃO – PAC 2015/2016 - UFPA.....	139

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - MOSTRA DE CONCEITOS DIVERSOS DE COMPETÊNCIA	29
QUADRO 2 - COMO PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS - PNEPS.....	41
QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO .	72
QUADRO 4 - TEORIAS DA APRENDIZAGEM.....	74
QUADRO 5 - DESCRIÇÃO OPERACIONAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO OFICIAL MUNICIPAL.....	82
QUADRO 6 - COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORIGEM DOCUMENTAL	86
QUADRO 7 - CORRELAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS AOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS ESPECÍFICAS.....	89
QUADRO 8 - IDADE DOS GESTORES PARTICIPANTES POR FAIXA ETÁRIA	92
QUADRO 9 - ESCOLARIDADE DOS GESTORES PARTICIPANTES.....	92
QUADRO 10 - GESTORES PARTICIPANTES COM FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA OU SAÚDE DA FAMÍLIA	93
QUADRO 11 - PROFISSÃO DOS GESTORES PARTICIPANTES.....	93
QUADRO 12 - GESTORES PARTICIPANTES EFETIVOS E COMISSIONADOS	94
QUADRO 13 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DOS GESTORES PARTICIPANTE.....	94
QUADRO 14 - DESCRIÇÃO DO RESULTADO DA TABULAÇÃO DO QUESTIONÁRIO REFERENTE AO GRAU DE EXPRESSÃO DE COMPETÊNCIA NO TRABALHO (GEC) - MÉDIA E DESVIO PADRÃO POR DOMÍNIO	98
QUADRO 15 - COMENTÁRIOS ESCRITOS DOS GESTORES PARTICIPANTES REFERENTES À QUESTÃO ABERTA DO QUESTIONÁRIO (POR DOMÍNIO E QUESTÃO).....	99
QUADRO 16 - DESCRIÇÃO DO RESULTADO DA TABULAÇÃO DO QUESTIONÁRIO REFERENTE AO GRAU DE IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA APONTADO POR GESTORES ESPECIALISTAS – MÉDIA E DESVIO PADRÃO POR DOMÍNIO	110

QUADRO 17 - EXEMPLO DE DEFINIÇÃO DE CONTEÚDO E TEMA DE ENSINO – CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES (CHA)	118
QUADRO 18 - OPÇÕES DE APRENDIZAGEM PARA ELABORAÇÃO DE TRILHAS (EXEMPLO).....	119
QUADRO 19 - HIPOTÉTICA FORMULAÇÃO DE UMA TRILHA DE APRENDIZAGEM.....	120
QUADRO 20 - PROPOSTA DE MÉTODO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	121
QUADRO 21 - DESASTRES OCORRIDOS NO MUNICÍPIO (LOCAL DESTA PESQUISA) NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS - DE JULHO 2013 ATÉ JUNHO 2018	132
QUADRO 22 - COMPARAÇÃO DE SAÚDE GLOBAL, INTERNACIONAL E PÚBLICA	135

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - GRAU DE EXPRESSÃO DE COMPETÊNCIA NO TRABALHO POR DOMÍNIOS CONFORME OS GESTORES PARTICIPANTES	98
GRÁFICO 2 - GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS POR DOMÍNIOS CONFORME OS GESTORES ESPECIALISTAS	111
GRÁFICO 3 - IDENTIFICAÇÃO DO DOMÍNIO COM MAIOR GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO.....	114

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - RESUMO DOS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS PARA DADOS COLETADOS POR MEIO DE LIKERT ITEM, ESCALA LIKERT E ESCALA TIPO LIKERT	59
TABELA 2 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO REFERENTE AOS DOMÍNIOS E ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS CONFORME O GRAU DE EXPRESSÃO DA COMPETÊNCIA NO TRABALHO – GESTORES.....	96
TABELA 3 - COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 1	104
TABELA 4 - COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DE CRONBACH REFERENTE AOS COMPONENTES - DOMÍNIO 2.....	105
TABELA 5 - COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 3	105
TABELA 6 - COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 4	106
TABELA 7 - COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DE CRONBACH REFERENTE AOS COMPONENTES - DOMÍNIO 5.....	106
TABELA 8 - COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 6	107
TABELA 9 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO REFERENTE AOS DOMÍNIOS E ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS CONFORME O GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS – GESTORES ESPECIALISTAS.....	108
TABELA 10 - MAPEAMENTO DE LACUNAS - IDENTIFICAÇÃO DO GRAU PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO (LACUNA OU <i>GAP</i>).....	112
TABELA 11 - IDENTIFICAÇÃO DO DOMÍNIO COM MAIOR GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO.....	114

LISTA DE SIGLAS

ACP	- Análise de Componentes Principais
AGFI	- <i>Adjusted Goodness-of-Fit Index</i>
ANEEL	- Agência Nacional de Energia Elétrica
CAAE	- Centro de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CBE	- <i>Competency Based Education</i>
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CEPDEC	- Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil
CETEB	- Centro de Ensino Tecnológico de Brasília
CHA	- Conhecimentos, Habilidades e Atitudes
CIES	- Comissões de Integração Ensino Serviço
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMPDEC	- Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
EaD	- Educação a Distância
EMBRAPA	- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ENAP	- Escola Nacional de Administração Pública
ESP	- Escola de Saúde Pública
FAMEMA	- Faculdade de Medicina de Marília
GEC	- Grau de Expressão da Competência no trabalho
GFI	- <i>Goodness-of-Fit Index</i>
GIC	- Grau de Importância da Competência
GP	- Grau de Prioridade de Capacitação
GPPGPS	- Grupo de Pesquisa Políticas Gestão e Práticas de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	- Instituições de Ensino Superior
KMO	- Teste de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin
MRCESP	- Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública
MJ	- Ministério da Justiça
MO	- Estado de Montana – Estados Unidos da América

NOB	- Norma Operacional Básica
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
OPS	- <i>Organización Panamericana de La Salud</i>
PAC	- Plano Anual de Capacitação
PASW	- <i>Predictive Analytics SoftWare</i>
PIB	- Produto Interno Bruto
PLADECO	- Plano de Ações de Desenvolvimento das Competências
PMS	- Plano Municipal de Saúde
PNEPS	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PR	- Estado do Paraná
PUC-PR	- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RDQA	- Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SARGSUS	- Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SCS/UFPR	- Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná
SEBRAE	- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEGES/MP	- Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
SEMPLADE	- Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico
SEMS	- Secretaria Municipal de Saúde
Serpro	- Serviço Federal de Processamento de Dados
SESA-PR	- Secretária de Estado da Saúde do Paraná
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SIOPS	- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	- Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISCAN	- Sistema de Informação do Câncer
SISDC	- Sistema Informatizado de Defesa Civil
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	- Tribunal de Contas da União
UEL	- Universidade Estadual de Londrina
UFPA	- Universidade Federal do Pará

UFPR - Universidade Federal do Paraná
UK - *United Kingdom*
UniBB - Universidade Cooperativa Banco do Brasil
UNICID - Universidade da Cidade de São Paulo
USA - *United States of America*
VISA - Vigilância Sanitária
VISAT - Vigilância à Saúde do Trabalhador

LISTA DE ABREVIATURAS

A4	- Formato referente ao tamanho do papel (210 milímetros X 297 milímetros)
Art.	- Artigo
CO	- Competências
DO	- Domínio
E	- Estatuto dos Servidores Municipais
et al.	- Abreviação latina de <i>et alii</i> que significa “e outros”
<i>gl</i>	- Grau de Liberdade
L	- Lei Orgânica Municipal
M	- Missão
<i>n</i>	- Número de participantes
n.	- Número
n°	- Número
OE	- Objetivos Estratégicos
p.	- Página
VA	- Valores
VF	- Visão de Futuro

LISTA DE SÍMBOLOS

® - Marca Registrada

% - Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
1.2	OBJETIVOS.....	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1	CONCEITOS DE GERÊNCIA E GESTÃO.....	27
2.2	PRINCIPAIS CONCEITOS DE COMPETÊNCIA.....	28
2.3	COMPETÊNCIA INDIVIDUAL (PROFISSIONAL) E COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL (ESSENCIAL).....	32
2.4	MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS.....	34
2.4.1	Gestão por competências e a administração pública.....	35
2.4.2	Gestão por competências e a área da saúde pública.....	37
2.4.3	Mapeamento de competências.....	39
2.4.3.1	Desenvolvimento de competências.....	40
2.4.3.2	Educação baseada em competências.....	42
2.4.3.3	Trilhas de aprendizagem corporativa.....	44
3	MÉTODO DE PESQUISA.....	46
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	46
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	47
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
3.3.1	Definição da população de estudo e amostragem.....	49
3.3.2	Recrutamento dos participantes.....	51
3.3.3	Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	51
3.4	ETAPAS DA PESQUISA.....	52
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	52
3.6	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	53
3.6.1	Primeira etapa de coleta de dados – análise documental.....	53
3.6.2	Segunda etapa de coleta de dados – aplicação de questionário.....	54
3.6.2.1	Instrumento de coleta de dados - questionário.....	54
3.6.2.2	Escala da medida e método de estruturação das respostas.....	57
3.6.3	Terceira etapa de coleta de dados – mapeamento de lacunas (<i>gaps</i>).....	60
3.6.4	Quarta etapa – proposta de planejamento educacional.....	60
3.7	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	61

3.7.1	Primeira etapa de análise de dados – descrição das competências essenciais gerais da Secretaria Municipal de Saúde	61
3.7.2	Segunda etapa de análise de dados – análise multivariada dos dados.....	63
3.7.2.1	Análise dos componentes principais (ACP).....	64
3.7.2.2	Coeficiente <i>Alpha</i> de Cronbach.....	68
3.7.3	Terceira etapa de análise de dados – mapeamento de lacunas (<i>gaps</i>).....	70
3.7.3.1	Grau de importância das competências essenciais do questionário	70
3.7.3.2	Análise do grau de prioridade de capacitação das competências essenciais	71
3.7.4	Quarta etapa de análise de dados –planejamento educacional	72
4	RESULTADOS.....	79
4.1	RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA - ANÁLISE DOCUMENTAL.....	79
4.1.1	Resultados da descrição das competências essenciais gerais da Secretaria Municipal de Saúde	82
4.1.2	Resultados da correlação das competências essenciais gerais da Secretaria Municipal de Saúde e os domínios do questionário de competências essenciais específicas do questionário.....	88
4.2	RESULTADOS DA SEGUNTA ETAPA - QUESTIONÁRIO.....	90
4.2.1	Resultado da amostra populacional estudada.....	91
4.2.1.1	Características dos gestores participantes	91
4.2.2	Resultado do grau de expressão da competência no trabalho dos gestores participantes.....	94
4.2.2.1	Resultados das questões estruturadas do questionário	95
4.2.2.2	Resultados das questões abertas do questionário	99
4.2.2.3	Manifestações orais espontâneas observadas dos gestores participantes durante e após o preenchimento do questionário	103
4.2.3	Resultados da análise de confiabilidade dos dados coletados por domínio	104
4.3	RESULTADOS DA TERCEIRA ETAPA – MAPEAMENTO DE LACUNAS (<i>GAPS</i>).....	108
4.3.1	Resultado do grau de importância das competências essenciais do questionário atribuído por gestores especialistas	108
4.3.2	Resultado do mapeamento de lacunas por grau de prioridade de capacitação.....	111
4.3.2.1	Domínios e competências essenciais identificados como lacunas	115
4.4	RESULTADOS DA QUARTA ETAPA – PROPOSTA DE PLANEJAMENTO EDUCACIONAL	116

4.4.1	Resultado do passo 1 – reunião com a Escola de Saúde Pública Municipal.....	116
4.4.2	Resultado do passo 2 – competências essenciais específicas a desenvolver (domínio 2 e domínio 6).....	116
4.4.3	Resultado do passo 3 – exemplo de trilha de aprendizagem.....	118
4.4.4	Resultado do passo 4 – proposta de avaliação de resultados	120
5	DISCUSSÃO	123
5.1	DISCUSSÃO DA PRIMEIRA ETAPA – ANÁLISE DOCUMENTAL.....	123
5.2	DISCUSSÃO DA SEGUNDA ETAPA - QUESTIONÁRIO.....	125
5.3	DISCUSSÃO DA TERCEIRA ETAPA – MAPEAMENTO DE LACUNAS (GAPS).....	130
5.4	DISCUSSÃO DA QUARTA ETAPA – PROPOSTA DE PLANEJAMENTO EDUCACIONAL.....	136
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	160
	APÊNDICE 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS AOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS GESTORES PARTICIPANTES (GRAU DE EXPRESSÃO DA COMPETÊNCIA NO TRABALHO).....	162
	APÊNDICE 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS AOS RESULTADOS DA OPINIÃO DE GESTORES ESPECIALISTAS (GRAU DE IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA) DE ALMEIDA (2016)	165
	APÊNDICE 4 – RESULTADO DA ANÁLISE MULTIVARIADA DE DADOS – SPSS.....	167
	ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFPR	188
	ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA PUC-PR	192
	ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA	197
	ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA	215

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema nacional de saúde brasileiro, proporciona saúde pública universal e gratuita para mais de cem milhões de habitantes. (BRASIL, 2015). A responsabilidade de gerir o SUS, complexo em leis, portarias e processos, exige uma série de competências essenciais para administração de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde.

As responsabilidades e os compromissos de gestão em saúde exigem o desenvolvimento e a articulação de saberes e práticas (conhecimentos, habilidades e comportamentos) do gestor para atuação eficiente em diferentes áreas que abrangem, por exemplo, planejamento, finanças, orçamento, faturamento, compras, convênios, consórcios, jurisprudência, logística, tecnologia entre outros. (CONASEMS, 2016).

As competências essenciais aos gestores são postas à prova durante processos de negociação, consenso ou acordo em reuniões com sindicatos, conselho de saúde, audiências públicas, comissões intergestoras regionais e estaduais, na gestão de pessoas (multiprofissional) e orientação para custos e resultados. O dia-dia do gestor em saúde envolve domínio técnico dos processos, somado à inovação e capacidade de liderar com vistas ao atingimento de metas e com visão da totalidade e transparência. Outras competências essenciais ainda são exercidas no trabalho diário, no acompanhamento da alimentação de sistemas de dados e apoio. (CONASEMS, 2016).

“No início do século passado, o termo competência foi incorporado à linguagem organizacional, sendo utilizado fundamentalmente para qualificar a pessoa capaz de desempenhar com eficiência determinada função.” (CARBONE et al., 2009, p. 42). Conforme Brandão e Guimarães (2001), organizações têm procurado implantar modelos de gestão por competências, selecionando as competências que apreendem ser essenciais a sua intenção estratégica, para então desenvolvê-las por meio de planejamento estratégico, utilizando como alicerce a missão, visão de futuro e objetivos da organização.

Embora haja consenso que conceitos da gestão estratégica da área da administração se apliquem inteiramente e são essenciais aos serviços públicos de saúde, “a correlação entre os modelos de gestão dos setores públicos e privados permite verificar que nos serviços públicos prevalecem modelos de gestão tradicionais, ancorados em estruturas rígidas que definem hierarquias verticalizadas e processos decisórios centralizados.” (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007, p. 836).

Araújo e Pereira (2012) apresentam um estudo referente aos entraves da implantação de modelos gerenciais na gestão pública municipal. Como resultado de entrave, obtiveram a falta de profissionalismo na gestão e de pessoas capazes de introduzir um planejamento estratégico (objetivos de longo prazo e metas a serem cumpridas no curto prazo) e a condução do processo estratégico. Os pesquisadores concluíram então que há necessidade de formação profissional e qualificação dos gestores públicos municipais conforme a realidade local para que haja a almejada reforma administrativa.

Para Le Boterf (2003), quando em meio a situações imersas em complexidades, o gestor aplica suas competências para administrar tais complexidades, integrando seus saberes, utilizando-os para a realização das atividades de forma eficiente e eficaz na produção de resultados.

A influência que o gestor em saúde pública tem sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados é proporcional à qualidade das decisões tomadas sob a dependência das competências essenciais. É por meio das competências essenciais desenvolvidas que o gestor põe em prática seus conhecimentos, habilidades e experiências para melhor organizar, estruturar, planejar, avaliar informações técnico-científicas e político-institucionais para formulação de programas e projetos de intervenção de forma eficaz no estado de saúde da população. (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

No setor empresarial a utilização de modelos de gestão baseados em competência passou a ser uma tendência desde a década de 1990. “Tanto no Brasil quanto no exterior, nos setores público e privado, o uso de gestão por competência passou a ser considerado por muitos como sinônimo de boa prática de gestão”. (BRANDÃO, 2017, p. 126).

Entretanto, autores sugerem que os profissionais de saúde pública tendem a ser contrários a conceitos advindos da Administração, relatando ser preciso apresentar uma nova roupagem à filosofia organizacional. (JACOBSON et al., 2015). Apesar de o serviço de saúde pública ser considerado de produção não material atrelado à promoção e manutenção da vida, envolve alto investimento financeiro para sua manutenção.

Os serviços de saúde requerem processos de racionalização e administração efetiva das ações, conforme os elevados e ininterruptos investimentos financeiros. Quando não estão baseadas em projetos de gerenciamento organizacional resta aos serviços de saúde uma gestão fundamentada em combinados e entendimentos, por vezes, corporativistas ou de ordem pessoal.

A denominada gestão por competência constitui um modelo de gestão que se utiliza do conceito de competência para orientar diversos processos organizacionais, em especial os relacionados à gestão de pessoas. Valendo-se de diferentes estratégias e instrumentos, tem o propósito de identificar, desenvolver e mobilizar as competências necessárias à consecução dos objetivos organizacionais. (BRANDÃO, 2017, p. 9).

O setor público federal aderiu ao modelo de gestão por competências, em especial após a publicação do Decreto nº 5.707, em 23 de fevereiro de 2006, que trata sobre o desenvolvimento de pessoal da Administração Pública Federal com base nas competências requeridas de seus servidores. (BRASIL, 2006). Corroborando com a previsão de Zarifian (2001, p. 18) que relatou que haveria adaptação dos serviços públicos ao modelo de gestão por competências e viria ao encontro do “conteúdo de decisões governamentais e legislativas sobre formação profissional.”

Outro marco da gestão por competências na administração pública, segundo Brandão (2017), é a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), que propiciou oficina de Mapeamento de Competências e o curso de Gestão por Competências para centenas de servidores públicos no Brasil. A ENAP oferece, por exemplo, o curso de Especialização em Gestão Estratégica de Pessoas com objetivo ancorado no desenvolvimento de competências. (ENAP, 2017).

No entanto, não é possível realizar a gestão por competências sem que haja um mecanismo ou instrumento de avaliação ou identificação, denominado mapeamento de competências, para que a organização identifique a lacuna (*gap*) de competências para a devida intervenção quanto ao desenvolvimento das competências entendidas como essenciais ao alcance de seus objetivos. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

Ressalta-se também que o mapeamento de competências traz como processo contínuo a eliminação ou redução dos possíveis *gaps* que tendem a aumentar quando há ausência de intervenções. (BRANDÃO; BAHRY, 2005). Um exemplo de intervenção, para Freitas e Brandão (2005), seria a evolução das competências de um profissional pela aprendizagem, havendo uma questão de interdependência entre a aprendizagem e a competência.

Esta pesquisa justifica-se, pois o mapeamento de competências contempla a busca de uma mudança cultural e ou organizacional para o apoio da estruturação de políticas públicas, ao oportunizar a otimização dos fluxos de trabalho no auxílio da definição das atribuições. (SOUZA, 2014). Nota-se, então, que a avaliação das competências essenciais dos Gestores (Diretores, Chefias e Coordenações) e o desenvolvimento de ações para o amparo dos mesmos quanto ao fortalecimento das competências essenciais almejadas para o cumprimento potencial de suas funções, são valiosas à saúde pública.

Pode-se salientar também outra razão para o desenvolvimento da presente pesquisa, a atual crise político-financeira, que gera descrédito dos gestores públicos perante a população. Segundo Neiworth et al. (2014), o mapeamento de competências é uma ferramenta poderosa para o melhoramento e excelência do treinamento em saúde pública, especialmente em tempos de restrição de recursos.

As secretarias municipais de saúde dependem da competência profissional e técnica dos gestores em saúde para o bom uso de ferramentas, instrumentos, processos e ou estratégias de gestão com foco na eficiência, racionalização e emprego do recurso público, cada vez mais escasso.

A base da escolha pela temática de competências dos gestores em São José dos Pinhais deve-se ao histórico profissional do autor de já ter ocupado o cargo de Secretário Municipal de Saúde de uma das cidades da Região Metropolitana de Curitiba e hoje, sendo servidor público com vínculo estatutário em outra Prefeitura Municipal, tem a oportunidade de realizar assessoria técnica ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde (SEMS), ocupando um cargo estratégico e responsabilidade de articulação com os Departamentos, Divisões e Serviços, ao elaborar os instrumentos de gestão do SUS previstos em legislação vigente, o que facilitou o contato, participação e confiança dos gestores na pesquisa.

Adicionalmente, ao atender ao Mestrado Profissional, o autor ingressou no Grupo de Pesquisa de Políticas Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS) e Linha de Pesquisa de Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Esta dissertação compõe um projeto de pesquisa maior denominado Gerenciamento em Saúde e Enfermagem: formação e prática profissional na perspectiva das competências.

Neste contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: **Como o mapeamento de competências pode contribuir para a gestão da saúde pública em uma Secretaria Municipal de Saúde?**

1.2 OBJETIVOS

- Objetivo Geral

Realizar o Mapeamento de Competências para os gestores em saúde pública de uma Secretaria Municipal de Saúde com vistas ao desenvolvimento de suas competências.

- Objetivos Específicos

- Descrever as competências essenciais gerais para a Secretaria Municipal de Saúde, conforme documentação oficial.

- Inventariar as competências essenciais específicas existentes e expressas pelos gestores em saúde pública em seu processo de trabalho.

- Mapear as lacunas (*gaps*) dentre as competências essenciais específicas existentes e expressas pelos gestores em saúde pública municipal.

- Elaborar proposta de captação e desenvolvimento de competências específicas a partir das lacunas identificadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o referencial teórico desta pesquisa sobre o conceito de gerência e gestão, os principais conceitos de competência, a diferenciação quanto à competência individual e organizacional e a gestão por competências, que aborda também a administração pública e a saúde pública, o Mapeamento de Competências, incluindo o desenvolvimento de competências e a Educação Baseada em Competências.

2.1 CONCEITOS DE GERÊNCIA E GESTÃO

Previamente ao tema competências, faz-se necessária uma breve conceituação quanto aos termos gerência, administração e gestão, pois empiricamente são considerados sinônimos. No entanto, a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 96 (BRASIL, 1996) apresenta um termo particular que, por vezes, é, erroneamente (na visão do autor), generalizado.

Segundo Griffin (2007), a gerência pode ser dividida em três níveis de administração: Gerentes de Alto Escalão (grupo pequeno que comanda a organização), Gerentes de Médio Escalão (grupo mais numeroso e responsável pela implementação das políticas e planos desenvolvidos pelo alto escalão, além da coordenação das atividades dos gerentes de baixo escalão) e Gerentes de Baixo Escalão (ou linha de frente). O mesmo autor ainda destaca que as funções administrativas básicas do gerente são: Planejamento e tomada de decisão, organização, liderança e controle.

Segundo Ckagnazaroff (2002), considera-se gestor público o responsável pelo planejamento, organização, liderança e controle de uma organização pública. O gestor público também pode ser classificado pelo nível que ocupa na organização; ou seja, gerente de primeiro nível, nível médio ou administrador de topo. Ao declarar as atividades básicas do gerente, na seção intitulada “Habilidades básicas do **Gestor**”, Griffin (2007, p. 31, grifo nosso), denota a tradução da palavra gestor e gerente como sinônimos na administração, não compreendendo como gestor somente o gerente de alto escalão ou administrador de topo.

Whetten e Cameron (2010) declaram que há muitas evidências já produzidas de que os gestores são componentes determinantes para qualquer organização; ou seja, as pesquisas atribuem às competências do gestor, quase que inquestionavelmente, estreita relação com o sucesso.

No entanto, a NOB 96 (BRASIL, 1996) apresenta funções dicotomizadas para gerência e gestão e é clara em relatar em seu anexo (tópico: 4. Sistema de Saúde Municipal,

terceiro parágrafo) o seguinte: “[...] **nesta NOB gerência é conceituada** como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde [...]” (BRASIL, 1996, não paginado, grifo nosso); ou seja, traz definição pontual e didática para o melhor entendimento de seu conteúdo normativo para o sistema municipal ou do SUS municipal, ainda em fase de construção, não cunhando o conceito de gerência para o SUS.

Outro conceito pontual e didático apresentado pela NOB 96, mas aceito e assumido, corretamente, de forma definitiva por todo o SUS, é referente ao conceito de gestor do sistema municipal, estadual ou federal ou gestor do SUS municipal, estadual ou federal como sendo exclusivo aos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e ao Ministro da Saúde. Todavia, em nenhum trecho da NOB 96 é encontrado o termo *gestor* de forma isolada. Ou seja, a NOB 96 não traz nova interpretação do conceito *gestor* ao SUS, e sim, um conceito e nomenclatura exclusiva ao gestor do sistema (ou do SUS) para o cargo e função de Secretário Municipal ou Estadual de Saúde e Ministro da Saúde.

Então, não se pretende esgotar a conceituação em tema, mas deixar claro que nesta pesquisa compreende-se a nomenclatura gerente e gestor como sinônimos, conforme a literatura da administração (citada anteriormente) e entendimento empírico da saúde pública.

2.2 PRINCIPAIS CONCEITOS DE COMPETÊNCIA

A concepção de competência apresentada nesta pesquisa é breve quanto ao histórico e conceituação, pois aborda especificamente os autores e conceitos apresentados como base na técnica desta pesquisa referente ao Mapeamento de Competências.

Então, em relação à questão histórica recente quanto ao tema competências, McClelland (1973) insta que os trabalhadores precisam ser avaliados por meio de critérios que considerem as competências, e não inteligência ou aptidão/vocação, pois assim poderiam avaliar não só os conhecimentos cognitivos (escrita, leitura e cálculo), mas também variáveis referentes à personalidade como a comunicação, liderança e demais comportamentos, destacando que “[...] é muito difícil, senão impossível, encontrar características humanas que não possam ser modificadas pelo treinamento ou experiência vivida [...]”. (MCCLELLAND, 1973, p. 8, tradução nossa).

No entanto, desde a Revolução Industrial (século XVIII) e do taylorismo (sistema de organização do trabalho concebido por Frederick Winslow Taylor), o termo competência vem sendo utilizado para definir uma pessoa como capaz e eficiente em determinada atividade ou função. Ao final do século XX, diversos autores buscaram definir o termo competência à luz

de múltiplos aspectos depois de variados debates e estudos. (CARBONE et al., 2009). “O conceito competência, que acompanha o profissionalismo, só ganhou importância no decorrer dos anos 80. Na década de 70, era noção de ‘qualificação’ que dominava.” (LE BOTERF, 2003, p. 18).

Já no século XXI, pode ser encontrada considerável amplitude conceitual sobre o tema competência (QUADRO 1), lugar em que quando são apresentadas segundo muitas e variadas definições, discussões, estudos e vertentes filosóficas. No entanto, é preocupante também perceber que em meio à notada importância e dinamismo demonstrado no campo teórico, há também o efeito colateral, o emaranhado conceitual difícil de interpretar e, por vezes, de difícil aplicação na realidade da prática. (RUTHES; CUNHA, 2008).

QUADRO 1 – MOSTRA DE CONCEITOS DIVERSOS DE COMPETÊNCIA

Autor	Ênfase sobre Competências
Richard E. Boyatzis	Formação, comportamentos, resultados
Gustavo Boog	Aptidão, valores e formação
Lyle M. Spencer e Stephan Spencer	Formação e Resultado
Paul Sparrow e Mario Bognanno	Estratégias, ação e resultados
Fela Moscovicci	Aptidão e Ação
Luis Maria Cravino	Ação e resultados
Scott B. Parry	Resultado e Formação
Jörgen Sandberg	Formação e interação
Guy Le Boterf	Mobilização e ação
Philippe Perrenoud	Formação e ação
Thomas Durand	Formação e resultados
Stewart Hase, Leonard Cairns e Margaret Malloch	Ação e resultado
Joel Souza Dutra, José Monteiro Hipólito e Cassiano M. Silva	Aptidão, resultados, formação
Roberto Ruas	Ação e resultados
Maria Tereza Leme Fleury e Afonso Fleury	Ação e resultado
José Antonio Monteiro Hipólito	Formação, resultados, perspectiva dinâmica
Lester Davis	Ação e resultados
Phillipe Zarifian	Aptidão, ação, resultado
Brian Becker, Mark Huselid e Dave Ulrich	Formação e desempenho

FONTE: Modificado de BITENCOURT (2000, p. 27).

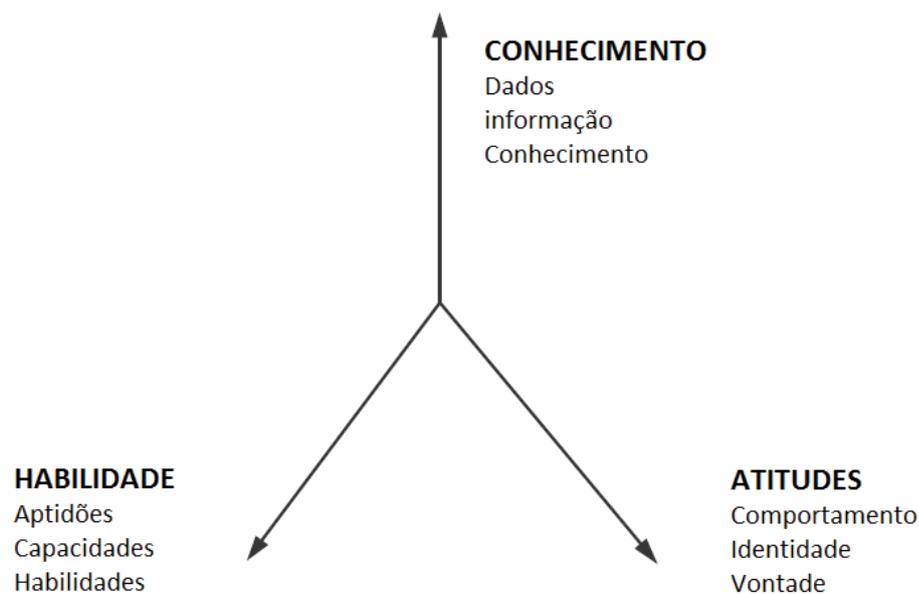
O psicólogo Boyatzis (2008), aborda também a perspectiva de competência em direção à inteligência emocional e mudança comportamental, e relata o seguinte:

Uma competência é definida como uma capacidade ou habilidade. É um conjunto relacionado de comportamentos, mas de diferentes conjuntos de comportamentos organizados em torno de uma construção subjacente, que chamamos de "intenção". Os comportamentos são uma manifestação alternativa da intenção, conforme for apropriado em variadas situações ou tempo. (BOYATZIS, 2008, p. 6, tradução nossa).

Le Boterf (2003), por sua vez, define a competência como colocar em prática o repertório individual e ir além ao prescrito, pois saber agir vai além do “saber fazer”, o saber agir (competência do “saber o que fazer”) implicam enfrentar acontecimentos e suas variáveis, imprevistos, contingências e também saber antecipá-los. As autoras Ruthes e Cunha (2008, p. 60) seguem o mesmo raciocínio e relatam que “a competência não é um estado ou um conhecimento que se tem e nem é resultado de treinamento.” Mas, sim, a aplicação de conhecimentos para gerar resultados.

Durand (1998), ao comentar sobre a complexidade da conceituação de competência e contribuiu para melhor compreensão, decompõe a competência em três subelementos ou dimensões: Conhecimento (informação assimilada), Habilidade (ação de forma concreta conforme o objetivo e processo) e Atitudes (determinação / escolha / vontade); gerando o acrônimo CHA, uma ferramenta interdependente que é utilizada para a definição de uma competência, conforme FIGURA 1.

FIGURA 1 – AS TRÊS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA



FONTE: Adaptado de DURAND (1998, p. 23, tradução nossa).

Todavia, Bitencourt (2000) observa, ao analisar vários estudos e diferentes abordagens sobre competência, que os conceitos escolhidos variam de acordo com os aspectos e finalidade almejada. Ou seja, se o objetivo de abordagem de competência é a formação, desenvolve-se a corrente do desenvolvimento de conceitos, habilidades e atitudes. Se o objetivo é a capacitação, então se procura a abordagem da aptidão. Sendo o objetivo o de resultado, então se busca a abordagem dos melhores desempenhos.

Assim, outros exemplos de objetivos relacionados a conceitos de competência que também podem ser comentados são: ação (capacidade de mobilizar recursos e práticas de trabalho), perspectiva dinâmica (questionamento constante), autodesenvolvimento (processo de aprendizagem individual) e interação (relacionamento com outras pessoas).

Então, esta pesquisa utiliza como parâmetro a definição de competência aos autores Fleury e Fleury (2001, p. 188, grifo nosso), competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem *valor econômico* [sustentabilidade e excelência] à organização e valor social ao indivíduo.”

FIGURA 2 – COMPETÊNCIAS COMO FONTE DE VALOR PARA O INDIVÍDUO E PARA A ORGANIZAÇÃO



FONTE: Modificado de FLEURY; FLEURY (2001, p. 188).

Nesta perspectiva (FIGURA 2), esta pesquisa apresenta o desenvolvimento de competências como o equilíbrio entre os interesses e necessidades da organização e o indivíduo e seus conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, como consequência do investimento no *saber*, há agregação de valor, não só em excelência e sustentabilidade da organização, mas também no valor social do indivíduo. Segundo Campos (2007), quanto à gestão da saúde pública, há de se irromper da baixa capacidade de gestão que depõe contra o SUS.

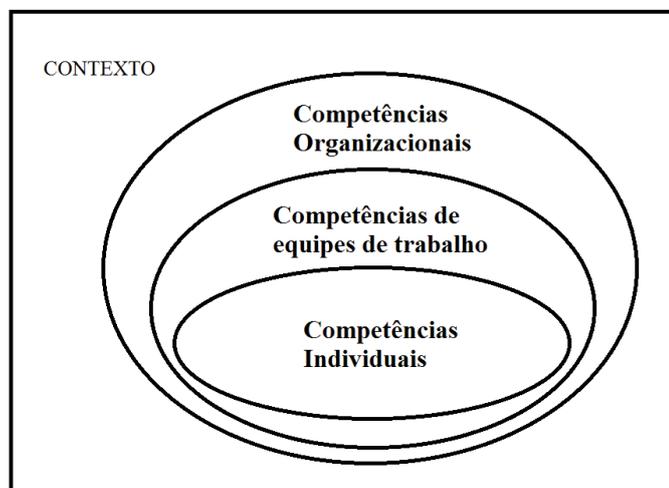
2.3 COMPETÊNCIA INDIVIDUAL (PROFISSIONAL) E COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL (ESSENCIAL)

Os elementos, classificações e tipologias de competências são múltiplos e parecem infintos, pois seguem um raciocínio dependendo da teoria ou finalidade. Então, por exemplo, Goleman, Boyatzis e McKee (2002), apresentam domínios da inteligência emocional associados a competências *pessoais* (exemplos: Autoconhecimento e Autogestão) e competências *sociais* que se apresentam concernentes à capacidade de lidar com relacionamentos (exemplos: Conscientização Social e Gestão de Relações).

Com relação ao trabalho, segundo a definição de Zarifian (2001, p. 68) “a competência é ‘o tomar iniciativa’ e ‘o assumir responsabilidade’ do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.” O mesmo autor também sugere dois elementos de identificação de competências: a competência *individual* ou *profissional* e a competência *coletiva* ou *organizacional*, que não se entende como a simples soma de competências profissionais, mas a sinergia entre tais competências.

Conforme Brandão (2017) e Brandão, Puentes-Palacios e Borges-Andrade (2008), as competências individuais interagem com as competências de equipe de trabalho, e estas interagem com as competências organizacionais, influenciando e comprometendo uma a outra continuamente e o ambiente onde estão inseridas. Ressalta-se também que as competências individuais, de equipe e organizacionais também são influenciadas por estímulos externos e demandas que vão além da organizacional; ou seja, sociais e econômicas.

FIGURA 3 – COMPETÊNCIAS E OS DIFERENTES NÍVEIS



FONTE: Adaptado de BRANDÃO; PUENTES-PALACIOS; BORGES-ANDRADE (2008, p. 5).

Quando as pessoas expandem sua competência individual, transferem para a organização sua aptidão e resultados. Pois, a mútua influência e contínua troca de competências dá-se ao fato de que são as pessoas que colocam em prática o patrimônio de conhecimento da organização. “A agregação de valor das pessoas é, portanto, sua contribuição efetiva ao patrimônio de conhecimentos da organização.” (DUTRA, 2009, p. 24).

Outro termo também dado à competência profissional é a competência *gerencial*. Os autores Whetten e Cameron (2010) apresentam as competências gerenciais como *blocos de construção* onde a gestão é apoiada, pois as ações são realizadas por meio de decisão; ou seja, as competências gerenciais são mais importantes que estratégias organizacionais, ferramentas corporativas, técnicas gerenciais ou formas de administração.

Conforme Whetten e Cameron (2010), a personalidade, o temperamento ou o quociente de inteligência permanecem relativamente constantes na vida, no entanto, as competências gerenciais podem ser desenvolvidas e o desempenho melhorado por meio da prática e *feedback*. As competências gerenciais, desenvolvidas e entrelaçadas como uma rede (flexível, sobreposta, contraditória e às vezes paradoxal) apoia uma competência em outras que, inter-relacionadas atuam no gerenciamento de diversas e complexas situações.

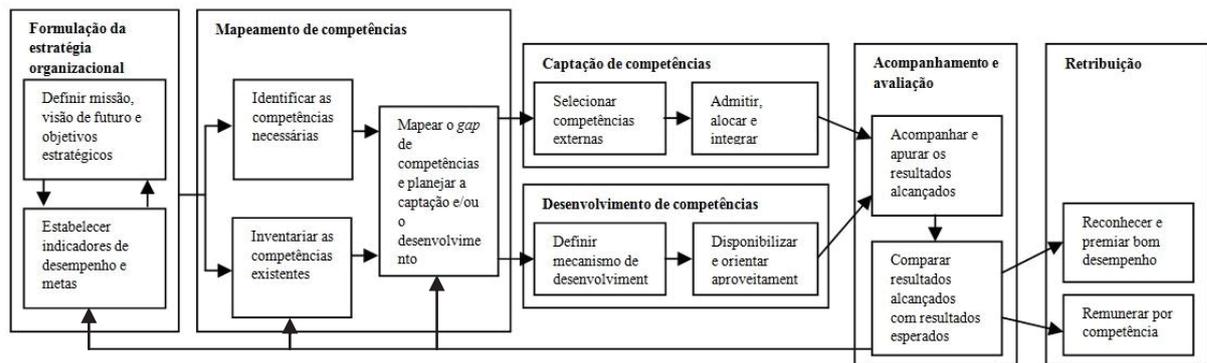
A competência organizacional, por sua vez, também recebeu outro termo que foi difundido por Prahalad e Hamel (1990), a competência *essencial* (*core competency*). Os autores explicam que a competência essencial abrange um conjunto de habilidades ou aptidões que une esforços individuais (fusão da expertise com o novo) e são como um sistema de raízes, utilizando-se da analogia de uma árvore para representar uma organização; ou seja, as competências essenciais proveem nutrição, sustentação e estabilidade. Segundo Prahalad e Hamel (1990), as competências essenciais são concebidas pela harmonia, comunicação, comprometimento e organização do trabalho em suas várias funções e pessoal, que, por fim, apresentam os resultados (serviços ou produtos – “folhas” e “frutos”).

Em suma, a presente pesquisa tem seus objetivos voltados às competências essenciais atribuídas aos gestores em saúde pública municipal. Neste caso, as competências essenciais são a base do Mapeamento de Competências, conforme técnicas sugeridas por Brandão (2017).

2.4 MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

Na FIGURA 4, conforme Brandão e Bahry (2005), o Modelo de Gestão por Competências é um processo contínuo de etapas que abrangem a formulação de estratégia organizacional: o Mapeamento de Competências; a Captação de Competências; o Acompanhamento; e, Avaliação e Retribuição.

FIGURA 4 - MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS



FONTE: BRANDÃO; BAHRY (2005, p. 181).

O modelo de gestão por competências tem servido para planejar, captar, desenvolver e avaliar as competências essenciais para o alcance dos objetivos da organização. (CARBONE et al., 2009). Sendo assim, a gestão por competências é um modelo de gestão de pessoas que desempenha papel capital no processo organizacional de estimular, mobilizar, induzir e promover o desenvolvimento de competências profissionais ou organizacionais por meio da identificação e avaliação de desempenho por competências, manifestado ou por resultado, e, por consequência, na formação de plano educacional. (BRANDÃO, 2017).

A gestão por competências oportuniza às organizações o investimento em seu capital humano por meio de seu desenvolvimento, oferecendo condições para o incentivo do autodesenvolvimento. (RUTHES; CUNHA, 2008). Neste sentido, é possível ir além e destacar a importância do modelo de gestão por competências por ultrapassar os limites pessoais e organizacionais ao agregar valor, valor este que se estende do profissional à comunidade e nação. (CHIAVENATO, 2007).

As organizações contemporâneas têm buscado a modernização mediante a utilização de diversos mecanismos ou ferramentas para adequar pessoas ao desenvolvimento do seu trabalho. O efeito da contemporaneidade tem apresentado um novo arranjo produtivo e econômico e está diretamente conexo ao desenvolvimento de competências com foco no

indivíduo, exigindo formação mais ampla de conhecimentos e alta capacidade de raciocínio (crítico e reflexivo) e atitude no enfrentamento de problemas. (BITENCOURT; BARBOSA, 2010).

2.4.1 Gestão por competências e a administração pública

Apesar do setor público e o privado serem diferentes quanto ao propósito, função e ou legislação, é possível encontrar áreas em comum. Uma delas é a área de recursos humanos, pois pessoal capacitado e qualificado é imprescindível a ambos. Todavia, a gestão de pessoas no setor público, no nível municipal tem-se limitado à administração de pessoal (meramente burocrática), não buscando a integração entre a organização e seus servidores por meio de planejamento e desenvolvimento. (GEMELLI; FILIPPIM, 2010).

De acordo com Souza (2014), mesmo não recebendo cobrança mercadológica de concorrências por clientes, a organização pública procura zelar por sua imagem e sua posição de atuação na prestação de serviços. Com isso, a Emenda Constitucional 19/1998, acrescentou ao Artigo 41 da Constituição Federal de 1988 a possibilidade de perda do cargo ao servidor público com baixa avaliação de desempenho. (BRASIL, 1988).

Contudo, mesmo diante de tantos investimentos e mudanças para que as organizações públicas ofereçam um ambiente organizacional pautado em excelência e qualidade, a tão falada e desejada estabilidade do funcionalismo público passa a imagem de que a instituição pública abriga funcionários pouco interessados em investir em suas carreiras. Por isso, imediatamente, imagina-se um cenário apático, com pessoas despreocupadas com a excelência do trabalho e com pensamento limitado a cumprir o horário estipulado e fazer pelo menos o mínimo do que se espera. (SOUZA, 2014, p. 6).

Mesmo que as velocidades de mudança entre o setor público e privado sejam diferentes, nota-se que governos (municipais, estaduais e união) têm buscado mais qualidade ao setor. No entanto, um dos maiores desafios do setor público é a mudança da cultura organizacional do serviço público, do modelo burocrático para um modelo gerencial de resultados. Para que haja sucesso do modelo da gestão por competências, a metodologia de gestão precisa estar alinhada à estratégia da instituição. (SILVA; MELLO, 2013).

Todavia a terminologia competências vai além dos meios empresariais privados, por exemplo, “para o Ministério da Educação no Brasil, o termo competência designa qualidade de quem é ‘capaz’ de aprender, julgar ou resolver certo problema, ter ‘capacidade para’ fazer algo, ter habilidade, aptidão, idoneidade.” (RUTHES; CUNHA, 2008, p. 59).

Segundo Giudice (2012), em fevereiro de 2006, mediante a publicação do Decreto nº 5.707, foram introduzidas inovações à Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal da Administração Pública Federal ao instituir a política e as diretrizes para o desenvolvimento de pessoal da Administração Pública Federal. Foi a primeira vez que o termo gestão por competências foi inserido e explicado em Legislação Federal.

Nesta pesquisa, explicita-se no Decreto nº 5.707/2006, Art. 2º, Item II: “gestão por competência: gestão da capacitação orientada para o desenvolvimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das funções dos servidores, visando ao alcance dos objetivos da instituição.” (BRASIL, 2006, p. 3).

Araújo Júnior e Martins (2016) realizaram estudo no ano de 2014 em que objetivaram revisar, de forma empírica, o tema *competências* em pesquisas voltadas para ambiente de trabalho em organizações públicas entre os anos de 2006 até 2013, após a promulgação do Decreto nº 5.707/2006 que consolidou a gestão por competências como um dos modelos a ser seguido pela administração federal. Os resultados da pesquisa apontaram predominância de pesquisas sobre competências entre os anos de 2009 a 2013, evidenciando a busca da eficiência e eficácia administrativa pelo estudo da gestão por competência no setor público.

Conforme Lucas (2015), a implantação da Gestão por Competências no serviço público, definitivamente, traz melhoramentos e eficiência, tanto na qualidade dos serviços prestados, quanto na qualificação dos agentes públicos (habilidades e comportamentos). No entanto, a efetivação deste modelo é desafiadora, pois apesar de ser tema de estudo e discussão, é pouco difundido no âmbito do funcionalismo público brasileiro.

Pires et al. (2005) apresentam no livro *Gestão por Competências em Organizações de Governo: Mesa-Redonda de Pesquisa Ação*, um capítulo de experiências de instituições públicas em atividades de gestão por competências. Algumas delas são:

- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq);
- Banco Central do Brasil;
- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE);
- Ministério da Justiça (MJ);
- Tribunal de Contas da União (TCU);
- Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro);
- Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SEGES/MP);
- Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL);

- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA).

Neste sentido, entende-se que os servidores públicos que desenvolvam perfil multifuncional agregam maior valor ao serviço, pois conhecimentos técnicos das funções não são suficientes para que o servidor desempenhe sua atividade de forma integral e excelente. As competências mais importantes para a atuação do servidor público são: “o autodesenvolvimento, a criatividade, a capacidade de trabalhar em equipe, de construir relacionamentos e de gerar resultados.” (PIRES et al., 2005, p. 32).

Um exemplo internacional de serviço público a ser citado quanto à implementação da gestão por competências é o Governo do Canadá. Em seu *site* oficial pode ser encontrado o título Desenvolvimento Profissional no Serviço Público: “Receba informações sobre programas de desenvolvimento de liderança, competências essenciais e treinamento de plano de sucessão¹ e gerenciamento.” (CANADA, 2016, sem paginação, tradução nossa).

A mesma página da internet dá acesso ao tema: Principais Competências de um Líder: Descubra quais são os conhecimentos, habilidades e comportamentos esperados dos líderes do Serviço Público Canadense. As competências definidas são: Desenvolver Visão e Estratégia; Mobilizar Pessoas; Preservar a Integridade e Respeito; Colaborar com Parceiros e Equipe; Promover Inovação e Guiar Mudanças; Alcançar Resultados; e, todas as competências são acompanhadas de exemplo de comportamento efetivo em diferentes áreas de atuação. (CANADA, 2016, tradução nossa).

Os servidores públicos, gestores ou não, são favorecidos pelo uso do modelo de gestão por competências, pois os recursos (instalações físicas e equipamentos) não trabalham, pensam ou raciocinam, eles são administrados para o alcance de resultados e os resultados são obtidos com o auxílio das competências, alma de uma organização. (CHIAVENATO, 2007).

2.4.2 Gestão por competências e a área da saúde pública

Neiworth et al. (2014) afirmam que a gestão por competências é relativamente nova no campo da saúde pública, mas tem aumentado em importância, pois na mesma lógica de outros campos profissionais, também tem remanejado o foco da transferência de conhecimento para o desenvolvimento de competências, promovendo excelência na prática da saúde pública e diminuindo a lacuna entre o que se aprende e o que se pratica. Contudo,

¹ Identificação e desenvolvimento de novos líderes no processo de sucessão dos antigos (exemplo: aposentadoria).

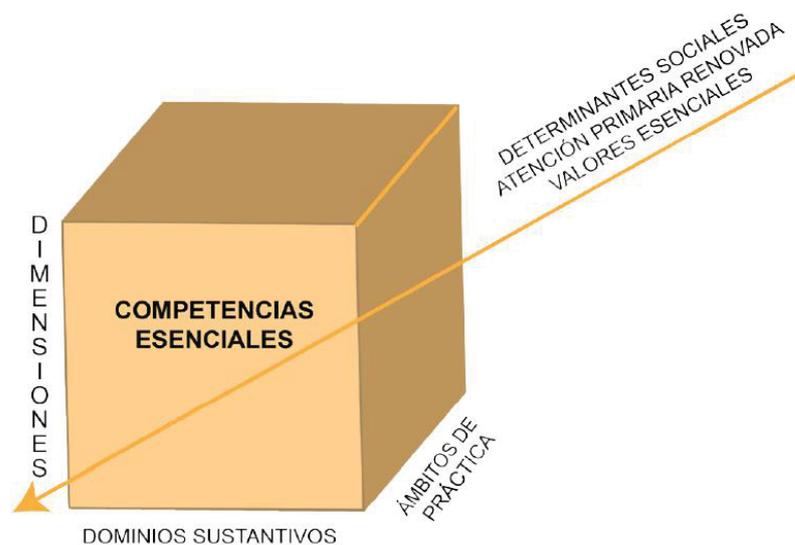
Ruthes e Cunha (2008, p.70) alertam que “agregar somente novas tecnologias à área da saúde não é suficiente; é imprescindível a adoção de novas formas de gestão que valorizem a criação e desenvolvimento de competências.”

Na articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, a gestão por competências, oferece oportunidade de aproximação entre os gestores e colaboradores da área de saúde, motivando a atitude inclusiva de desenvolvimento de competências e não o simples gerenciamento das mesmas. (RUTHES; CUNHA, 2008).

Em 2010, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) fez um chamado a instituições de doze países que participaram para construção do documento *Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para Las Américas – MRCESP* – que define as competências essenciais que profissionais de diversas atividades na saúde pública devem possuir ou desenvolver. O resultado esperado da aplicação prática do documento, dentre outros, é o de potencializar e facilitar a elaboração de planos e estratégias de formação em excelência dos profissionais de saúde. (CONEJERO et al., 2013; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

Conforme será visto no capítulo metodológico, esta pesquisa atende ao documento da OPAS e aplica um questionário produzido a partir dele, na segunda etapa de coleta da dados. Na FIGURA 5, pode-se observar a demonstração das Competências Essenciais como um cubo tridimensional (dimensões, domínios concretos e âmbitos da prática) do MRCESP. O mesmo é atravessado e dirigido transversalmente pelos valores. (CONEJERO et al., 2013).

FIGURA 5 - MODELO METODOLÓGICO - MRCESP



FONTE: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2013, p. 5).

A Gestão por competências pode oferecer uma proposta viável, pois vai além da simples definição e especificações de capacidades. É assunto complexo e demanda muitas reflexões e pesquisas, especialmente no caso de instituições de saúde e sua amplitude profissional multidisciplinar que, dentre várias habilidades, por vezes são contrastantes, por exemplo, o agir técnico com entrega humanizadora. (RUTHES; CUNHA, 2008).

2.4.3 Mapeamento de competências

O Mapeamento de Competências é uma fase do Modelo de Gestão por Competências (FIGURA 4) que apreende as competências descritas operacionalmente como essenciais pela instituição e demanda rigor metodológico, instrumentos e técnicas determinados. “Se o mapeamento for impreciso, equivocado, ficarão prejudicadas as etapas de captação, desenvolvimento e avaliação de competências.” (BRANDÃO, 2017, p. 13). Conforme Carbone et al. (2009), o mapeamento de competências tem o intuito de identificar e trabalhar com a lacuna ou *gap* entre as competências compreendidas como necessárias e as competências existentes para consolidar os objetivos da organização.

O Mapeamento de Competências pode ser dividido em quatro etapas: 1. Identificar ou descrever as competências necessárias em documentação oficial da organização; 2. Inventariar as competências existentes por meio de instrumento de coleta de dados; 3. Mapear o *Gap* conforme os dados coletados; e, 4. Planejar a captação ou desenvolvimento das competências mapeadas como *gaps*.

Quanto a organizações públicas, Souza (2014) indica que um dos principais objetivos do mapeamento de competências é o autoconhecimento tanto do servidor quanto da organização. Ao servidor, o mapeamento de competências pode oferecer tanto o crescimento pessoal e profissional quanto à conscientização sobre suas responsabilidades frente ao sucesso organizacional. Para a organização pública, o mapeamento de competências pode apresentar a oportunidade de substituir ações pontuais por políticas públicas (mudança de cultura organizacional quanto a fluxos de trabalho, definição de atribuições e perfis profissionais).

Destaca-se também que a supressão de possíveis lacunas ou *gaps* de competências da esfera pública não se dá de forma desigual à privada, pois é baseado em pessoas. (SOUZA, 2014). Neste sentido, Carbone et al. (2009) referem que o mapeamento de competências pode passar a ser ferramenta orientadora do sistema educacional da organização sendo fundamentada no gerenciamento de eventuais *gaps* ou lacunas de competências com intuito de eliminar ou minimizar tais *gaps* na orientação dos profissionais.

Porém, a mudança de padrões e processos de uma organização pode ser revolucionária (novos valores e redefinição de práticas) ou gradual (novos valores são complementares aos já existentes). Sugere-se ao desenvolvimento do processo de aprendizagem, a mudança gradual, pois gera menos ansiedade e proporciona um ambiente que predispõe a busca de novas soluções e alternativas à vida organizacional. (FLEURY; FLEURY, 1997).

Fleury e Fleury (1997) destacam que com o surgimento de uma situação adversa nova (ainda não vivenciada), as pessoas desenvolvem ansiedade e ou frustrações. Se um processo de aprendizagem não é desenvolvido para o enfrentamento desta nova situação adversa, o problema será ignorado ou até entendido como não existente, pois no processo de autopreservação, evita-se a ansiedade da busca por novas soluções, sendo um grande risco para a organização.

2.4.3.1 Desenvolvimento de competências

Boyatzis (2008) relata que um dos benefícios de trabalhar com o tema competência é a possibilidade de entrar em um domínio humano que pode ser desenvolvido na idade adulta. O desenvolvimento de competências também é apoiado nas indicações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2009), conforme QUADRO 2. A PNEPS também se utiliza de competências para a sistematização em sequência. Ou seja, da reflexão e identificação de problemas (identificação de lacunas) até a busca de soluções e prática após o desenvolvimento de competências específicas.

QUADRO 2 – COMO PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS - PNEPS

Identificar problemas	- Ação-Reflexão - Investigação-Ação	- Estudo de Casos; - Trabalho de Campo; - Sistematização de dados locais; - Construção e Priorização de Problemas.
Ampliar o Conhecimento	- Acesso Bibliográfico; - Acesso a Dados; - Acesso a Educação Virtual; - Acesso a Outras Experiências.	- Seminário de Estudos; - Estágio <i>in loco</i> ; - Grupos de Discussão; - Teleconferências e Redes Interativas.
Desenvolver Competências Específicas e da Equipe	- Aquisição de Competências e Capacidades Específicas	- Supervisão-Capacitante; - Treinamentos Focalizados Específicos; - Oficinas de Elaboração de Projetos de trabalho.
Buscar Soluções; Colocá-las em Prática e Avaliá-las.	- Coordenar Condutas com Outros e Trabalho em Redes.	- Grupos Operativos de Qualidade; - Oficinas de Programação Local; - Avaliação de Processos e Resultados.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2009, p. 55).

A PNEPS possui a pretensão de ser referência e instrumento de trabalho para todas as pessoas que, de alguma forma, envolvem-se com a gestão da educação na saúde nos distintos contextos de gestão do SUS e que participam dos espaços de gestão participativa e controle social da Política da Saúde Brasileira. (SADE, 2017, p. 22).

É possível que a educação continuada e capacitações para transferência de conhecimentos alcancem aprendizagens individuais; no entanto, podem não alcançar a aprendizagem organizacional. Por sua vez, a educação permanente pretende alcançar a capacitação incorporando o ensino e o aprendizado ao contexto do dia-dia das organizações. Ou seja, utilizar a prática como fonte de conhecimento, proporcionando a reflexão, problematização e construção de conhecimentos e alternativas de ação, proporcionando o surgimento, fortalecimento e ou desenvolvimento de competências profissionais. (BRASIL, 2009).

Convém salientar que Brandão (2017) destaca que seria possível e até recomendável que coubesse ao profissional a escolha de ações educacionais que mais lhe seriam apropriadas. Sob a orientação da empresa que tem como foco o desenvolvimento de certa competência, o profissional escolheria a oportunidade educacional disponível conforme seu gosto, conveniência, necessidade ou preferência (livros, revistas, publicações, cursos, vídeos, filmes, internet e outros).

2.4.3.2 Educação baseada em competências

Segundo Gruppen, Mangrulkar e Kolars (2012), a *Competency-based education* (CBE) oferece flexibilidade e aprendizado individualizado em competências. Os objetivos de aprendizado tradicionais, geralmente, se concentram em o que o aluno deve *saber*, enquanto que as competências concentram-se no que o aluno deve ser capaz de *fazer*; isto é, o fazer é referente ao desempenho e características profissionais desejadas) quando trabalhados temas como liderança, formação de políticas, gestão e direção de equipes interdisciplinares.

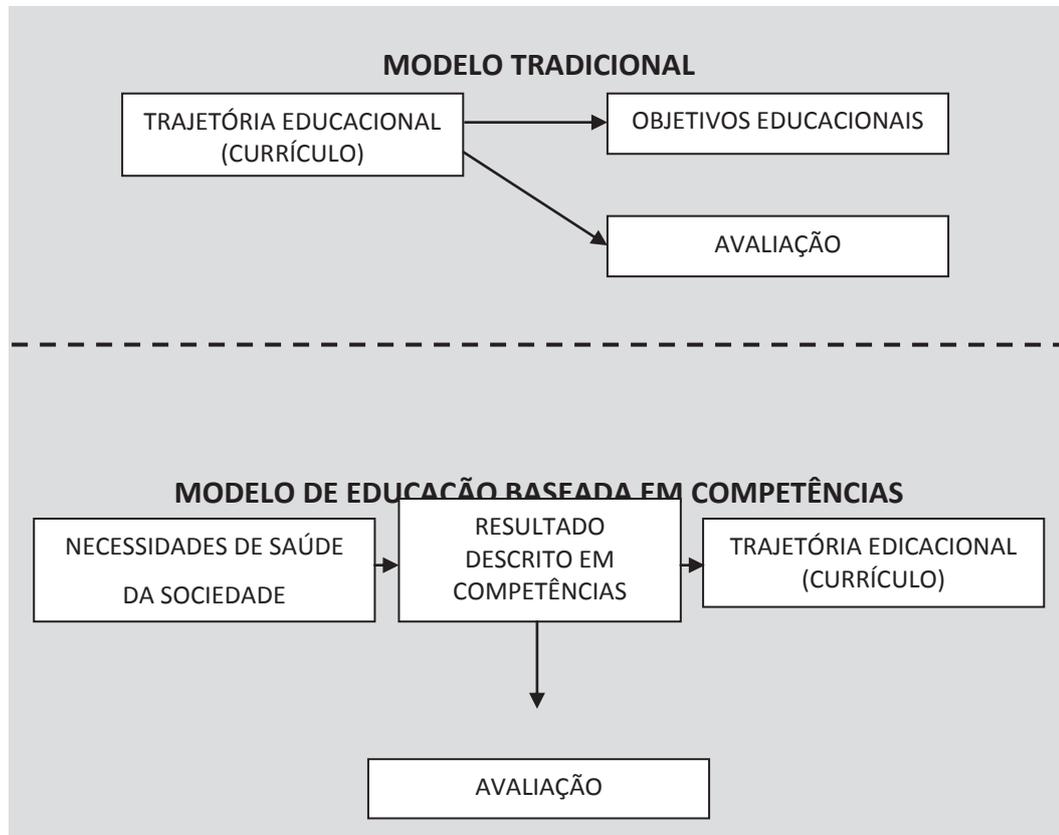
A educação tradicional tende a se concentrar no quê e como os alunos são ensinados e menos sobre como podem usar seu aprendizado (resolver problemas, executar procedimentos ou tomar boas decisões). Ao enfatizar os resultados e não os processos educacionais, a CBE fornece uma mudança significativa para educadores e formuladores de políticas em busca da eficiência dos programas educacionais. (GRUPPEN; MANGRULKAR; KOLARS, 2012).

No *site* oficial do *U.S. Department of Education* (United States of America (USA), 2018), equivalente ao Ministério da Educação nos Estados Unidos da América, a Educação Baseada em Competência ou *Competency Based Education* (CBE) é apresentada como Aprendizagem Baseada em Competência e Aprendizagem Personalizada.

Transição do tempo sentado em sala de aula, em favor da criação de flexibilidade, permitindo que os alunos progridam como um mestre de conteúdo acadêmico, independentemente de tempo, lugar ou ritmo de aprendizagem. As estratégias baseadas em competências fornecem flexibilidade na maneira como o crédito pode ser ganho ou premiado e oferecem aos alunos oportunidades de aprendizagem personalizadas.[...] Dependendo da estratégia seguida, os sistemas baseados em competências criam múltiplos caminhos para a graduação, fazem melhor uso da tecnologia, dão lugar a novos padrões de gestão de pessoal por utilizarem melhor as habilidades e interesses dos professores, aproveitam as oportunidades de aprendizagem fora da escola e ajudam a identificar oportunidades para direcionarem intervenções para atender às necessidades específicas de aprendizado dos alunos. (UNITED STATES OF AMERICA (USA), 2018, não paginado, tradução nossa).

Na FIGURA 6 é demonstrado que a CBE é fundamentada nas necessidades de saúde de uma comunidade e identificação de quais resultados podem ser mapeados para as mudanças desejadas em saúde. Ou seja, o sucesso para a CBE é determinado pela capacidade de realizar as expectativas determinadas pelas partes interessadas fora do programa educacional em si. (GRUPPEN; MANGRULKAR; KOLARS, 2012).

FIGURA 6 – COMPARAÇÃO DO MODELO TRADICIONAL DE ENSINO COM MODELOS DA EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS



Na área da saúde, a Academia de Medicina norte americana tem discutido a CBE desde a década de 1970 e, conforme resultado de revisão sistemática das definições já publicadas realizada por Frank et al. (2010).

Educação baseada em competências (CBE) é uma abordagem para preparar médicos para a prática que é fundamentalmente orientada para a graduação de habilidades organizadas em torno de competências derivadas da análise das necessidades sociais e do paciente. A CBE não enfatiza o treinamento baseado no tempo e promete maior responsabilidade, flexibilidade e foco centrado no estudante. (FRANK et al., 2010, p. 636, tradução nossa).

Conforme Hatcher et al. (2013), o maior objetivo da CBE tem sido o de garantir que as pessoas sejam atendidas por profissionais competentes por meio de ferramentas práticas que mostram o caminho e ajudam na concretude das habilidades pelo profissional. A medicina brasileira também vem discutindo a CBE há alguns anos. Fonseca e Oliveira (2013, p. 272) relatam que “a melhoria dos cuidados de saúde só pode realizar-se com o desenvolvimento de estruturas educacionais familiarizadas com o mundo complexo do setor onde, como se sabe, a inovação não para de se manifestar.” Segundo Ben et al. (2017), no Brasil, as escolas da área

da saúde que implementaram o currículo por competências são: Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade da Cidade de São Paulo (UNICID) e Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

No entanto, alguns riscos do desenvolvimento educacional por competências são salientados. Tem havido falha no levantamento das necessidades, definição de competências muito genéricas e mal definidas, e falta de métodos de avaliação do alcance de determinada competência. Mesmo assim, um currículo baseado em competências prepara os estudantes de modo mais eficiente que do modelo tradicional. (FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

Há de se superar resistências à mudança, investir em espaços de prática e na capacitação docente. O processo ensino-aprendizagem nessas disciplinas precisa ocorrer por meio de método e planejamento, ambos em sintonia com teoria, prática e estágios, com situações reais de trabalho que permitam um aprendizado a ser mediado e interpretado conforme o contexto laboral. (PERES et al., 2017, p. 7).

2.4.3.3 Trilhas de aprendizagem corporativa

Brandão (2013) relata que a Universidade Corporativa Banco do Brasil atua desde 2002 e sistematiza processos e ações educacionais com mais de 300 soluções de capacitação oferecidas aos funcionários por meio do ensino presencial, ensino a distância e disponibilidade de biblioteca virtual. Destaca-se ainda que os quase três mil educadores corporativos são servidores do Banco do Brasil que atuam nas agências bancárias e outros níveis de atuação, que funcionários se candidatam e recebem formação de 80 horas para tornarem-se um educador corporativo, *expert* educador que conhece a realidade e atua na área.

O planejamento educacional de macro e micro didática (intervenções educativas) é individualizado e focado no oferecimento da estratégia mais adequada, conforme o objetivo e a competência a ser desenvolvida. Então, o planejamento delineado depende das características do aluno; ou seja, é realizada avaliação de características como idade, experiência e preferências para a decisão das especificidades educacionais a serem ofertadas, por exemplo, curso presencial ou à distância, e a mídia realiza-se por meio de cartilhas, infográfico, videoaula, artigos, jogos educacionais ou animação. (BRANDÃO, 2013).

As competências necessárias para o atingimento das estratégias elencadas pelos níveis superiores são o elemento integrador de todos os subsistemas de gestão de pessoas, que no Modelo de Gestão por Competências se dão por meio de gratificação, seleção, educação e outros. A organização das soluções de capacitação é apresentada aos funcionários como

Trilhas de Aprendizagem voltadas para o desenvolvimento de competências profissionais. (BRANDÃO, 2013).

Referente às Trilhas de Aprendizagem, Brandão (2013) explica que são escolhidas pelo profissional com base em três lógicas apresentadas a ele: 1ª Lógica: Tema (exemplo: Finanças ou Gestão de Pessoas), 2ª Lógica: Papel Ocupacional (exemplo: gestor ou operacional) e 3ª Lógica: Histórico de Desempenho (indicação da trilha a ser seguida conforme a matrícula do profissional pela inteligência artificial que se utiliza do banco de dados com as avaliações internas e externas - ouvidorias – do funcionário).

Quanto à avaliação do Planejamento Educacional para o desenvolvimento de competências, a Universidade Cooperativa Banco do Brasil (UniBB) tem utilizado um processo de quatro níveis: 1º Nível – Satisfação com o treinamento (avaliação de reação); 2º Nível – Aprendizado (retenção do conhecimento); 3º Nível – Impacto no trabalho (utiliza no trabalho o conteúdo aprendido?); 4º Nível – Impacto na instituição (avaliação é realizada um ano após o treinamento recebido, respondida pelos trabalhadores que receberam o treinamento e pela chefia imediata – heteroavaliação). (FREITAS; BORGES-ANDRADE, 2005; BRANDÃO, 2013).

Nesta dissertação, optou-se pela utilização de Trilhas de Aprendizagem devido ao conceito de competências a ser desenvolvido, agregar valor ao indivíduo e excelência ao gerir o SUS em nível municipal. No capítulo metodológico, seu enfoque para a saúde pública está detalhado no Planejamento Educacional para o Desenvolvimento de Competências quanto à definição de conteúdo de ensino, estratégias, meios didáticos dos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA) e parcerias externas.

Neste capítulo, o referencial teórico de competências foi apresentado referente à polissemia (conceituação de diferentes nomes), níveis e tipos de competência. O Modelo de Gestão por Competências também foi apresentado, com ênfase no Mapeamento de Competências, tema central desta pesquisa, que culmina no desenvolvimento de competências específicas.

3 MÉTODO DE PESQUISA

Este capítulo apresenta a proposta de metodologia que orienta esta pesquisa para o cumprimento dos objetivos elencados. Para tanto, expõe-se: o tipo de pesquisa, o local da pesquisa, os participantes da pesquisa, as etapas da pesquisa, os aspectos éticos da pesquisa e os procedimentos de análise de dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso único integrado de abordagem qualitativa, composta por subunidade quantitativa, e quanto aos objetivos da pesquisa classifica-se como exploratória descritiva.

O estudo de caso corresponde à análise de fenômenos contemporâneos com o seguinte tipo de questão de pesquisa: “como?” ou “por quê?”. “Isso ocorre porque essas questões lidam com os vínculos operacionais que necessitam ser traçados ao longo do tempo, mais do que as meras frequências ou incidências.” (YIN, 2015, p. 11).

Nesse sentido, Yin (2015) relata que o estudo de caso é comumente utilizado, dentre outras áreas, na administração e na enfermagem, para ampliação do conhecimento quanto a fenômenos sociais complexos (individuais, grupais, organizacionais e políticos), permitindo ao pesquisador a perspectiva holística do mundo real, teorias e processos organizacionais, incluindo evidências quantitativas e qualitativas e requer múltiplas técnicas de coleta de dados (exemplos: fonte documental e observação espontânea).

A presente pesquisa é definida como estudo de caso *único*, pois se refere a um grupo específico a ser estudado (gestores municipais de saúde pública) a modalidade de caso único também é indicada para esta pesquisa devido à circunstância decisiva e instrumental que se propõe, pois se deseja entender as contribuições do Mapeamento de Competências à gestão da saúde pública municipal. (YIN, 2015; GIL, 2017).

A abordagem *qualitativa* neste projeto dá-se pela análise documental, em que se busca o significado das palavras, frases e orações no estudo dos documentos oficiais encontrados, indicando a visão de futuro, missão, objetivos estratégicos, relatórios de gestão, plano de cargos e indicadores de desempenho. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). No entanto, importa que os dados qualitativos sejam coletados de múltiplas formas para possibilitar triangulações e aprofundamentos da pesquisa; ou seja, também por meio de

observações e busca do significado das manifestações escritas e ou orais espontâneas ou não. (YIN, 2015).

Segundo Yin (2015, p. 69), a pesquisa também é considerada *integrada*, pois “os estudos de caso integrados podem contar com estratégias mais holísticas de coleta de dados para o estudo do caso principal e recorrer, então, aos levantamentos ou outras técnicas quantitativas [...]”. Então, a natureza *quantitativa* pode ser também proposta como complementar à natureza qualitativa como uma subunidade de análise que provê a possibilidade de análise extensiva à etapa crítica do Mapeamento de Competências no quesito confiabilidade ou fidelidade dos dados.

A maneira geral de abordar o problema de confiabilidade é tornar as etapas do processo as mais operacionais possíveis e conduzir a pesquisa como se alguém estivesse olhando sobre seu ombro. Os contadores sabem que qualquer conta poderá ser auditada. Nesse sentido, um auditor também está desempenhando uma verificação da confiabilidade e deve ser capaz de reproduzir os mesmos resultados, caso os mesmos procedimentos sejam seguidos. Uma boa diretriz para a realização de estudos de caso é, portanto, conduzir a pesquisa de forma que um auditor possa, em princípio, repetir os procedimentos e chegar aos mesmos resultados. (YIN, 2015, p. 52).

Esta pesquisa é compreendida como *exploratória*, pois tem por propósito a aproximação, descoberta, exposição da questão de pesquisa estudada e também por se tratar de um estudo de caso. A pesquisa exploratória é flexível e pode ser realizada por meio de variadas abordagens e diferentes perspectivas. (GIL, 2017).

Então, sendo o objetivo desta pesquisa o de, também, descrever e estudar as características de determinada população (exemplos: idade, gênero, nível de escolaridade) e ou um fenômeno (Mapeamento de Competências de gestores em saúde pública municipal), a pesquisa também é compreendida como *descritiva*. (GIL, 2017).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa é realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) de um município da Região Metropolitana de Curitiba, pertencente ao grupo dos dez municípios paranaenses com mais de 150 mil habitantes. O município possui mais de um século e meio de história, cerca de 40 bairros e aproximadamente um milhão de quilômetros quadrados, 82% desta área é considerada rural, com destaque para as colônias organizadas por imigrantes originários da Polônia, Itália e Ucrânia que chegaram à segunda metade do século XIX. No entanto, a maioria da população reside na área urbana, cerca de 90%.

A economia do município se destaca pela presença de área institucional aeroportuária (maior movimentação em toneladas por mês do sul do país) pelo fato de ser cortado por três

importantes rodovias (BR-277, BR-376 e BR-116). Grandes empresas automotivas estão instaladas no município, não deixando de mencionar as atividades econômicas referentes à agricultura, pecuária e extração mineral e vegetal. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2014 foi de R\$ 76 mil e a receita total municipal chegou aos R\$ 966 milhões, ocupando a 81ª posição no país (IBGE).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (0,758) e ocupa a 400ª posição em relação aos 5.570 municípios brasileiros e 21ª em relação aos 399 municípios do Paraná. (IBGE, 2010).

A Prefeitura Municipal conta com 21 Secretarias Municipais. O serviço público de Saúde teve sua organização inicial em 1940 com a instalação da Casa de Saúde (sanatório), que visava o atendimento de pacientes com infecções pulmonares e tuberculose. Em 1964 foi criado o Serviço Municipal de Saúde com a finalidade de prestar assistência médica e social à população (função de fiscalizar e conceder licenças para construções particulares, realizar consultas admissionais, concessão de licença e aposentadoria aos servidores). Já na era SUS, em 1991 foi criada a SEMS, mas que ainda compreendia o Departamento de Assistência Social.

Na atualidade, a rede municipal de saúde pública e própria é composta por 46 serviços de atenção a saúde, dentre eles: Sede da SEMS, Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Segurança e Saúde do Trabalhador), Hospital e Maternidade, Serviço de Atendimento à Urgência e Emergência 24 horas, Serviço de Atendimento Móvel à Urgência e Emergência, 12 Serviços de Saúde Especializados e 26 Unidades de Saúde Locais.

A SEMS conta com aproximadamente 2.100 (dois mil e cem) servidores estatutários, com vínculo de Emprego Público e cargos comissionados, não participando desta soma os profissionais que desempenham atividades de segurança, limpeza, os profissionais de saúde credenciados e contratados, podendo então chegar ao total de 2.300 (dois mil e trezentos) servidores e trabalhadores com atuação na saúde pública municipal.

A atividade de gestão do SUS municipal está prevista por meio dos cargos de Secretários de Saúde, Diretoria Geral, Diretores de Departamentos, Chefes de Divisões, Chefes de Postos de Saúde “A”, Chefes de Postos de Saúde “B” e Chefes de Postos de Saúde “C”.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A SEMS, cenário desta pesquisa, possui 91 gestores. Os cargos ocupados são de

Diretoria Geral e Diretoria de Departamento (Atenção Básica, Especialidades, Regulação, Hospital e Maternidade, Urgência e Emergência, Fundo Municipal de Saúde, Planejamento Estratégico Orçamentário, Técnico Administrativo e Promoção a Saúde e Vigilâncias).

As Chefias de Divisão são responsáveis pela Ouvidoria em Saúde, Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Epidemiológica, Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT), Vigilância Ambiental, Assessorias Técnicas do Gabinete do Secretário, Apoio Jurídico, Escola de Saúde Pública e Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU).

As Chefias de Setor ou Serviços são responsáveis pela Unidade de Vigilância a Zoonoses, Núcleo Municipal de Testagem e Aconselhamento em Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS infantil, Álcool e Drogas e Transtorno Mental), Centro Integral de Assistência à Criança e Adolescente, Centro de Especialidades Odontológicas, Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Especial, Laboratório Municipal e Unidade de Pronto Atendimento.

3.3.1 Definição da população de estudo e amostragem

Conforme Marôco (2007), duas etapas fundamentais devem ser cumpridas para que os resultados da pesquisa sejam generalizáveis e dignos da inferência estatística. A primeira delas, definição da população pesquisada; a segunda é a definição de como serão selecionados os participantes que constituem a amostra representativa (probabilística e não probabilística), pois “[...] quanto maior a amostra, maior a probabilidade dela refletir a população inteira.” (FIELD, 2013, p. 44, tradução nossa).

No método não probabilístico a amostragem é intencional, “formada por elementos escolhidos por determinado critério, ou seja, escolhe-se intencionalmente um grupo de elementos que irão compor a amostra.” (CORREA, 2003, p. 30). Para esta pesquisa então, a população foi definida conforme a tipicidade da função; ou seja, gestores em saúde pública de um Município da Região Metropolitana de Curitiba (Diretores, Chefias, Coordenações e Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde), totalizando 91 gestores.

Segundo Fontelles et al. (2010, p. 63), “o entendimento dos diferentes tipos de amostragem, assim como o cálculo correto para o tamanho da amostra, são pontos fundamentais para o sucesso na realização de uma pesquisa científica.” Mas, ainda segundo o autor, há que se definir a margem de erro (erro amostral), pois não é possível garantir que a amostragem (por maior que seja) reflita exatamente as características de toda a população pesquisada. Portanto, para esta pesquisa, a margem de erro padrão (desvio padrão das médias

das amostras) escolhida é de 5%, promovendo o intervalo de confiança de 95% (porcentagem de valor real da média da população).

Conforme Fontelles et al. (2010), as seguintes fórmulas são utilizadas para população-alvo com número conhecido:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad (1)$$

onde:

E_0 = Erro amostral

n_0 = Primeiro valor aproximado do tamanho da amostra

Então, o cálculo do erro amostral de 5% para esta pesquisa é: $n_0 = 1 / 0,05^2 = 400$.

$$n = \frac{N * n_0}{N + n_0} \quad (2)$$

onde:

n = Valor aproximado do tamanho amostral

N = Tamanho da população estudada

n_0 = Primeiro valor aproximado do tamanho da amostra

Então, sabendo que $N = 91$ e $n_0 = 400$, o tamanho mínimo da amostra é apresentado ao final do cálculo abaixo:

$$n = 91 * 400 / 91 + 400 = 36400 / 491 = 74,13 \text{ gestores}$$

Ou seja, sendo a população-alvo desta pesquisa totalizando 91, a amostra necessária desta população é de, no mínimo, 74 gestores participantes, para então promover o intervalo de confiança de 95%.

3.3.2 Recrutamento dos participantes

Todos os gestores foram convidados a participar da pesquisa referente às competências essenciais para a saúde pública por meio de envio de um e-mail, com conta de e-mail do autor como remetente da Universidade Federal do Paraná (UFPR), ao correio institucional da Prefeitura Municipal. Após a concordância de cada gestor, foi realizado contato pessoal e foi dada ao gestor a opção de escolha do melhor tempo e local mais adequado, respeitando a devida privacidade da coleta de dados por meio do questionário de autoavaliação, que teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE 1.

Foi garantido aos participantes a não identificação dos questionários de modo a evitar possível constrangimento referente a presumíveis comparações entre as respostas dos participantes ou apresentação de resultado individualizado. Ao finalizar o preenchimento do questionário, os participantes depositaram seus questionários com a lauda de características gerais do participante em separado, sem qualquer identificação, em caixas de coleta. As caixas permaneceram seladas até a inserção do questionário do último participante.

3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

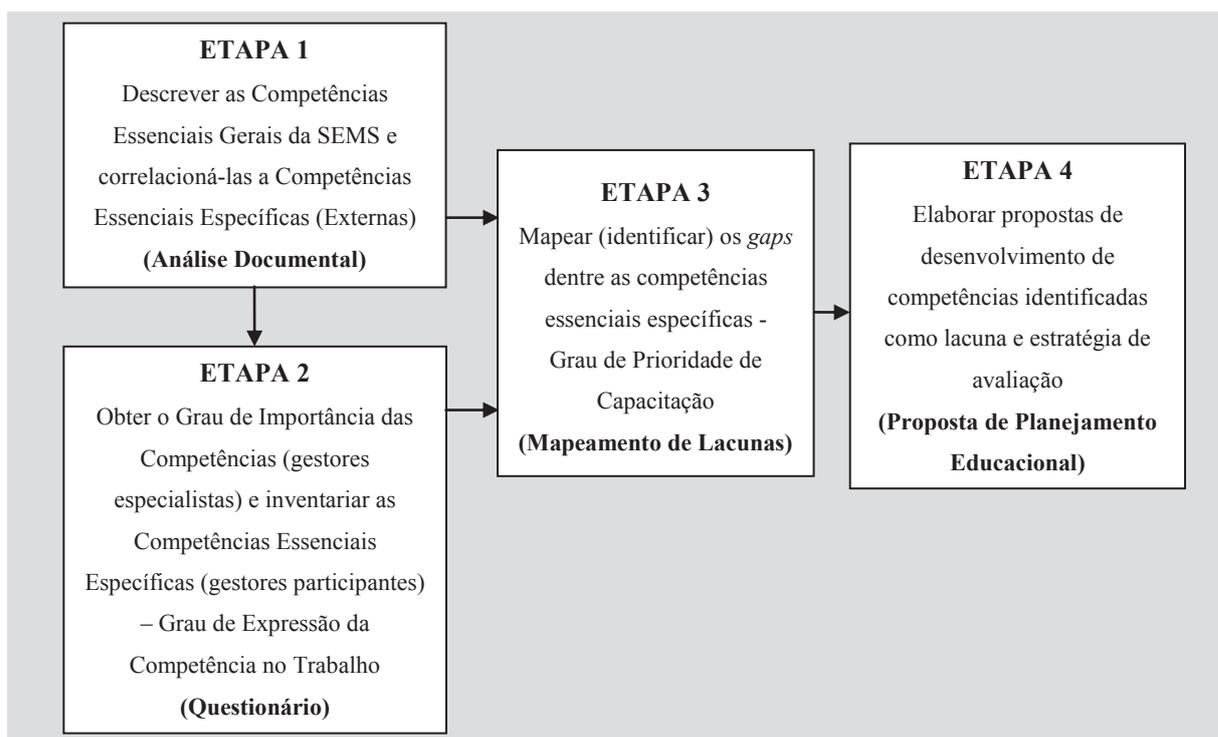
Critérios de Inclusão: Tipicidade do cargo que exerce e sem restrição; ou seja, indivíduos com responsabilidade de dirigir, chefiar ou coordenar um departamento, divisão ou serviço de saúde pública e que exerçam atividades de decisão, mediação, planejamento, controle e avaliação. Sem qualquer restrição de sexo, idade, escolaridade, formação profissional, se servidor efetivo ou comissionado, tempo no cargo ou tempo de experiência em gestão.

Critério de Exclusão: O gestor participante que não responder todas as questões, em qualquer dos Domínios do questionário.

3.4 ETAPAS DA PESQUISA

As etapas desta pesquisa estão embasadas em Brandão (2017), que utiliza como base estratégica o Modelo de Gestão por Competências de Brandão e Bahry (2005) (FIGURA 4). No entanto, do Modelo de Gestão por Competências, foi adaptada a fase de Mapeamento de Competências; o Mapeamento de Competências, e agregavam-se aspectos indispensáveis de outras etapas, tais como Por sua vez, a fase de Mapeamento de Competências foi modificada e organizada em quatro etapas que orientam esta pesquisa, conforme FIGURA 7.

FIGURA 7 – ETAPAS DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL



FONTE: Modificado em BRANDÃO; BAHRY (2005, p. 181).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todas as fases da pesquisa foram desenvolvidas em consonância com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a).

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 (SCS/UFPR), CAAE:

67007517.5.0000.0102, instituição: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional e aprovada com Parecer nº. 2.068.137 de 17/05/17 (ANEXO 1).

A pesquisa foi também submetida ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), CAAE: 67007517.5.3001.0100, instituição: Município de São José dos Pinhais (Centro Coparticipante) e aprovada com Parecer nº. 2.080.532 de 24/05/17. (ANEXO 2).

O processo de entrega do questionário foi realizado após concordância dos participantes da pesquisa e assinatura do TCLE (APÊNDICE 1). A pesquisa não trouxe risco efetivo aos participantes e foram preservados o anonimato e o sigilo das informações prestadas; ou seja, em todo o processo da pesquisa a confidencialidade foi mantida.

Aos participantes foi possibilitada a definição para os locais adequados, escolhidos pelos participantes, para a devida privacidade da coleta de dados. Foi explicitado aos participantes de que havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento por parte do participante, este poderia optar por não participar da pesquisa, se assim o desejasse.

3.6 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

A estratégia de coleta de dados da presente pesquisa contou com quatro etapas para a realização do Mapeamento de Competências: busca de documentos oficiais que inferem sobre competências essenciais, aplicação de questionário para a coleta de dados, coleta de dados necessários para o mapeamento das lacunas e a aproximação com a Escola de Saúde Pública para o delineamento da proposta de Planejamento Educacional.

3.6.1 Primeira etapa de coleta de dados – análise documental

Segundo Brandão (2017), é fundamental a realização da análise de conteúdo de documentos oficiais previamente à coleta de dados com a população-alvo, pois os instrumentos de avaliação centrados em competências (exemplo: questionário) são construídos conforme expectativas e padrões relevantes à organização.

A coleta de dados teve como fontes os documentos oficiais da Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde (local desta pesquisa) que abordam atribuições ou descrição de cargos relativos à gestão e ou estratégia organizacional. Especificamente, foram utilizados os seguintes documentos oficiais: regimentos, normas, estatutos, portarias, planos de ação e relatórios de gestão, documentos que atenderam aos critérios (potencial de interpretação e

descrição de conteúdo referente a competências dos gestores) identificados e disponíveis tanto no acervo físico (*in loco*) quanto no acervo digital (virtual) da SEMS e Prefeitura Municipal, no mês de novembro de 2017.

A captação e seleção de competências essenciais específicas foram elencadas de competências externas² sugeridas no documento *Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para Las Américas* – MRCESP (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

3.6.2 Segunda etapa de coleta de dados – aplicação de questionário

Nesta etapa foram descritas as técnicas de estruturação do instrumento de coleta de dados (questionário) e técnica de análise multivariada dos dados (testes de adequação dos componentes e teste estatístico de consistência interna dos dados).

3.6.2.1 Instrumento de coleta de dados - questionário

A segunda etapa desta pesquisa consistiu-se na utilização de questionário de autoavaliação semiestruturado para gerar o Grau de Expressão da Competência no trabalho (GEC). O questionário desta pesquisa é fundamentado em um documento internacional que aborda competências em saúde pública sugerido pela *Organización Panamericana de la Salud* (OPS): *Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para Las Américas* – MRCESP (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

O MRCEPS (OPS, 2013) foi traduzido e adaptado à realidade brasileira e resultou em um instrumento validado quanto ao conteúdo (avaliado por 85 gestores especialistas) para ser utilizado no mapeamento de competências em saúde pública (ALMEIDA, 2016). Conforme Almeida et al. (2017, p. 7), o MRCESP “[...] possui potencial de aplicação e utilização na produção de conhecimento e nas várias dimensões da prática profissional de saúde coletiva/pública no Brasil e na colaboração para a melhoria da atenção à saúde prestada a população.”

² Competências externas são competências específicas selecionadas de fonte externa (indivíduos ou organizações). (BRANDÃO; BAHRY, 2005).

Um instrumento validado oferece consistência, veracidade e qualidade das inferências dos resultados. (CHAN, 2014). Após ser validado em relação ao conteúdo, o próximo processo (produto secundário desta pesquisa por exigir dados previamente coletados) é a validação do construto por meio da análise de fatores de atributos para os quais não existe um critério, por exemplo, testes de personalidade e habilidades. (CRONBACH; MEEHL, 1955). A aplicação de instrumentos (testes ou questionários) podem ser realizados simultaneamente, tanto para gerar resultados quanto para coleta no intuito de validação do construto, com ressalva para testes psicológicos que avaliam inteligência e ou atitudes como a introversão, ansiedade e comportamentos de diferentes grupos, por exemplo, cristãos e ateus. (MEEHL, 1990).

Então, nesta pesquisa foi utilizado o questionário semiestruturado com 56 questões ou competências essenciais com base no MRCEP apresentado por Almeida (2016), em seis Domínios: 1º Domínio: Análise da Situação de Saúde; 2º Domínio: Vigilância e Controle de Riscos e Danos; 3º Domínio: Promoção da Saúde e Participação; 4º Domínio: Políticas, Planificação, Regulação e Controle; 5º Domínio: Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos; e 6º Domínio: Saúde Internacional e Global. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

No 1º Domínio as competências são relacionadas à Análise da Situação de Saúde e seus determinantes sociais (fatores sociais, habitação, saneamento, condições de trabalho, serviços de saúde e educação, econômicos, culturais, comunicação, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais), que apresentam papel fundamental no processo saúde-doença. (ALMEIDA, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

O 2º Domínio refere-se a competências referentes à Vigilância e Controle de Riscos e Danos, como taxas de prevalência de comportamentos, notificações universais (violência interpessoal), uso de dados administrativos e processos em sistemas de informação. (ALMEIDA, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

O 3º Domínio, por sua vez, apresenta o tema Promoção da Saúde e Participação Social, definiu-se a participação social de modo abrangente, como o processo político e social que envolve não somente as ações dirigidas diretamente a fortalecer a participação de indivíduos, como também suas condições sociais, ambientais e econômicas, pois incidem diretamente sobre a saúde. É um processo que permite ao indivíduo ter o controle sobre os determinantes da saúde por meio da educação e a participação social, como ferramenta para a

mudança. (ALMEIDA, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

No 4º Domínio as competências essenciais abordam o âmbito das Políticas, Planificação, Regulação e Controle. Refere-se ao processo reflexivo e de reconhecimento de projetos, parcerias e seleção dos recursos necessários ao atingir objetivos com eficiência e eficácia. (ALMEIDA, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

As competências essenciais do 5º Domínio tratam da Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos, pois podem ser geradas oportunidades igualitárias de acesso à saúde por meio de estudos dos determinantes sociais, evitando-se injustiças e desigualdades sociais mediante mudanças administrativas na busca do atendimento equânime da população. (ALMEIDA, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

No 6º Domínio, as competências são relacionadas à Saúde Internacional e Global, sendo a globalização tema imprescindível ao profissional de saúde pública (exemplo: cooperação técnica). A saúde internacional e global é transdisciplinar e transnacional, pois aborda a saúde como direito universal e como bem-estar social. Especificamente, a saúde global relaciona-se com possibilidades culturais, sociais, econômicas e políticas de implicação local, mas com abordagem global (interconexão). (ALMEIDA, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2013).

Durante e após o preenchimento do questionário, os gestores participantes manifestaram alguns pensamentos de forma oral e espontânea referente aos temas abordados e questionário. Tais manifestações foram anotadas para servir como dados para possíveis triangulações e aprofundamentos da pesquisa por meio das manifestações orais espontâneas. (YIN, 2015).

Vale destacar que Brandão (2017) incentiva ao pesquisador do Mapeamento de Competências a estimar a análise multivariada dos dados coletados do questionário por meio de técnicas estatísticas multivariadas (exemplos: análise de componentes principais e de consistência interna). A razão principal desta pesquisa abordar mais detalhadamente a técnica estatística é pelo fato de se “[...] garantir que, se um pesquisador, posteriormente, seguir o mesmo procedimento, conforme descrito pelo primeiro, e conduzir o mesmo estudo de caso novamente, ele deverá obter os mesmos achados e conclusões.” (YIN, 2015, p. 51).

3.6.2.2 Escala de medida e método de estruturação das respostas

Segundo Yin (2015, p. 51), “A meta da confiabilidade é minimizar erros e as parcialidades no estudo.” Assim, apesar de haver dificuldades ao atribuir número, é possível analisar o comportamento humano e suas atitudes utilizando processos de pesquisa quantitativa. (SUBEDI, 2016). Segundo Joshi et al. (2015, p. 397, tradução nossa), “A necessidade percebida da quantificação está na necessidade de transformar uma subjetividade do indivíduo em uma realidade objetiva.”

Conforme Field (2013), tanto as variáveis qualitativas (categóricas) quanto às quantitativas (contínuas) podem ser medidas; ou seja, nos estudos estatísticos (exemplo de instrumento: questionário) as variáveis (questões) podem ser consideradas como quantitativas ou qualitativas.

Nas medidas *categóricas* as variáveis podem ser BINÁRIAS (exemplos de opções de resposta: sim ou não / masculino ou feminino), NOMINAIS, por exemplo, opções de resposta com mais de duas opções: nomes, cores e preferências ou ORDINAIS, por exemplo, opções de resposta com mais de duas opções: igual ao caso nominal, mas há uma ordem lógica que podem ser utilizados números também, 1º lugar, 2º lugar e até mesmo números como a camiseta de time de futebol que podem oferecer mais detalhes de informação sobre posição e importância de um jogador, mas não dá detalhes ou oferece uma diferença de *valor* igual entre os outros números ou jogadores. (FIELD, 2013).

Já as medidas *contínuas* podem ser INTERVALARES (escala em que todos os intervalos são iguais, por exemplo, de 1 até 10; os intervalos de 1 até 5 devem ser idênticos aos intervalos de 5 até 10, mas os casos intervalares não apresentam zero absoluto). Ou, podem ser de RAZÃO (exemplo: tempo de reação de 200 milissegundos é duas vezes maior que 100 milissegundos e é a mesma diferença de 22 para 122 ou 333 para 444 milissegundos; ou seja, como o caso intervalar, mas com a diferença da admissibilidade do zero absoluto). (FIELD, 2013). No caso desta pesquisa, a medida é intervalar.

Quanto ao método de estruturação das respostas das questões do questionário, optou-se pela utilização de resposta de cinco pontos intervalares predefinidos (com valores numéricos atribuídos), com base na literatura de Likert (1932). No entanto, para a definição de uma Escala Likert, uma série de características demonstradas pelo autor deve ser percebida. De acordo com Guerra, Guidel e Vezzetti (2016), apesar da falta de consenso

quanto à questão referente às características da Escala Likert, um bom meio-termo é apresentado por Uebersax (2006).

Logo, didaticamente, as características da Escala Likert são:

1. A escala é composta por várias perguntas do mesmo tema;
2. Os níveis de resposta são dispostos horizontalmente;
3. Os níveis de resposta são pivôs e antecedem as respostas posteriores;
4. Os níveis de resposta são pivôs e também rótulos verbais que conotam gradação e espaçamento próximo ao uniforme.
5. Os níveis de resposta são bivalentes e simétricos comparados a um meio neutro.
6. A escala mede sempre a atitude em termos de nível de concordo / discordo para a indicação de um parecer. (UEBERSAX, 2006, não paginado, tradução nossa).

Conforme Uebersax (2006), a Escala Likert não é chamada de escala devido às respostas estruturadas (simétricas e bivalentes), mas devido à sequência de perguntas de um mesmo conteúdo. As características de 1 até 4 (descritas acima) são os principais requisitos de uma legítima Escala Likert. Sendo assim, os níveis de resposta do questionário desta pesquisa divergem da característica original nº 2, pois dispõe das respostas verticalmente. Quanto às características complementares, as respostas estruturadas do questionário desta pesquisa divergem também das características nº 5 (assimetria) e nº 6 (autoavaliação).

Neste sentido, as respostas de cinco pontos utilizadas nesta pesquisa são assimétricas, pois não oferecem opção intermediária ou de neutralidade entre os extremos da escala (exemplos de opção de neutralidade: sem opinião ou não sei responder). Mas, segundo Joshi et al. (2015), a Escala Likert e a Escala Tipo Likert podem ser simétricas ou assimétricas; “[...] do ponto de vista metodológico ambos, o uso ou não uso de ponto intermediário, são aceitáveis para mensuração da Escala Tipo Likert, pois o ponto intermediário não afeta a confiabilidade ou validade.” (SUBEDI, 2016, p. 45, tradução nossa).

O questionário proposto por Almeida (2016), e avaliado pelos especialistas, possui níveis de resposta em Escala Tipo Likert (níveis de resposta dispostas verticalmente) que abordam como possibilidade de resposta diferentes níveis de concordância para com as competências essenciais. No entanto, foi ressaltado à autora, em contato por e-mail, que as respostas com níveis de concordância poderiam confundir a proposta de autoavaliação desta pesquisa. Então, foi sugerido e aprovado pela autora (Almeida, 2016) no ano de 2017 a utilização dos seguintes estruturas de resposta com os valores atribuídos para as mesmas:

- Resposta: 1. Não tenho conhecimento do assunto (valor 1);
- Resposta: 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto (valor 2);

- Resposta: 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática (valor 3);
- Resposta: 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática (valor 4);
- Resposta: 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros (valor 5).

As respostas do questionário desta pesquisa têm cinco pontos intervalares predefinidos, bivalentes, assimétricos e denominação de Escala Tipo Likert. A importância da definição da medida estatística quantitativa e a metodologia da estruturação das respostas do questionário deve-se a obrigatoriedade ao fato destas características definirem a escolha de testes estatísticos de análise (SUBEDI, 2016), conforme TABELA 1.

TABELA 1 - RESUMO DOS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS PARA DADOS COLETADOS POR MEIO DE LIKERT ITEM, ESCALA LIKERT E ESCALA TIPO LIKERT

Métodos Estatísticos	Likert Item (dados de questão única ou categorizadas)	Escala Likert / Escala Tipo Likert (dados de questões contínuas)
Consistência Interna	<i>Alpha</i> Ordinal	<i>Alpha</i> de Cronbach
Medida de Tendência Central	Mediana ou Moda	Média
Variabilidade	Frequência	Desvio padrão
Associações	τ de Kendal B ou C / Coeficiente ρ de Spearman, Análise Fatorial (correlações policóricas)	Análise de Fatores (r de Pearson)
Outros Métodos Estatísticos	Chi-Quadrado, Mann–Whitney U-test	ANOVA, Teste - <i>t</i> , Regressão

FONTE: Modificado de SUBEDI (2016, p. 45).

Conforme a TABELA 1, nesta pesquisa, optou-se por utilizar os testes estatísticos relacionados à Escala Tipo Likert; ou seja, para consistência interna o coeficiente *Alpha* de Cronbach; para medida de tendência central, a média; para variabilidade, o desvio padrão; e para associações, a Análise de Fatores.

Ressalta-se também que, além das alternativas estruturadas de resposta no instrumento de coleta de dados desta pesquisa (questionário), foi mantida a questão aberta original; ou seja, o participante também pode, por opção, discorrer sobre cada competência essencial durante a autoavaliação.

3.6.3 Terceira etapa de coleta de dados – mapeamento de lacunas (*gaps*)

Yin (2015, p. 48), apresenta a seguinte definição para confiabilidade: “demonstração de que as operações de um estudo – como os procedimentos para coleta de dados – podem ser repetidas, com os mesmos resultados”.

Dessa maneira, Almeida (2016) construiu o instrumento de coleta de dados (questionário) para o Mapeamento de Competências de gestores em saúde pública utilizado nesta pesquisa. O questionário foi validado em conteúdo por 85 gestores especialistas, representantes de 18 Estados do Brasil, por meio da Técnica Delphi (DALKEY, 1969).

Os resultados da validação de conteúdo, nesta pesquisa, são compreendidos como a avaliação da importância das competências essenciais específicas (questões) do questionário, pois durante a validação, as questões receberam avaliação da importância por meio de Escala Tipo Likert de 1 a 5 (nível de concordância); ou seja, o Grau de Importância da Competência (GIC) é dado conforme a média aritmética das respostas dos gestores especialistas.

O GIC faz parte da fórmula adaptada de Borges-Andrade e Lima (1983) utilizada nesta pesquisa para gerar a representação numérica da lacuna ou *gap* entre as competências essenciais específicas (ver 3.7.3.2) por meio de classificação do Grau de Prioridade de capacitação (GP), conforme, QUADRO 3.

3.6.4 Quarta etapa – proposta de planejamento educacional

Como proposta de aproximação com a Escola de Saúde Pública Municipal (ESP) - referente ao Passo 1, conforme FIGURA 8, foi agendado para o mês de junho de 2017 um encontro com a equipe da ESP para apresentação do método, objetivo geral e objetivos específicos desta pesquisa. Durante a reunião foram discutidos assuntos como as técnicas de aprendizado e abordagem a serem oferecidas aos gestores municipais. Os membros da equipe da ESP, manifestaram-se, em especial, quanto às impressões referentes à realidade dos gestores e sugestão quanto à abordagem dos gestores de escalão superior.

Tais informações facilitaram e possibilitaram o estreitamento de ideias com relação ao uso dos resultados coletados desta pesquisa para a concepção do Planejamento Educacional por meio de Trilhas de Aprendizagem.

3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As técnicas de análise de dados foram dispostas em quatro etapas; ou seja, descrição de competências essenciais gerais da SEMS, análise multivariada dos dados coletados nos questionários, mapeamento de lacunas e Planejamento Educacional.

3.7.1 Primeira etapa de análise de dados - descrição das competências essenciais gerais da Secretaria Municipal de Saúde

Quanto à observação ou análise documental como uma técnica de pesquisa, Dencker e Da Viá (2001) tratam da análise do conteúdo de documentos como sendo a busca do significado das palavras, classificando elementos (palavras, frases, parágrafos ou documentos inteiros) em categorias preestabelecidas pelo investigador, precipitando do texto as tendências, convergências e predominâncias.

No desenvolvimento de competências tem-se erroneamente utilizado modelos de competências predefinidas por autores e não específicas para os trabalhadores de determinada organização. A base da formação e desenvolvimento de competências não somente carece o almejar de melhores desempenhos, mas o delineamento de novas perspectivas, deixando o enfoque em rotinas e repetição de práticas do passado que inibem a criatividade na revisão de processos organizacionais. (BITENCOURT; BARBOSA, 2010).

Dutra (2009) aconselha a deixar de lado o trivial conceito de definir uma competência organizacional por meio do CHA. O autor indica que o foco deve ser dado às realizações do indivíduo, pois as somas dos conhecimentos, habilidades e atitudes não, necessariamente, abrangem suas atividades. Ou seja, o foco das competências organizacionais (essenciais) não pode estar voltado ao que os indivíduos fazem, mas no que produzem ou deveriam produzir como resultados e realizações, o que os profissionais *entregam* à instituição.

Outra contribuição de Dutra (2009) refere-se ao alerta sobre a forma errônea da gestão de pessoas utilizam alguns conceitos de competência que permitem efeitos adversos ou perversos, como:

- Desarticulação conceitual: quando a organização utiliza-se de um discurso com roupagem moderna para justificar uma prática antiquada;

- Exploração do trabalhador: pela exigência de padrões elevados de empenho, dedicação e comprometimento sem a devida valorização ou desenvolvimento do trabalhador;
- Descolamento estratégico: quando o modelo de gestão de pessoas não tem consonância ou compromisso com os objetivos estratégicos da organização;
- Desarticulação com as pessoas: quando o modelo de gestão de pessoas tem consonância e compromisso com os objetivos estratégicos da organização, mas é desarticulado com as necessidades das pessoas, perdendo sua credibilidade ao demonstrar-se distante das expectativas e ineficiente quanto à resolução de problemas.

Então, conforme Brandão (2017), o principal equívoco, ao tentar simplificar o processo de mapeamento de competências, é o de utilizar competências sugeridas em livros, manuais e dicionários, com a indicação de palavras substantivas como proatividade, empreendedorismo e comunicação. No entanto, não existem competências *universais* ou que possam ser aplicáveis em todos os contextos sociais, culturais, econômicos e profissionais. Sendo o processo de mapeamento de competências tão simplório, bastaria a clássica preferência e apontamento das competências determinadas em glossários.

Brandão (2017) destaca também que ao descrever uma competência, apresenta-se o desempenho ou comportamento esperado como uma ação concreta, por exemplo, *redigir textos*, uma ação observável e avaliável no trabalho. É, então, importante evitar competências descritas com verbos de forma abstrata, por exemplo: refletir sobre seu papel, compreender rotinas, conhecer os serviços, internalizar os valores da organização. Mas, preferir verbos como, apresentar ao usuário alternativas de promoção em saúde, auxiliar o usuário na escolha de seu tratamento, propor ações, organizar processos e identificar e corrigir falhas.

Quinn et al. (2012) corroboram com tal entendimento de que competências com padrões abstratos não são eficazes quando elencadas listas de competências como um *checklist* para o sucesso (exemplos: liderança, comunicação e empreendedorismo). Ou seja, é imperativa a observação dos cenários de trabalho para então serem desenvolvidas estratégias e ações conforme cada situação e descrição de competências. Em outras palavras, “[...] competência sugere tanto a posse do conhecimento quanto a capacidade comportamental de agir de modo apropriado usando esse conhecimento.” (QUINN et al., 2012, p. 24).

Para Brandão (2017), alguns outros parâmetros ou características também são essenciais na construção de descrições de competências:

- Descrições muito longas são de difícil compreensão e avaliação;

- Descrições óbvias: Exemplo, coordenar reuniões agendadas;
- Descrições redundantes: Exemplo, solucionar problemas de forma adequada e viável;
- Descrições abstratas: Exemplo, pensar o inédito;
- Descrições com termos excessivamente técnicos e ou estrangeiros: Exemplo, realizar análise fundamentalista de empresas startups;
- Descrições ambíguas: Exemplo, implementar modelos de sucesso em outras organizações, há, ao menos, duas interpretações possíveis;
- Descrições com palavras desnecessárias: Exemplo, planejar pesquisas de natureza quantitativa e planejar pesquisa quantitativa;
- Descrições utilizando verbos inadequados e que não expressam desempenhos explícitos: Exemplos de verbos, saber, apreciar, acreditar, entender, refletir, ser, pensar, concentrar, conhecer e internalizar.

Segundo Brandão (2017), os instrumentos de avaliação centrados em competências (exemplo: questionário) são construídos conforme as expectativas e padrões relevantes para a organização.

Então, após a análise dos três documentos oficiais da Prefeitura Municipal que abordavam as atribuições ou descrição de cargos relativos à gestão, foi possível realizar a descrição das competências. Ao ser descrita uma competência, indica-se a composição de um desempenho ou comportamento esperado. Seguiu-se a sugestão de ação de utilizar um verbo e um objeto de ação, quando possível, acompanhado de uma condição e um critério (padrão de qualidade). (CARBONE et al., 2009).

A seleção das competências essenciais específicas foi realizada na escolha do questionário para coleta de dados; todavia, foi também realizada a correlação entre as competências essenciais gerais descritas para a SEMS (conforme documentos oficiais do Município) e as competências essenciais específicas (competências externas provenientes da OPS) para verificação se as necessidades locais são atendidas pelas competências sugeridas pela mencionada entidade internacional.

3.7.2 Segunda etapa de análise de dados - análise multivariada dos dados

Nesta etapa foram apresentadas as análises estatísticas de confiabilidade desenvolvidas nesta pesquisa para testes de consistência interna dos dados, a Análise de Componentes Principais (PEARSON, 1901) e o coeficiente *Alpha* (α) de Cronbach. Conforme Cronbach

(1951), o coeficiente α não deve ser aplicado em um teste (questionário) por inteiro sem levar em consideração os possíveis construtos adjacentes (segunda ordem), também entendidos como subtestes (agrupamento de questões que tratam do mesmo aspecto); ou seja, “o α não deve ser usado como uma medida da unidimensionalidade.” (FIELD, 2013, p. 709, tradução nossa). Então, a Análise de Componentes Principais (ACP) é uma técnica estatística compreendida como complementar e de realização prévia ao coeficiente α de Cronbach, pois oferece subsídios complementares que desvelam os construtos de segunda ordem existentes.

3.7.2.1 Análise de componentes principais (ACP)

A técnica multivariada de análise de fatores é utilizada para vários fins e por muitos pesquisadores e é entendida como uma técnica sumária para redução de dados, pois diversas variáveis são agrupadas conforme suas inter-relações. A análise de fatores pode ser exploratória (explora a inter-relação das variáveis) ou confirmatória (confirma teorias e hipóteses referentes a estruturas subjacentes das variáveis). (PALLANT, 2016). Nesta pesquisa foi executada a técnica exploratória da análise de fatores, pois se buscou analisar e identificar a intensidade da inter-relação ou independência (correlações e variância partilhada) das variáveis para então agrupá-las em componentes.

Importante ressaltar que a ACP (método usualmente utilizado para Análise Fatorial) pode ser aplicada de forma direta devido a sua natureza exploratória quanto à pesquisa dos dados (TABACHNICK; FIDELL, 2013). Ou melhor, a utilização e execução da ACP desta pesquisa não tiveram como intuito a realização de Análise Fatorial ou validação do construto do questionário, mas subsidiar os testes de confiabilidade dos dados coletados.

Conforme Tabachnick e Fidell (2013), dentre as técnicas de extração de fatores (também chamados de componente ou dimensões), a ACP é a mais utilizada e a escolha correta para pesquisas que buscam a redução de inúmeras variáveis em poucos componentes, pois, segundo Cortina (1993), um teste (questionário) pode ser unidimensional, mas deve ser avaliado por análise estatística fatorial. No caso da realização da análise de fatores, Field (2013) ressalta que a distribuição dos dados deve ser de medida intervalar (contínua), medida utilizada por esta pesquisa.

Quanto à qualidade dos dados e sua adequação para utilização da técnica multivariada de análise de fatores, é recomendado o teste de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o qual possui intervalo de 0 a 1 e a escala de avaliação segue: 0.90 – Maravilhoso; 0.80 – Meritório; 0.70 – Mediano; 0.60 – Medíocre; 0.50 – Miserável; abaixo

de 0.50 - Inaceitável. (KAISER, 1970; KAISER; RICE, 1974). Conforme Tabachnick e Fidell (2013), valores acima de 0.60 são requeridos para uma boa análise de fatores.

Outro teste usualmente realizado e que aponta correlação estatística significativa para a realização de análise de fatores foi criado por Bartlett (1954), o Teste de Esfericidade de Bartlett. Neste teste busca-se o valor de $p < 0.05$ (HAIR et al., 2010; PALLANT, 2016) ou $p < 0.001$ (MARÔCO, 2007).

Ainda outro ponto desejável para uma adequada análise de fatores é demonstrado ao serem verificados os valores de correlação na Matriz de Correlações, pois o esperado é que as correlações estejam, em sua maioria, entre 0.30 e 0.80, pois o equilíbrio da significância das correlações proporciona maior acurácia dos fatores. (TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Diferentes autores apresentam diferentes opiniões e valores. Para Tabachnick e Fidell (2013), uma amostra pequena pode afetar os coeficientes de correlação; ou seja, a regra de ouro seria de no mínimo 300 casos para análise de fatores. Todavia, os mesmos autores também destacam que um tamanho da amostra menor pode ser adequado, dependendo da magnitude das correlações resultantes.

Sapnas e Zeller (2002) e Hair et al. (2010), por exemplo, destacam um mínimo de 50 casos como suficiente para avaliação de propriedades psicométricas de constructos sociais. No entanto, outro ponto importante entre os autores é a relação entre o número de questões (variáveis) e respondentes (casos); ou seja, no mínimo, o número de casos deve ser cinco vezes maior do que o número de variáveis. (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Casos de *outliers* (resultados anormais a tendência geral da amostra) são de importante consideração para a realização da ACP, e devem ser detectados e removidos (ou ignorados conforme base teórica específica), pois os componentes ou fatores gerados com a presença de *outliers* não são confiáveis. (TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Quanto à Matriz de Comunalidades (proporção da variância comum), se observados valores acima de 0,6, os fatores são entendidos como bem gerados, mesmo com o tamanho da amostra pequeno, abaixo de 100 participantes. (MACCALLUM et al., 2001).

Mais importante, desde que as comunalidades sejam altas e os fatores sejam adequadamente sobredeterminados, as questões de população-alvo serão, em média, recuperadas com precisão na análise dos dados da amostra, mesmo quando N é relativamente pequeno. (MACCALLUM et al., 2001, p. 634, tradução nossa).

Nesta pesquisa não é proposta a exclusão de variáveis para melhoria de resultados, mas a constatação dos mesmos. Uma vez que as comunalidades oferecem informações

importantes quanto à variação em cada item, valores baixos (<0.3) podem indicar que os itens não se encaixam bem com os outros, diminuindo a variância total explicada. Ou seja, para melhorar a variância total explicada, há de se excluir os itens que demonstram valores baixos. (PALLANT, 2016).

Quanto ao resultado em porcentagem da variância total explicada, não há uma porcentagem mínima convencional, mas conforme Hair et al. (2010), para ciências sociais seria satisfatório uma porcentagem da variância total explicada de cerca de 60% (em alguns casos é aceitável até menos).

Para melhor compreensão e interpretação dos resultados por meio de componentes, é sugerido utilizar o processo de rotação que pode ser ortogonal ou oblíqua. (TABACHNICK; FIDELL, 2013). Conforme Pallant (2016), usualmente ambas as rotações são conduzidas, mas somente a que demonstrou mais facilidade na interpretação é apresentada. O procedimento de rotação ortogonal mais comumente utilizado é o *Varimax* (os fatores são mantidos não correlacionados e o eixo é girado). (LAROS, 2005; PALLANT, 2016).

“O objetivo de *Varimax* é maximizar a variância das cargas fatoriais para cada fator por meio do aumento das cargas altas e a diminuição das cargas baixas.” (LAROS, 2005, p. 185). Na rotação oblíqua, por sua vez, os fatores podem se relacionar, e por isso é mais complexa (FIELD, 2013). Dentre os procedimentos de rotação oblíquos, o mais utilizado é o *Direct Oblimin*. (TABACHNICK; FIDELL, 2013; PALLANT, 2016). A rotação *Varimax* foi a escolha para esta pesquisa por ter demonstrado maior clareza de interpretação de resultados em diferentes componentes.

Os eixos são estruturas matemáticas e não leis da natureza. Por esta razão não há motivo absolutamente nenhum pelo qual um sistema de eixos deva ser preferido relativamente a outro sistema de eixos. Assim, o melhor sistema de eixos é aquele que produz solução fatorial facilmente interpretável. (MARÔCO, 2007, p. 374).

Na ACP, a multicolinearidade não é considerada um problema. (TABACHNICK; FIDELL, 2013). No entanto, Field (2013) alerta que a identificação de casos de multicolinearidade extrema (variáveis altamente correlacionadas); ou seja, autovalores acima de 0.90 na Matriz de Correlações não são desejados, pois apontam a singularidade de dados (variáveis idênticas). Outra forma de detecção de colinearidade, segundo O’rourke e Hatcher (2013), é o *cross load* (carga cruzada de variáveis complexas); ou seja, itens que apresentam carga $\geq .04$ em dois ou mais componentes ao mesmo tempo.

Para verificar a multicolinearidade por meio do resultado do Determinante da Matriz de Correlações, o valor deve ser maior do que 0,00001. Em casos de validação do construto do questionário, ao se verificar o valor do Determinante como inferior a 0,00001, deve-se

considerar eliminar uma ou mais variáveis para confirmar a variância explicada ideal dos domínios de um questionário. (FIELD, 2013).

Quanto ao critério de identificação e determinação do número de componentes ou fatores significativos na consolidação da variância da matriz explicada, um dos parâmetros é a avaliação de *eigenvalues* (autovalores) por meio do Critério de Kaiser (1960); ou seja, todos os *eigenvalues* maiores do que 1.0. No entanto, Cortina (1993) também comenta que a ACP deve ser complementada por um método de verificação da adequação da estrutura fatorial gerada.

A análise de componentes principais por si só não oferece evidência suficiente para concluir que um conjunto de itens é unidimensional, pois tal análise pode, por exemplo, produzir apenas um fator, mesmo se os itens tiverem correlações de .10 um com o outro. Em essência, o que isso significa é que alfa pode ser usado como uma medida confirmatória de unidimensionalidade ou como uma medida da força de um fator somente com a confirmação da existência de um único fator. (CORTINA, 1993, p. 103, tradução nossa).

Segundo Pallant (2016), a ACP tem sido amplamente complementada pela Análise Paralela de Horn (1965), pois esta análise tem demonstrado precisão e identifica o número correto de componentes envolvendo a comparação do tamanho dos *eigenvalues* (autovalores) com aqueles obtidos de um conjunto de dados gerado aleatoriamente do mesmo tamanho. Então, somente os *eigenvalues* que excedem dos valores obtidos do conjunto de dados aleatórios são mantidos. Nesta pesquisa optou-se pela utilização do programa de análise paralela (arquivo *syntax* do SPSS) desenvolvido por O'Connor (2000), conforme sugestão de Tabachnick e Fidell (2013).

No que diz respeito à Matriz de Correlações Reproduzidas, elas apresentam diferenças entre a matriz baseada no modelo e a matriz dos dados observados (resíduos), diferença de mais de 0,05. Mesmo não existindo um parâmetro rígido para o resultado, sugere-se que a porcentagem de resíduos (não redundantes) deva ser de 50% no máximo. (FIELD, 2013).

Nos casos em que a porcentagem de resíduos (não redundantes) da Matriz de Correlações Reproduzidas ultrapasse 50%, Marôco (2007) sugere o Método de Máxima Verossimilhança para revisão da porcentagem dos resíduos na matriz de correlações, e que testes de adequação e qualidade do modelo fatorial sejam realizados. Dentre os testes de adequação existentes, as fórmulas de Schumacker e Lomax (2010), *Goodness-of-Fit Index* (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI), foram selecionadas para esta pesquisa.

$$\mathbf{GFI} = 1 - 0,5 (\mathbf{R} - \mathbf{\Pi})^2 \quad (3)$$

onde:

GFI = *Goodness-of-Fit Index* (Índice de Adequação)

R = Matriz de correlação observada

$\mathbf{\Pi}$ = Matriz de correlação estimada pelo modelo

$$\mathbf{AGFI} = 1 - (k / gl)(1 - \mathbf{AGFI}) \quad (4)$$

onde:

AGFI = *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (Índice de Adequação Ajustado)

k = Número de variâncias-covariâncias não redundantes

gl = Grau de liberdade

Para ambas as fórmulas (GFI e AGFI) o resultado > 0.9 é razoável e o resultado > 0.95 demonstra muito bom ajustamento fatorial.

3.7.2.2 Coeficiente *Alpha* de Cronbach

No que diz respeito à confiabilidade dos dados e a quão livre os dados coletados estão de possíveis erros, o aspecto da confiabilidade dos dados pode ser aferido por meio da consistência interna; ou seja, todos os itens medindo o mesmo atributo manifestado, nesta pesquisa emprega-se o coeficiente α de Cronbach. Conforme Field (2013) e Pallant (2016), o coeficiente α de Cronbach é o mais comumente utilizado, em especial, segundo Subedi (2016), para medição da fiabilidade dos dados coletados por instrumento psicométrico por meio da Escala Likert; ou, no caso desta pesquisa, a Escala Tipo Likert.

Segundo Cortina (1993), o coeficiente de α de Cronbach tem sido utilizado em diversas e diferentes áreas como a psicologia, sociologia, medicina, enfermagem, economia, ciência política, criminologia, antropologia e contabilidade. Entendendo-se aplicável para esta pesquisa.

Cronbach (1951, p. 306, tradução nossa), em sua busca de um parâmetro de magnitude do erro de medição, apresentou o α como “a média dos coeficientes de todas as divisões possíveis de um conjunto de dados”; ou seja, o coeficiente α de Cronbach é obtido pela separação dos itens em dois, de todas as maneiras possíveis, e no cálculo da média do coeficiente de correlação desses itens. (FIELD, 2013).

A fórmula alfa é uma das várias análises que podem ser usadas para avaliar o confiabilidade (ou seja, precisão) de medições psicológicas e educacionais. Esta fórmula foi projetada para ser aplicada a uma tabela bidirecional de dados onde as linhas representam pessoas (p) e as colunas representam as pontuações atribuídas à pessoa sob duas ou mais condições (i). Condição é um termo geral usado com frequência onde cada coluna representa a pontuação em um único item dentro de um teste. Mas, também pode ser usado, por exemplo, para diferentes questões avaliadoras quando mais de um pessoa julga cada item e qualquer questão trata todas as pessoas na amostra. (CRONBACH, 2004, p. 392, tradução nossa).

Segundo Field (2013, p. 708), o α de Cronbach é dado por:

$$\alpha = \frac{N^2 \overline{\text{Cov}}}{\sum S_{\text{item}}^2 + \sum \text{Cov}_{\text{item}}} \quad (5)$$

onde:

α = Coeficiente de *alpha* de Cronbach

N = número de itens

S_{item} = variância do item

Cov_{item} = covariância do item

$\overline{\text{Cov}}$ = média da covariância

Os valores resultantes do coeficiente de α de Cronbach são quantificados e variam em uma escala de 0 a 1, e quanto mais alto o resultado, maior a confiabilidade dos dados obtidos. (CRONBACH, 2004). Não havendo consenso na literatura científica devido às diversas áreas do conhecimento que se utilizam deste coeficiente, pode-se considerar um resultado como satisfatório para um instrumento de pesquisa que alcance resultado de $\alpha \geq 0.70$. (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Freitas e Rodrigues (2005), sugerem uma classificação da confiabilidade a partir do cálculo do coeficiente α de Cronbach com os seguintes limites:

- A. $\alpha \leq 0.30$ (Muito Baixa)
- B. $0.30 < \alpha \leq 0.60$ (Baixa)
- C. $0.60 < \alpha \leq 0.75$ (Moderada)
- D. $0.75 < \alpha \leq 0.90$ (Alta)
- E. $\alpha > 0.90$ (Muito Alta).

Segundo Pallant (2016) e Cortina (1993), os valores do coeficiente α de Cronbach são dependentes do número de itens (variáveis); se menores que dez, há risco de que os valores do coeficiente α de Cronbach resultem abaixo do mínimo recomendado. No mesmo sentido, o próprio Cronbach (1951, p. 323, tradução nossa) também afirma que o resultado de α “aumenta à medida que o tamanho do experimento é aumentado”. Streiner (2003), aponta que o número de itens não deveria exceder pouco mais de vinte variáveis.

Conforme Clark e Watson (1995), o efeito de altas correlações também pode aumentar o resultado do coeficiente α de Cronbach, e as correlações inter-itens, idealmente devem ter correlação entre .10 e .50. No entanto, não diminui a importância da medição, pois “o valor do coeficiente de α é baseado não apenas pela diversidade entre as condições, mas também pelo desempenho deveras duvidoso de um indivíduo em responder diferentemente a uma mesma condição.” (CRONBACH, 2004, p. 413, tradução nossa).

3.7.3 Terceira etapa de análise de dados – mapeamento de lacunas (*gaps*)

Nesta etapa é apresentada a técnica de análise do Grau de Importância das Competências e o Grau de Prioridade de Capacitação dentre as competências essenciais.

3.7.3.1 Grau de importância das competências essenciais do questionário

O Grau de Importância das Competências Essenciais constantes no instrumento de coleta de dados desta pesquisa (questionário) foi levantado por Almeida (2016) ao ser aplicada a Técnica Delphi com gestores especialistas em saúde pública.

A Técnica Delphi (DALKEY, 1969) consiste de sucessivos inquéritos e refinamento de opiniões (rodadas) de *experts* (grupo determinado) para obter o consenso de opiniões.

Segundo Almeida (2016), a primeira rodada da Técnica Delphi executada contou com a participação efetiva de 130 gestores, a segunda rodada contou com 104 e a terceira, e última rodada, foi finalizada com a participação efetiva de 85 gestores em saúde pública (*experts*) de 18 diferentes estados brasileiros e com atuação profissional nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e político-administrativa.

3.7.3.2 Análise do grau de prioridade de capacitação das competências essenciais

Nesta etapa os dados são tabulados e analisados em aplicativos estatísticos como o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), também chamado de *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) e o *Microsoft Excel®*. Field (2009, p. ix, tradução nossa) se expressa sobre o SPSS da seguinte forma: “O SPSS é, em minha opinião, o melhor dos pacotes comerciais disponíveis, utilizado em muitas universidades.”

O mapeamento de lacunas (*gaps*) dentre as competências essenciais específicas foi realizado por meio da fórmula proposta por Borges-Andrade e Lima (1983), metodologia de diagnóstico de necessidades de treinamento mais utilizada. (ABBAD; MOURÃO, 2012).

A fórmula original foi apresentada por Borges-Andrade e Lima (1983) para aplicação em uma Escala Likert de quatro pontos (ou níveis) com escores “N” (necessidade) resultantes com intervalo de 0 a 16, conforme segue:

$$N = I \times (4 - D) \quad (6)$$

onde:

N = necessidade

I = importância

D = domínio

No entanto, para esta pesquisa a fórmula foi adaptada (conforme abaixo), pois a Escala Tipo Likert empregada é de cinco pontos, podendo o Grau de Prioridade de capacitação (GP) resultante variar em um intervalo entre 0 a 20, conforme segue:

$$\mathbf{GP = GIC (5 - GEC)} \quad (7)$$

onde:

GP = Grau de Prioridade de Capacitação

GIC = Grau de Importância da Competência

GEC = Grau de Expressão da Competência

Para o estabelecimento de um critério na aplicação do resultado do Grau de Prioridade de capacitação, a classificação do GP também foi adaptada com base nos comentários de Brandão (2017), conforme o QUADRO 3.

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO

ESCORE	Grau de Prioridade da Capacitação (GP)
0 - 5	Prioridade Nula ou Muito Baixa
6 - 9	Prioridade Baixa
10 - 11	Prioridade Moderada
12 - 20	Prioridade Alta

FONTE: Adaptado de BRANDÃO (2017, p. 96).

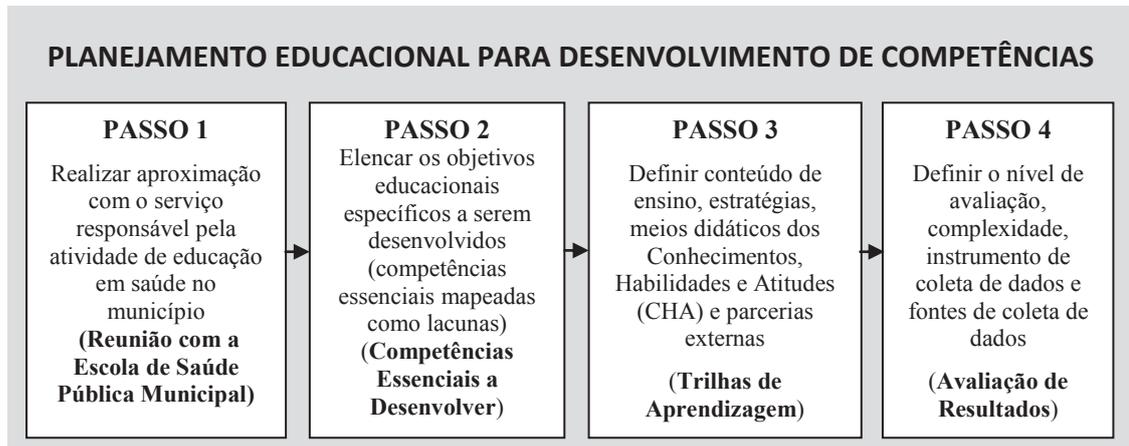
3.7.4 Quarta etapa de análise de dados – planejamento educacional

Ao serem analisadas as necessidades de desenvolvimento ou aprendizagem de competências por meio do mapeamento de competências, é possível estabelecer estratégias e meios para alcance de seus objetivos de desenvolvimento educacional de competências essenciais via planejamento de cursos, palestras, *coaching*, mentoria, grupos de trabalho, seminários, aulas, orientação profissional e outros. (BRANDÃO, 2017; PIRES et al., 2005).

Nesta pesquisa, com base nas recomendações de Brandão (2017), Freitas e Brandão (2006) e Freitas et al. (2006) quanto ao planejamento educacional de competências, a proposta

de Planejamento Educacional e avaliação de resultados foi realizada em quatro passos, conforme a FIGURA 8.

FIGURA 8 – QUATRO PASSOS DO PLANEJAMENTO EDUCACIONAL PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS



FONTE: O autor (2018).

Passo 1 - Reunião com a Escola de Saúde Pública Municipal (ESP): entendeu-se como fundamental e mandatória, pois, além de ser responsável pela execução da proposta de planejamento educacional desta pesquisa. Conforme Decreto Municipal (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2016), qualquer atividade de ensino a ser ofertada aos trabalhadores da área de saúde pública municipal deve ser por meio ou com autorização prévia da Escola de Saúde Pública Municipal.

Consequentemente, a aproximação com a instituição de ensino responsável oportunizou a apresentação dos objetivos (geral e específicos) do Mapeamento de Competências dos gestores em saúde pública municipal e os resultados esperados (proposta de planejamento educacional para o desenvolvimento de competências essenciais identificadas pelo mapeamento de competências como lacuna). Durante e ao final do encontro, foram externados pareceres quanto às técnicas de aprendizado e abordagens para com os gestores municipais frente à experiência dos integrantes da ESP.

Passo 2 – Competências Essenciais a Desenvolver: Segundo Brandão (2017), deve-se delinear os objetivos educacionais específicos para as competências essenciais mapeadas como lacunas e oferecer a oportunidade do desenvolvimento por meio de estratégias educacionais. “Em geral, a descrição dos objetivos educacionais se inicia com a seguinte sentença: *Ao final do curso (palestra, seminário, aula ou estágio, dependendo do caso), os*

participantes deverão ser capazes de:.” então, são apontadas as competências. (BRANDÃO, 2017, p. 103, grifo do autor).

Mesmo parecendo simples, este é um passo crucial do desenvolvimento de competências e merece maior atenção e aprofundamento quanto às diferentes teorias da aprendizagem, conforme o QUADRO 4.

QUADRO 4 - TEORIAS DA APRENDIZAGEM

Abordagem cognitivista	- Define aprendizagem como uma mudança de comportamento, resultante da interação do indivíduo com o meio e de processos mentais de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA).
Abordagem behaviorista (comportamental)	- O foco está na mudança de comportamento, produto da interação do indivíduo com o meio.
Abordagem construtivista	- O conhecimento não pode ser objetivamente definido – é construído pelo aprendiz a partir de suas experiências. - O conhecer é um processo adaptativo.

FONTE: Modificado de ABBAD; BORGES-ANDRADE (2014).

A importância da escolha da correta teoria da aprendizagem deve-se à leitura de alguns autores (VELDE, 1999; BITENCOURT; BARBOSA, 2010) que delineiam ressalvas quanto ao processo educacional e iniciativas de formação fundamentadas na teoria de aprendizagem behaviorista, pois relatam que tais iniciativas não vêm realizando abordagens efetivas (abrangentes) e que confrontem a formação integral na busca do significado do serviço, utilizando situações específicas do dia-dia da organização.

Segundo Fleury e Fleury (1997), quanto aos modelos de aprendizagem, duas são as principais vertentes teóricas: o modelo behaviorista (foco no comportamento observável, mensurável e com possibilidade de réplica científica) e o modelo cognitivo (utiliza dados objetivos, subjetivos e comportamentais considerando fenômenos complexos como paradigmas e percepções da realidade). Ou seja, se as competências forem analisadas estritamente com base em conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que resultam em um alto desempenho, e, ainda, se obtidas como parâmetros a inteligência e personalidade, a avaliação será realizada em relação ao seu estoque de recursos frente às tarefas referentes ao seu cargo os autores comentam que:

Nessa linha, **a gestão por competências é apenas um rótulo mais moderno para administrar uma realidade organizacional ainda fundada nos princípios do taylorismo-fordismo.** A competência permanece ligada ao conceito de qualificação, usualmente definida pelos requisitos associados à posição ou ao cargo – os saberes ou o estoque de conhecimentos da pessoa, os quais podem ser classificados e certificados pelo sistema educacional. **Assim definido, o conceito de competência não atende às demandas de uma organização complexa, mutável, em um mundo globalizado.** Dito em outras palavras, definir um estoque de recursos individuais necessários ao bom desempenho em cada cargo ou posição não é condição suficiente para atender a demanda por inovação e flexibilidade que se coloca às empresas. (FLEURY; FLEURY, 2004, p. 45, grifo nosso).

Entretanto, na contramão do taylorismo-fordismo ou possíveis efeitos adversos e perversos, busca-se a excelência no trabalho por meio da satisfação pessoal, profissional e na qualidade das decisões dos gestores. Então, faz-se necessário o entendimento da diferença entre treinamento e o desenvolvimento de competências.

A diferença principal entre o desenvolvimento e o treinamento é que o desenvolvimento envolve maior alcance de atividades com menos fins específicos do que o treinamento. O treinamento concebido para um resultado de aprendizado específico que forma a base da avaliação das habilidades adquiridas: um operador que recebe o treinamento requerido e *deve ser capaz* de utilizar uma máquina de moagem para produzir uma amostra dentro da tolerância exigida. O desenvolvimento é focado mais no indivíduo do que em sua ocupação e é concentrado no crescimento pessoal em longo prazo e movimentação da carreira: na França, o termo *évolution professionnelle* é preferencialmente utilizado no lugar de *développement*, conseqüentemente, enfatizando os fins em vez dos meios. (WINTERTON, 2007, p. 331, tradução nossa).

Para Abbad e Borges-Andrade (2014), nos últimos dez anos a teoria de aprendizagem mais utilizada na psicologia instrucional é a cognitivista. A teoria construtivista, por sua vez, tem deixado de ser restrita à psicologia escolar e à pedagogia nas escolas e passado a ser implementada nas organizações. As abordagens cognitivista e construtivista permitem a compreensão do ambiente de trabalho (percepção, crenças, valores, emoções, comunicação, relacionamento, poder, cultura, motivação e outros) para “promover a aquisição e a transferência de CHA para o trabalho”. (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2014, p. 245).

Salienta-se que o desenvolvimento de competências por meio de processo de aprendizagem não depende exclusivamente de conhecimento, pois o mesmo pode ser fornecido por meio de leitura de livros, artigos e até mesmo por meio de aula expositiva, importa também o desenvolvimento da habilidade comportamental e reflexiva. (QUINN et al., 2012).

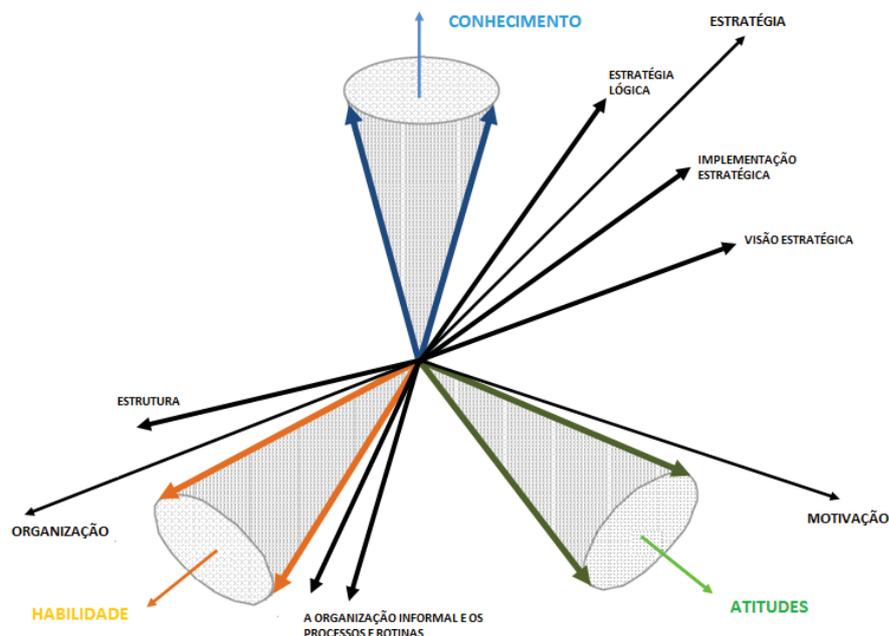
Nesta perspectiva, importa maior detalhamento relacionado ao CHA, em especial, referente à gestão. Durand (2000) dispõe que para abarcarmos as competências em nível de

gestão é imperativo ir além das dimensões básicas do CHA. O autor compreende que as competências gerenciais podem ser categorizadas em:

- Conhecimento (Pensamento Estratégico): Visão, lógica, implantação e tomada de decisão estratégica. Relacionado à dimensão (*saber - o quê / saber – por que*);
- Habilidade (Gerenciamento de Processos): Estrutura organizacional e processos de gestão. Relacionada à dimensão (*saber – como*);
- Atitude (Incentivo): Encorajamento, dedicação, pensamento positivo e vontade.

A FIGURA 9 representa o posicionamento das três alavancas para a ação. Conforme Durand (2000, p. 12, tradução nossa), “o conhecimento é estéril se não for corporificado pela atitude”; mas, “atitude não serve para nada sem pertinência”; “não há real aprendizado sem ação”; “saber como se faz é vulnerável sem o devido conhecimento”; “o conhecimento coletivo tona-se fraco sem a habilidade de trabalho em equipe (atitude)”; no entanto, “as atitudes são sem serventia se não se sabe como agir”.

FIGURA 9 - AÇÕES DE GESTÃO E A BASE DA COMPETÊNCIA



FONTE: Adaptado de DURAND (2000, p. 9, tradução nossa).

Neste sentido, as habilidades básicas do gestor público municipal são amplas e podem ser definidas como: técnicas (tipo específico de trabalho); interpessoais (capacidade de comunicar, entender e motivar); conceituais (raciocínio abstrato – entendimento da

organização como um todo); diagnóstico (visão de reação mais apropriada); comunicação (recepção e transmissão de informações e ideias); tomada de decisões (reconhecer problemas e oportunidades); e gerenciamento do tempo (estabelecer prioridades). (GRIFFIN, 2007).

Passo 3 - Trilhas de Aprendizagem: Conforme Brandão (2017), para a definição do conteúdo de ensino para cada competência essencial a ser desenvolvida, atribui-se os elementos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA).

Uma estrutura educacional é um conjunto de competências em que educadores poderiam desenvolver objetivos e currículos orientados a preparar profissionais de saúde para um desastre devem considerar o desempenho baseado em suas necessidades educacionais, experiência, papel profissional e função no planejamento, mitigação, reposta e recuperação de desastres. (WITT; GEBBIE, 2016, p.4).

Referente às trilhas de aprendizagem, são consideradas as preferências e limitações individuais (exemplo: tempo) e o ritmo de aprendizagem do gestor, pois compete à organização a oferta de direcionamento (orientação) e ambiente facilitador quanto a soluções educacionais, conforme a multiplicidade de formas de aprender. Quanto ao gestor, importa buscar as oportunidades de ensino, identificando a mais apropriada trilha para a aprendizagem, conforme seu interesse e perfil. (BRANDÃO, 2017).

O conceito de Trilhas de Aprendizagem, segundo Freitas e Brandão (2006), é uma alternativa às grades de treinamento e uma estratégia de promoção do desenvolvimento de competências ao unir as expectativas da organização com as características e perfil de cada pessoa, oferecendo conveniências para o aprendiz. A formatação de um mapa de aprendizagem (onde são escolhidas as trilhas) é vasta, ilimitada e pode ser constituída por meio de palestras, seminários, cursos (presenciais e a distância), conferências, viagem de estudo, curso de especialização, livros, manuais, artigos, filmes, fóruns, *sites*, vídeos, *coaching*, *mentoring* e outros. (FREITAS; BRANDÃO, 2006).

A noção de trilhas de aprendizagem parte do pressuposto de que cada profissional [no caso desta pesquisa, cada gestor] pode conceber sua trilha a partir de suas conveniências, necessidades, ponto de partida e ponto a que deseja chegar, integrando em seu planejamento de carreira as expectativas da organização, o desempenho esperado, suas aspirações, as competências que já possui e aquelas que necessita desenvolver. (BRANDÃO, 2017, p. 109).

Cada trilha de aprendizagem elaborada é uma expressão de desejo de crescimento e realização profissional. No entanto, salienta-se que cabe à instituição a organização das opções de aprendizagem, orientação quanto à confecção da trilha de aprendizagem e estímulo as pessoas a desenvolver suas trilhas. (FREITAS; BRANDÃO, 2006).

Importante ressaltar também que no SUS, o Município também conta com o apoio técnico do Estado e União; ou seja, é possível estabelecer parceria técnica (*expertise*) com a Secretária de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) e Ministério da Saúde. Pode-se fomentar a parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná e com as Instituições de Ensino Superior (IES) referente à pesquisa e extensão, troca de experiências, produção do conhecimento e qualificação profissional.

Passo 4 - Avaliação de Resultados: Conforme Freitas et al. (2006), avaliar os resultados de impacto das atividades de aprendizagem são importantes para a retroalimentação (para o devido aperfeiçoamento) e a garantia de que os esforços despendidos estão sendo efetivos ao dispostos. Alguns indicadores de impacto são sugeridos nas seguintes categorias: Complexidade da Medida (profundidade e ou largura) e Nível (indivíduo ou organização), além dos instrumentos de medida.

O indicador de impacto da categoria Complexidade da Medida, que pode ser de profundidade e ou largura, refere-se à *profundidade* como os avanços no desempenho das atividades relacionadas aos objetivos e conteúdos ensinados (competências essenciais) e impacto no trabalho. A *largura*, por sua vez, é referente a efeitos positivos em outras atividades não diretamente relacionadas aos objetivos e conteúdos ensinados. Já a categoria Nível é referente ao indicador de impacto em cadeia de efeitos esperados conforme os conteúdos ensinados (competências essenciais). Os efeitos são medidos em *nível*, individual e ou organizacional. (FREITAS et al., 2006).

Quanto às medidas de impacto no desempenho individual para *profundidade* podem ser por meio de levantamento exploratório (qualitativo) ou por instrumento, exemplo, questionário com escala de concordância em Escala Likert (quantitativo) para medição de *profundidade* e ou *largura*. Na hipótese de medição no desempenho organizacional, segue-se o mesmo conceito, mas seguinte de acordo com a construção de itens de impacto que meçam o desempenho da organização. As escolhas de qual medida de impacto utilizar dependem da forma de aprendizagem escolhida, de seu conteúdo e contexto. (FREITAS et al., 2006).

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta as informações levantadas da coleta de dados realizada nesta pesquisa. Apresenta-se o resultado da etapa documental, que permitiu a elaboração e descrição das competências essenciais gerais da SEMS. Em seguida, descrevem-se os resultados dos questionários preenchidos pelos gestores participantes da SEMS (Grau de Expressão da Competência no trabalho), a caracterização geral dos gestores participantes da pesquisa e suas manifestações escritas e orais. Expõem-se também os resultados estatísticos referentes à Análise dos Componentes Principais (ACP), testes de adaptação dos componentes e a fiabilidade dos dados coletados por Domínios.

Após a exposição dos dados coletados, são trazidos os resultados do mapeamento das lacunas (*gaps*) dentre as competências essenciais específicas e os Domínios do questionário (Grau de Prioridade de Capacitação). Por fim, apresenta-se a proposta de Planejamento Educacional para as competências essenciais específicas identificadas como *gaps* durante o mapeamento.

4.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA – ANÁLISE DOCUMENTAL

Após busca tanto no acervo físico (*in loco*) da SEMS e Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico (SEMPLADE) quanto no acervo digital (virtual) da SEMS e Prefeitura Municipal, no mês de novembro de 2017, foi realizada consulta (análise documental) de 18 documentos oficiais do Município encontrados referentes à administração pública municipal (descrição de cargos, deveres dos servidores, organograma) como: regimentos, leis, estatutos, portarias, decretos, planos de ações, mapa estratégico e relatórios de gestão.

Entretanto, somente três documentos oficiais foram selecionados ao destacarem-se em relevância e potencial de interpretação e descrição de conteúdo referente a competências. Dois dos documentos oficiais selecionados foram encontrados por meio de busca virtual no *site* da Prefeitura Municipal: Lei Orgânica Municipal (atribuições do Secretário Municipal) e o Estatuto do Servidor (Deveres do Servidor Público). O terceiro documento foi obtido por meio de visita do pesquisador a Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico que forneceu o Mapa Estratégico da Prefeitura Municipal intitulado: Desafios e Prioridades Estratégicas para 2030, contendo Visão, Missão, Valores e Prioridades Estratégicas para a Secretaria Municipal de Saúde (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017b).

Importante ressaltar que não foram encontrados documentos municipais oficiais físicos ou digitalizados que tratem de competências organizacionais ou essenciais descritas em 20 das 21 Secretarias Municipais, salvo na Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico.

Quanto às ações do Gestor da Saúde, o Artigo 76 da Lei Orgânica Municipal, (Compete aos Secretários Municipais ou Diretores Equivalentes) contempla as seguintes atribuições, com destaque em negrito a palavras-chave e frases de importância para o estabelecimento de objeto de ação, critério ou condição de competências essenciais: “I - **subscrever atos e regulamentos** referentes aos seus órgãos; II - expedir instruções para a **boa execução e cumprimento das leis, decretos e regulamentos;**” (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 1990, p. 26, grifo nosso).

Quanto ao Estatuto dos Servidores Públicos, os deveres que se destacam quanto a competências gerenciais, com o apontamento em negrito das palavras-chave e frases relevantes para estabelecimento de objeto de ação, critério ou condição de competências essenciais são:

São deveres do servidor público:

§ 1º Na condição de servidor público em geral:

I - exercer com **zelo e dedicação** as atribuições do cargo e função;

II - manter **espírito de cooperação e solidariedade** com os colegas;

VIII - manter conduta compatível com a **moralidade administrativa;**

XII - zelar pelo prestígio da classe, pela moralização profissional e pelo **aperfeiçoamento de suas atribuições;**

XIII - **atender com presteza;**

XVII - **atualizar e expandir seus conhecimentos profissionais**, inclusive através de participação em cursos de aprimoramento;

XIX - **conhecer a legislação específica relativa às suas atribuições e a sua vida funcional.**

(SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2004, não paginado, grifo nosso)

O Mapa Estratégico da Prefeitura Municipal intitulado Desafios e Prioridades Estratégicas para 2030 (FIGURA 10) é a documentação com maior relevância para a pesquisa, pois provê ao estudo conteúdo importante para a descrição de competências essenciais gerais, com destaque para a Visão de Futuro, Missão, Valores e Objetivos Estratégicos da Prefeitura Municipal. (BRANDÃO, 2017).

FIGURA 10 – MAPA ESTRATÉGICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2017b, não paginado).

Para melhor visualização e organização, abaixo estão dispostos os textos provenientes da FIGURA 10 pertinentes a SEMS (A3, B5, B9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, D17, D18, D19 E D20), conforme documentação oficial da SEMPLADE.

- **MISSÃO:** Criar e manter condições para o desenvolvimento integral e sustentável.
- **VISÃO DE FUTURO:** Cidade de [...] Moderna e Sustentável: Oportunidades e Qualidade de Vida pra Todos.
- **VALORES:** Comprometimento; ética; respeito; justiça; transparência; inovação.
- **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:** Ter Impacto para a Sociedade (ter cidadãos instruídos saudáveis e seguros) / Resultado para os Cidadãos e Usuários (estimular hábitos saudáveis de vida; estimular o desenvolvimento das regiões, priorizando as mais vulneráveis) / Processos Internos Críticos (promover a descentralização dos serviços públicos; melhorar as estruturas físicas nas áreas críticas da Prefeitura; implantar a gestão compartilhada dos serviços públicos municipais; tornar os processos de análises e fiscalizações mais ágeis e eficazes; melhorar a comunicação e a gestão da informação; otimizar a qualidade e a

eficiência do gasto governamental; aumentar a participação de recursos externos nos investimentos municipais) / Pessoas e Aprendizagem (desenvolver as lideranças da Prefeitura; estimular o comprometimento, a motivação e o bom clima organizacional; alinhar as competências e as necessidades da administração; estabelecer políticas de valorização de pessoas baseadas em meritocracia).

4.1.1 Resultados da descrição das competências essenciais gerais da Secretaria Municipal de Saúde

Os três documentos oficiais encontrados serviram como fundamento para a descrição de 14 competências essenciais gerais para a Secretaria Municipal de Saúde, respeitando os preceitos metodológicos mencionados nesta pesquisa. Com a obtenção das palavras-chave e frases, no QUADRO 5 podem ser verificadas as bases da descrição operacional.

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO OPERACIONAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO OFICIAL MUNICIPAL

(continua)

VERBO	OBJETO DA AÇÃO	CONDIÇÃO	CRITÉRIO OU RESTRIÇÃO
- Ter (OE); - Criar (M).	- Cidadãos / Sociedade (OE)	- Saudáveis e Seguros (OE); - Oportunidades (VF); - Qualidade de Vida (VF).	- Desenvolvimento integral e sustentável (M); - Respeito (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL I: Proporcionar aos cidadãos o desenvolvimento integral e sustentável para o melhoramento da qualidade de vida com saúde e segurança, respeitando a cultura e valores locais.			
- Estimular (OE)	- Hábitos saudáveis de vida (OE)	- Sustentável (M); - Qualidade de Vida (VF).	- Comprometimento (VA)
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL II: Propiciar momentos de educação em saúde com compromisso da promoção de hábitos saudáveis, sustentabilidade e qualidade de vida para transformação das condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde.			

(continuação)

VERBO	OBJETO DA AÇÃO	CONDIÇÃO	CRITÉRIO OU RESTRIÇÃO
- Estimular (OE)	- Desenvolvimento das regiões (OE)	- Qualidade de Vida (VF)	- Priorizando os mais vulneráveis (OE); - Justiça (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL III: Formular estratégias regionais para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida, priorizando as regiões mais vulneráveis, conforme avaliação da situação de saúde da população local e suas tendências.			
- Promover (OE); - Manter (M).	- Descentralização dos serviços públicos (OE)	- Integral (M)	- Comprometimento (VA); - Respeito (VA); - Justiça (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IV: Identificar vazios assistenciais e promover a descentralização dos serviços públicos em saúde para o garantimento da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.			
- Melhorar (OE)	- Estruturas físicas nas áreas críticas da Prefeitura (OE)	- Integral (M); - Presteza no atendimento (E).	- Comprometimento (VA); - Respeito (VA); - Justiça (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL V: Coordenar a manutenção e ou ampliação das estruturas físicas de prestação de serviços de saúde existentes para o garantimento da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.			
- Implantar (OE); - Criar (M).	- Gestão compartilhada dos serviços públicos municipais (OE)	- Integral (M); - Presteza no atendimento (E); - Aperfeiçoamento de suas atribuições (E); - Atualizar e expandir seus conhecimentos profissionais (E).	- Comprometimento (VA); - Respeito (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VI: Implantar a gestão compartilhada dos serviços públicos municipais e promover a integração, comprometimento e respeito entre eles e aperfeiçoamento de suas atribuições para com a sociedade.			
- Tornar (OE), - Cumprimento (L).	- Processos de análises (OE); - Fiscalizações (OE); - Atos e regulamentos (L); - Leis, decretos e regulamentos (L).	- Mais ágeis e eficazes (OE); - Cidade Moderna (VF); - Boa execução (L); - Presteza no atendimento (E); - Aperfeiçoamento de suas atribuições (E).	- Justiça (VA); - Transparência (VA); - Respeito (VA); - Inovação (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VII: Prestar vigilância em saúde no atendimento de processos de análise e fiscalização, com justiça e transparência, oferecendo serviços mais ágeis, modernos, inovadores e eficazes para a promoção do respeito e proteção da sociedade.			

(continuação)

VERBO	OBJETO DA AÇÃO	CONDIÇÃO	CRITÉRIO OU RESTRIÇÃO
- Melhorar (OE)	- Comunicação (OE); - Gestão da Informação (OE).	- Oportunidades (VF); - Presteza no atendimento (E).	- Transparência (VA); - Inovação (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VIII: Comunicar-se com o cidadão oferecendo-lhe informações relevantes em linguagem clara, objetiva, acessível e inovadora.			
- Otimizar (OE), - Cumprimento (L).	- Eficiência do gasto governamental (OE); - Atos e regulamentos (L); - Leis, decretos e regulamentos (L).	- Qualidade (VF); - Boa execução (L); - Zelo e Dedicção (E); - Moralidade administrativa (E).	- Comprometimento (VA); - Ética (VA); - Respeito (VA); - Transparência (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IX: Gerenciar a eficiência do gasto governamental e a qualidade dos serviços públicos municipais com zelo, legalidade, comprometimento, ética, respeito, transparência e moralidade administrativa.			
- Aumentar (OE)	- Participação de recursos externos nos investimentos municipais (OE)	- Oportunidades (VF)	- Comprometimento (VA)
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL X: Formular estratégias de estabelecimento de parcerias, cooperação técnica e captação de recursos externos para investimentos em serviços públicos municipais.			
- Desenvolver (OE)	- Lideranças (OE)	- Oportunidade (VF); - Atualizar e expandir seus conhecimentos profissionais (E).	- Comprometimento (VA)
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XI: Formular estratégias para o desenvolvimento e destaque das lideranças entre os servidores municipais atualizando e expandindo seus conhecimentos profissionais.			
- Estimular (OE)	- Bom clima organizacional (OE)	- Motivação (OE); - Espírito de cooperação e solidariedade (E).	- Ética (VA); - Respeito (VA); - Justiça (VA); - Transparência (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XII: Desenvolver processos motivacionais e de mediação de conflitos para estímulo da coesão, harmonia e bom clima organizacional no trabalho com ética, respeito, justiça e transparência.			
- Alinhar (OE), - Cumprimento (L).	- Competências (OE); - Atos e regulamentos (L); - Leis, decretos e regulamentos (L).	- Necessidades apontadas pela administração (OE); - Boa execução (L); - Aperfeiçoamento de suas atribuições (E).	- Comprometimento (VA)
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIII: Alinhar as competências gerenciais dos gestores municipais ao compromisso com as necessidades apontadas pela administração em cumprimento das leis, decretos e regulamentos.			

(conclusão)

VERBO	OBJETO DA AÇÃO	CONDIÇÃO	CRITÉRIO OU RESTRIÇÃO
- Estabelecer (OE)	- Políticas (OE)	- Valorização de pessoas (OE); - Conhecer a legislação específica relativa às suas atribuições e a sua vida funcional (E).	- Meritocracia (OE); - Oportunidade (VA); - Justiça (VA); - Transparência (VA).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIV: Implementar políticas e processos de educação corporativa, avaliação de desempenho e sistema de recompensa abalizados na justiça, transparência e meritocracia.			

FONTE: Adaptado de CARBONE et al. (2009, p. 57).

LEGENDA: Missão (M), Visão de Futuro (VF), Valores (VA), Objetivos Estratégicos (OE), Lei Orgânica Municipal (L) e Estatuto dos Servidores Municipais (E).

Conforme o QUADRO 5, a SEMS passa a contar com 14 competências essenciais gerais descritas que poderão nortear suas ações, os temas são: o desenvolvimento integral e sustentável com a qualidade de vida e saúde; respeito à cultura e valores locais; educação em saúde; priorização de ações nas áreas mais vulneráveis; identificação de vazios assistenciais em contraposição à universalidade do acesso, integralidade do atendimento em saúde; gestão compartilhada pelo controle social; ações de fiscalização ágil, justa, moderna e transparente; gerenciamento do gasto e qualidade dos serviços públicos; estabelecimento de parcerias para captação de recursos externos; desenvolvimento de líderes; estímulo à coesão e bom clima organizacional; alinhamento das competências gerenciais; e, implementação de políticas de educação corporativa.

Para maior clareza do conteúdo referente à descrição de competências essenciais gerais concernentes à SEMS, estão assinaladas no QUADRO 6 as colunas correspondentes à documentação oficial organizacional que serviu como base para as competências essenciais gerais descritas.

QUADRO 6 - COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORIGEM DOCUMENTAL

(continua)

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS	Desafios e Prioridades Estratégicas da Prefeitura Municipal Para 2030 – SEMS				Lei Orgânica Municipal	Estatuto do Servidor Público Municipal
	Missão	Visão de Futuro	Valores	Objetivos Estratégicos		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL I: Proporcionar aos cidadãos o desenvolvimento integral e sustentável para o melhoramento da qualidade de vida com saúde e segurança, respeitando a cultura e valores locais.	X	X	X	X		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL II: Propiciar momentos de educação em saúde com compromisso da promoção de hábitos saudáveis, sustentabilidade e qualidade de vida para transformação das condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde.	X	X	X	X		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL III: Formular estratégias regionais para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida, priorizando as regiões mais vulneráveis, conforme avaliação da situação de saúde da população local e suas tendências.		X	X	X		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IV: Identificar vazios assistenciais e promover a descentralização dos serviços públicos em saúde para o garantimento da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.	X		X	X		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL V: Coordenar a manutenção e ou ampliação das estruturas físicas de prestação de serviços de saúde existentes para o garantimento da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.	X		X	X		X

(continuação)

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS	Desafios e Prioridades Estratégicas da Prefeitura Municipal Para 2030 – SEMS				Lei Orgânica Municipal	Estatuto do Servidor Público Municipal
	Missão	Visão de Futuro	Valores	Objetivos Estratégicos		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VI: Implantar a gestão compartilhada dos serviços públicos municipais e promover a integração, comprometimento e respeito entre eles e aperfeiçoamento de suas atribuições para com a sociedade.	X		X	X		X
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VII: Prestar vigilância em saúde no atendimento de processos de análise e fiscalização, com justiça e transparência, oferecendo serviços mais ágeis, modernos, inovadores e eficazes para a promoção do respeito e proteção da sociedade.		X	X	X	X	X
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VIII: Comunicar-se com o cidadão oferecendo-lhe informações relevantes em linguagem clara, objetiva, acessível e inovadora.		X	X	X		X
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IX: Gerenciar a eficiência do gasto governamental e a qualidade dos serviços públicos municipais com zelo, legalidade, comprometimento, ética, respeito, transparência e moralidade administrativa.		X	X	X	X	X
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL X: Formular estratégias de estabelecimento de parcerias, cooperação técnica e captação de recursos externos para investimentos em serviços públicos municipais.		X	X	X		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XI: Formular estratégias para o desenvolvimento e destaque das lideranças entre os servidores municipais atualizando e expandindo seus conhecimentos profissionais.		X	X	X		X

(conclusão)

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS	Desafios e Prioridades Estratégicas da Prefeitura Municipal Para 2030 – SEMS				Lei Orgânica Municipal	Estatuto do Servidor Público Municipal
	Missão	Visão de Futuro	Valores	Objetivos Estratégicos		
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XII: Desenvolver processos motivacionais e de mediação de conflitos para estímulo da coesão, harmonia e bom clima organizacional no trabalho com ética, respeito, justiça e transparência.			X	X		X
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIII: Alinhar as competências gerenciais dos gestores municipais ao compromisso com as necessidades apontadas pela administração em cumprimento das leis, decretos e regulamentos.			X	X	X	X
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIV: Implementar políticas e processos de educação corporativa, avaliação de desempenho e sistema de recompensa abalizados na justiça, transparência e meritocracia.		X	X	X		X

FONTE: Adaptado de BRANDÃO (2017, p. 36).

4.1.2 Resultados da correlação das competências essenciais gerais da Secretaria Municipal de Saúde e os domínios de competências essenciais específicas do questionário

No QUADRO 7 é apresentado o resultado das correlações das 14 competências essenciais gerais descritas para a SEMS e os seis Domínios de competências essenciais específicas (competências externas) do questionário baseado no MRCESP (ANEXO 3) para os recursos humanos em saúde na Região das Américas.

QUADRO 7 – CORRELAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DA SEMS AOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS ESPECÍFICAS

(continua)

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DESCRITAS PARA A SEMS	DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS ESPECÍFICAS
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL III: Formular estratégias regionais para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida, priorizando as regiões mais vulneráveis, conforme avaliação da situação de saúde da população local e suas tendências.</p>	<p><u>Domínio de Competências Específicas 1: Análise da Situação de Saúde</u> - 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. (ALMEIDA, 2016).</p>
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VII: Prestar vigilância em saúde no atendimento de processos de análise e fiscalização, com justiça e transparência, oferecendo serviços mais ágeis, modernos, inovadores e eficazes para a promoção do respeito e proteção da sociedade.</p>	<p><u>Domínio de Competências Específicas 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos</u> - 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. (ALMEIDA, 2016).</p>
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL I: Proporcionar aos cidadãos o desenvolvimento integral e sustentável para o melhoramento da qualidade de vida com saúde e segurança, respeitando a cultura e valores locais.</p>	<p><u>Domínio de Competências Específicas 3: Promoção da Saúde e Participação</u> - 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. (ALMEIDA, 2016).</p>
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL II: Propiciar momentos de educação em saúde com compromisso da promoção de hábitos saudáveis, sustentabilidade e qualidade de vida para transformação das condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde.</p>	
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VIII: Comunicar-se com o cidadão oferecendo-lhe informações relevantes em linguagem clara, objetiva, acessível e inovadora.</p>	
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IX: Gerenciar a eficiência do gasto governamental e a qualidade dos serviços públicos municipais com zelo, legalidade, comprometimento, ética, respeito, transparência e moralidade administrativa.</p>	<p><u>Domínio de Competências Específicas 4: Políticas, Planificação, Regulação e Controle</u> - 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. (ALMEIDA, 2016).</p>
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XI: Formular estratégias para o desenvolvimento e destaque das lideranças entre os servidores municipais atualizando e expandindo seus conhecimentos profissionais.</p>	
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XII: Desenvolver processos motivacionais e de mediação de conflitos para estímulo da coesão, harmonia e bom clima organizacional no trabalho com ética, respeito, justiça e transparência.</p>	
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIII: Alinhar as competências gerenciais dos gestores municipais ao compromisso com as necessidades apontadas pela administração em cumprimento das leis, decretos e regulamentos.</p>	
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIV: Implementar políticas e processos de educação corporativa, avaliação de desempenho e sistema de recompensa abalizados na justiça, transparência e meritocracia.</p>	

(conclusão)

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS GERAIS DESCRITAS PARA A SEMS	DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS ESPECÍFICAS
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IV: Identificar vazios assistenciais e promover a descentralização dos serviços públicos em saúde para o garantimento da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.</p>	<p><u>Domínio de Competências Específicas 5: Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos</u> - 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. (ALMEIDA, 2016).</p>
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL V: Coordenar a manutenção e ou ampliação das estruturas físicas de prestação de serviços de saúde existentes para o garantimento da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.</p>	
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VI: Implantar a gestão compartilhada dos serviços públicos municipais e promover a integração, comprometimento e respeito entre eles e aperfeiçoamento de suas atribuições para com a sociedade.</p>	<p><u>Domínio de Competências Específicas 6: Saúde Internacional e Global</u> - 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. (ALMEIDA, 2016).</p>
<p>COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL X: Formular estratégias de estabelecimento de parcerias, cooperação técnica e captação de recursos externos para investimentos em serviços públicos municipais.</p>	

FONTE: O autor (2018).

Nota-se no QUADRO 7 que todas as 14 competências essenciais gerais descritas para a SEMS foram correlacionadas aos seis Domínios de competências essenciais específicas do instrumento de coleta de dados. O maior número de correlações é referente ao Domínio 4 (Políticas, Planificação, Regulação e Controle) que apresentou 5 (35,71%) das 14 competências essenciais gerais descritas, seguido do Domínio 3 (Promoção da Saúde e Participação) com 3 (24,43%) correlações.

4.2 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA - QUESTIONÁRIO

Nesta etapa são apresentados os resultados referentes à coleta de dados por meio do questionário; ou seja, amostra populacional estudada, Grau de Expressão da Competência no trabalho (GEC), o comentário escrito dos gestores participantes para as questões autoavaliadas (alternativas abertas) e os registros das manifestações espontâneas orais. Os dados obtidos foram submetidos à análise multivariada por meio de aplicativos estatísticos (*Microsoft Excel® e Predictive Analytics SoftWare - PASW Statistics - Release 18.0.0.*).

4.2.1 Resultado da amostra populacional estudada

Sendo a população-alvo composta por 91 gestores, foi realizado censo ativo (abordagem direta da população) com retorno de 85,71% da população-alvo (adesão de 78 gestores). No entanto, quatro gestores deixaram de responder a todas as questões; ou seja, uma ou mais questões foram deixadas em branco pelo GESTOR 11 (Domínio 6 - Questão 2), GESTOR 42 (Domínio 1 - Questões 8 e 9 / Domínio 2 – Questão 1), GESTOR 70 (Domínio 2 - Questão 4) e GESTOR 73 (Domínio 2 - Questão 13). Os questionários que apresentaram incompletude foram removidos da pesquisa para garantia da qualidade dos dados coletados; ou seja, foram computados nesta pesquisa 74 questionários de gestores participantes (81,39%).

Considerando-se o nível de intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, e sendo a população-alvo igual a 91, a amostra necessária da população de, no mínimo, 74 gestores participantes, foi alcançado.

4.2.1.1 Características dos gestores participantes

Os quatro casos de exclusão de gestores participantes são referentes à análise dos dados, pois o documento (ficha) preenchido relativo às características gerais do participante foi entregue destacado do questionário (para evitar constrangimentos e possibilidade de identificação do participante e correlação com os resultados); ou seja, não foi possível correlacionar e remover a ficha correspondente ao gestor participante excluído da análise de dados, conforme critério de exclusão desta pesquisa. Então, o número total de gestores participantes que entregaram as fichas de características preenchidas foi 78.

As características gerais dos 78 gestores participantes demonstram que, em sua maioria, 53 (67,9%) são do sexo feminino, 44 (66,7%) tem idade entre 30 e 49 anos e média de idade de 42 anos (embora 12 participantes se omitiram de informar este dado), 70 (89,74%) possuem o nível superior completo. Destes, 39 (50%) possuem pós-graduação *lato sensu*, 25 (32,1%) em saúde da família/pública/coletiva e 65 (83,3%) são servidores efetivos. Quanto à categoria profissional, 32 (41%) são profissionais enfermeiros e 6 (7,7%) são Tecnólogos em Gestão Pública / de Pessoas e 6 (7,7%) são Administradores de Empresas.

Os gestores participantes também apresentaram, em sua maioria, 58 (74,4%), o tempo de experiência em gestão entre sete a dez anos e tempo médio de experiência em gestão de oito anos. Referente ao Mapeamento de Competências, a minoria dos participantes, 7 (9%),

havia participado de algum processo de Mapeamento de Competências previamente; no entanto, todos os 78 gestores participantes (100%) responderam que o Mapeamento de Competências pode contribuir para a Gestão do SUS.

QUADRO 8 - IDADE DOS GESTORES PARTICIPANTES POR FAIXA ETÁRIA

		<i>n</i>	%	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Respostas Válidas	20 A 29 ANOS	5	6,4	7,6	7,6
	30 A 39 ANOS	24	30,8	36,4	43,9
	40 A 49 ANOS	20	25,6	30,3	74,2
	50 A 59 ANOS	14	17,9	21,2	95,5
	60 A 69 ANOS	3	3,8	4,5	100,0
	Total	66	84,6	100,0	
Respostas em Branco		12	15,4		
Total		78	100,0		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

Conforme o QUADRO 8, nem todos os gestores responderam quando perguntados sua idade e deixaram o item em branco.

QUADRO 9 - ESCOLARIDADE DOS GESTORES PARTICIPANTES

ESCOLARIDADE	<i>n</i>	%
Ensino Médio	2	2,6
Ensino Superior em Andamento	6	7,7
Ensino Superior	70	89,74
Especialização em Andamento	5	6,4
Especialização	39	50,0
Mestrado em Andamento	7	9,0
Mestrado	3	3,8
Doutorado em Andamento	1	1,3
Doutorado	2	2,6
Total	78	100,0

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

QUADRO 10 – GESTORES PARTICIPANTES COM FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA OU SAÚDE DA FAMÍLIA

	<i>n</i>	%
SIM	25	32,1
NÃO	53	67,9
Total	78	100,0

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

QUADRO 11 – PROFISSÃO DOS GESTORES PARTICIPANTES

PROFISSÃO	<i>n</i>	%
Administrador	6	7,7
Advogado	2	2,6
Agente Administrativo	2	2,6
Arquiteto	1	1,3
Assistente Social	1	1,3
Cientista Social	1	1,3
Cirurgião Dentista	3	3,8
Contador	2	2,6
Economista	1	1,3
Educador Físico	1	1,3
Enfermeiro	32	41,0
Engenheiro Sanitarista	1	1,3
Farmacêutico	3	3,8
Fisioterapeuta	1	1,3
Fonoaudiólogo	1	1,3
Jornalista	1	1,3
Médico	1	1,3
Nutricionista	1	1,3
Psicólogo	5	6,4
Sem Profissão	2	2,6
Técnico de Enfermagem	3	3,8
Técnico em Saneamento	1	1,3
Tecnólogo em Gestão Pública / Pessoas	6	7,7
Total	78	100,0

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

QUADRO 12 – GESTORES PARTICIPANTES EFETIVOS E COMISSIONADOS

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	<i>n</i>	%
EFETIVOS	65	83,3
COMISSIONADOS	13	16,7
Total	78	100,0

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

QUADRO 13 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DOS GESTORES PARTICIPANTE

FAIXA ETÁRIA	<i>n</i>	%	Porcentagem Acumulada
MENOS DE 1 ANO	11	14,1	14,1
1 A 3 ANOS	19	24,4	38,5
4 A 6 ANOS	21	26,9	65,4
7 A 10 ANOS	7	9,0	74,4
11 A 15 ANOS	4	5,1	79,5
16 A 20 ANOS	10	12,8	92,3
21 ANOS OU MAIS	6	7,7	100,0
Total	78	100,0	

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

4.2.2 Resultado do grau de expressão da competência no trabalho dos gestores participantes

O questionário de autoavaliação semiestruturado, composto por 56 questões (ou competências essenciais – ANEXO 3), divididas em seis Domínios, conforme o documento *Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para Las Américas – MRCESP*, com respostas estruturadas em Escala Tipo Likert com uma alternativa aberta para comentários por questão, foi aplicado pessoalmente, pelo próprio pesquisador, após envio de e-mail comunicando o objetivo da pesquisa (cópia do TCLE – APÊNDICE 1), assegurando o ambiente de respeito e consideração pelo gestor participante, evitando qualquer constrangimento. No entanto, em alguns casos o questionário foi entregue a cada respondente para entrega em momento oportuno e posterior, conforme desejo do gestor participante.

O questionário foi fornecido aos participantes entre os dias 17 de outubro de 2017 e 15 de janeiro de 2018. Dos 91 gestores abordados, 78 (85,71%) preencheram o questionário, com duração entre 22 e 50 minutos. Todavia, verificou-se que quatro participantes (5,13%) se omitiram de responder algumas questões dentre as 56 competências e foram excluídos da análise das competências essenciais, embora permanecem na descrição das características gerais dos participantes.

A coleta de dados desenvolveu-se em zelo quanto o garantimento da impessoalidade, pois as competências essenciais à saúde pública que foram avaliadas, não os gestores participantes; ou seja, para evitar constrangimentos, depois de preenchidos, os questionários foram depositados pelos participantes (com as fichas de características gerais destacadas e dobradas à parte do questionário), sem qualquer tipo de identificação, em caixas identificadas com o símbolo da Universidade Federal do Paraná.

As caixas permaneceram seladas durante todo o período de coleta de dados e foram abertas somente após a inserção de todos os questionários. Após abertas as caixas, os questionários e as fichas de características gerais dos gestores participantes foram então identificados e numerados, exemplo: GESTOR 1. É importante ressaltar que estando a ficha de características gerais do gestor participante destacada do questionário, não foi possível realizar estudos estatísticos adicionais de correlação entre as competências essenciais e as características do participante (idade, tempo de experiência como gestor, escolaridade, gênero, profissão, vínculo empregatício e outros).

4.2.2.1 Resultados das questões estruturadas do questionário

Os resultados das questões estruturadas estão apresentados por meio de medida de tendência central (média aritmética) e medida de dispersão (desvio padrão). As médias podem variar entre 1 e 5, sendo 1 o menor valor referente ao desconhecimento da competência essencial e 5 representando que a competência é colocada em prática e na possibilidade de ensinar a competência a outros. O desvio padrão por sua vez, é uma medida de consenso se alcançado o menor valor ou dissenso se alcançado maior valor.

Após levantamento da distribuição das frequências das respostas dos gestores participantes por questão e por Domínio (APÊNDICE 2), apresenta-se na TABELA 2 a descrição das médias e desvio padrão (Grau de Expressão das Competências no trabalho - GEC), por questão e Domínio.

TABELA 2 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO REFERENTE AOS DOMÍNIOS E ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS CONFORME O GRAU DE EXPRESSÃO DA COMPETÊNCIA NO TRABALHO – GESTORES

(continua)

Competência	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio 1	74	3,62	0,558
DO1CO1	74	3,57	0,742
DO1CO2	74	3,36	0,713
DO1CO3	74	3,72	0,673
DO1CO4	74	3,62	0,753
DO1CO5	74	3,59	0,890
DO1CO6	74	3,58	0,891
DO1CO7	74	3,93	0,833
DO1CO8	74	3,49	0,864
DO1CO9	74	3,73	0,833
Domínio 2	74	3,11	0,825
DO2CO1	74	3,22	0,955
DO2CO2	74	2,97	0,891
DO2CO3	74	3,11	0,930
DO2CO4	74	3,41	0,992
DO2CO5	74	3,23	0,987
DO2CO6	74	3,32	1,008
DO2CO7	74	3,50	0,864
DO2CO8	74	3,20	0,936
DO2CO9	74	3,27	0,955
DO2CO10	74	2,93	1,051
DO2CO11	74	2,82	1,163
DO2CO12	74	2,80	1,072
DO2CO13	74	2,89	1,130
DO2CO14	74	2,81	1,119
Domínio 3	74	3,47	0,779
DO3CO1	74	3,73	0,896
DO3CO2	74	3,61	0,977
DO3CO3	74	3,14	1,011
DO3CO4	74	3,77	0,786
DO3CO5	74	3,30	0,947
DO3CO6	74	3,46	1,100
DO3CO7	74	3,53	0,968
DO3CO8	74	3,41	0,964
DO3CO9	74	3,39	0,904
DO3CO10	74	3,34	0,940
Domínio 4	74	3,61	0,722
DO4CO1	74	3,54	0,879
DO4CO2	74	3,81	0,839
DO4CO3	74	3,57	0,966
DO4CO4	74	3,76	0,904
DO4CO5	74	3,59	0,810
DO4CO6	74	3,69	0,920
DO4CO7	74	3,32	0,967

(conclusão)

Competência	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio 5	74	3,67	0,789
DO5CO1	74	3,81	0,902
DO5CO2	74	3,66	0,880
DO5CO3	74	3,72	0,944
DO5CO4	74	3,46	0,982
DO5CO5	74	3,55	0,938
DO5CO6	74	3,43	0,966
DO5CO7	74	3,91	0,878
DO5CO8	74	3,78	0,926
Domínio 6	74	2,97	0,870
DO6CO1	74	3,05	1,019
DO6CO2	74	3,12	1,110
DO6CO3	74	2,77	1,028
DO6CO4	74	2,84	0,951
DO6CO5	74	2,91	0,995
DO6CO6	74	3,03	1,098
DO6CO7	74	3,35	0,898
DO6CO8	74	2,72	0,944

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0.*

LEGENDA: Número de Participantes (N), Domínio (DO) e Competência (CO).

As médias são compreendidas como Grau de Expressão da Competência no trabalho e para avaliação das médias, se altas ou baixas, ainda é fundamental a comparação com as médias estabelecidas pelos gestores especialistas (Grau de Importância da Competência), Mapeamento de Lacunas.

Na TABELA 2 é possível notar dissenso (maior valor de desvio padrão, > 1.0) nos seguintes Domínios e Competências: DO2CO6, DO2CO10, DO2CO11, DO2CO12, DO2CO13, DO2CO14, DO3CO3, DO3CO6, DO6CO1, DO6CO2, DO6CO3, DO6CO6; ou seja, diferentes gestores participantes apresentam diferentes níveis da média (para mais ou para menos) em uma mesma competência (Domínio 2: 43% das questões; Domínio 3: 20% das questões; Domínio 6: 50% das questões).

No QUADRO 14, por sua vez, estão descritos resultados compilados em média e desvio padrão dos dados coletados por meio do questionário referente à Expressão de Competências no Trabalho por Domínio.

QUADRO 14 - DESCRIÇÃO DO RESULTADO DA TABULAÇÃO DO QUESTIONÁRIO REFERENTE AO GRAU DE EXPRESSÃO DE COMPETÊNCIA NO TRABALHO (GEC) - MÉDIA E DESVIO PADRÃO POR DOMÍNIO

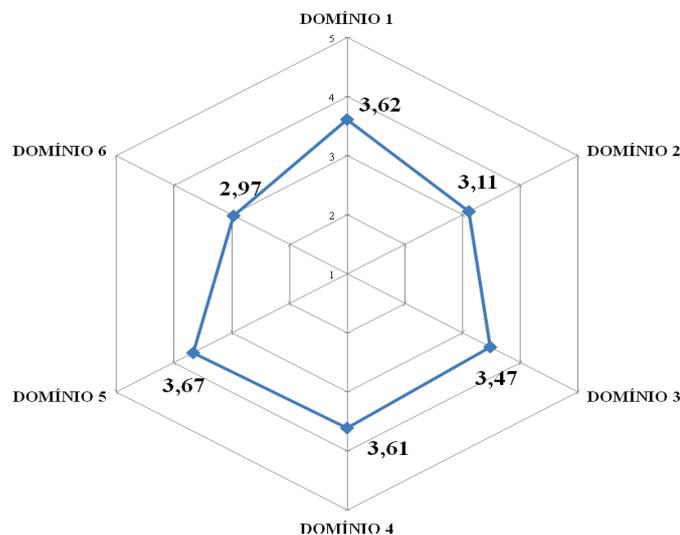
DOMÍNIOS	Média Aritmética	Desvio padrão
	(entre 1 e 5)	
DOMÍNIO 1: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	3,62	0,558
DOMÍNIO 2: VIGILÂNCIA E CONTROLE DE RISCOS E DANOS	3,11	0,825
DOMÍNIO 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	3,47	0,779
DOMÍNIO 4: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO, REGULAMENTO E CONTROLE	3,61	0,722
DOMÍNIO 5: EQUIDADE AO ACESSO E QUALIDADE NOS SERVIÇOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS	3,67	0,789
DOMÍNIO 6: SAÚDE INTERNACIONAL E GLOBAL	2,97	0,870

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

No GRÁFICO 1 pode-se notar possíveis não conformidades previamente apresentadas no Domínio 2 e Domínio 6, pois apresentam os menores valores de média. O resultado das médias das competências e dos Domínios (entre 2,97 e 3,67) por si apresentam tendência a apresentarem lacunas entre as competências essenciais dos Domínios 2 e 6. O dissenso entre as respostas dos gestores participantes (desvio padrão) apresentou-se em maior quantidade e porcentagem nos mesmos Domínios.

GRÁFICO 1 – GRAU DE EXPRESSÃO DE COMPETÊNCIA NO TRABALHO POR DOMÍNIOS CONFORME OS GESTORES PARTICIPANTES



FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado, *Microsoft Excel*®.

4.2.2.2 Resultados das questões abertas do questionário

Cada uma das 56 questões (competências essenciais) autoavaliadas proporcionaram aos gestores participantes a oportunidade de realizar um comentário escrito. No entanto, somente 8 (11%) dos 74 gestores participantes (GESTOR 9, 25, 29, 31, 32, 46, 63 e 70) optaram por comentar 21 (37,5%) das 56 competências essenciais do questionário.

O QUADRO 15 apresenta os comentários dos oito gestores divididos nas seguintes categorias: Comentário Informativo, Comentário Interpretativo e ou Comentário Crítico.

QUADRO 15 – COMENTÁRIOS ESCRITOS DOS GESTORES PARTICIPANTES REFERENTES À QUESTÃO ABERTA DO QUESTIONÁRIO (POR DOMÍNIO E QUESTÃO)

(continua)

Domínio e Questão do Questionário	Comentário do Gestor Participante	Tipo do Comentário
Domínio 1: Análise da Situação de Saúde - Competência Essencial – Questão 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.	“Contudo, alguns órgãos com epidemiologia não repassam informações de dados que não podem gerar.” (GESTOR 63).	Comentário Crítico
Domínio 1: Análise da Situação de Saúde - Competência Essencial – Questão 6: Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.	“O conhecimento e interação com a comunidade para entender e buscar soluções práticas das necessidades.” (GESTOR 9).	Comentário Interpretativo
Domínio 1: Análise da Situação de Saúde - Competência Essencial – Questão 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.	“A troca de conhecimentos contribui para um melhor resultado.” (GESTOR 9). “O escritório de qualidade e projetos atua em variadas capacitações com práticas diferenciadas de assuntos inerentes.” (GESTOR 46).	Comentário Interpretativo Comentário Informativo
Domínio 1: Análise da Situação de Saúde - Competência Essencial – Questão 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.	“Mantenho contatos variados de networking.” (GESTOR 46).	Comentário Informativo

(continuação)

Domínio e Questão do Questionário	Comentário do Gestor Participante	Tipo do Comentário
<p>Domínio 1: Análise da Situação de Saúde - Competência Essencial – Questão 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.</p>	"Quanto maior o número de informações, maior o número de possibilidades para soluções." (GESTOR 9).	Comentário Interpretativo
	"Possuo realização de cursos inerentes." (GESTOR 46).	Comentário Informativo
<p>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 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.</p>	"O monitoramento constante para detectar possíveis epidemias a fim de combater no início, evitando maiores danos." (GESTOR 9).	Comentário Interpretativo
	"Como se trata de um serviço de saúde mental, foi considerado fatores de risco e vulnerabilidade para respostas deste segundo domínio." (GESTOR 31).	Comentário Informativo e Interpretativo
<p>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 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.</p>	"O tempo pode ser um grande aliado quando ocorre a intervenção no início." (GESTOR 9).	Comentário Interpretativo
<p>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 5: Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.</p>	"Não cabe somente a mim." (GESTOR 70).	Comentário Interpretativo / Comentário Crítico
<p>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 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.</p>	"As pesquisas são primordiais para detectar e combater as ameaças à saúde." (GESTOR 9).	Comentário Interpretativo
<p>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 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.</p>	"Atualmente não coloco em prática." (GESTOR 32).	Comentário Informativo
<p>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 10: Estimar o risco de desastres, através de articulação intersectorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.</p>	"Em saúde mental não trabalhamos com risco de desastres, a menos que seja quanto aos efeitos que um desastre possa causar e assim afetar a saúde mental das pessoas." (GESTOR 31).	Comentário Informativo e Interpretativo

(continuação)

Domínio e Questão do Questionário	Comentário do Gestor Participante	Tipo do Comentário
<p><u>Domínio 2: Vigilância e Controle de Riscos e Danos - Competência Essencial - Questão 11:</u> Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.</p>	<p>"Trabalho com quase nenhum risco de desastres (odonto)." (GESTOR 29).</p>	<p>Comentário Informativo e Interpretativo</p>
<p><u>Domínio 3: Promoção da Saúde e Participação Social - Competência Essencial - Questão 1:</u> 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.</p>	<p>"Conscientização da comunidade." (GESTOR 9).</p>	<p>Comentário Interpretativo</p>
<p><u>Domínio 3: Promoção da Saúde e Participação Social - Competência Essencial - Questão 4:</u> Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.</p>	<p>"Educação para saúde, como orientação no processo de interação e consciência." (GESTOR 9).</p>	<p>Comentário Interpretativo</p>
<p><u>Domínio 3: Promoção da Saúde e Participação Social - Competência Essencial - Questão 7:</u> 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.</p>	<p>"Em todos os níveis a saúde deve alcançar seus objetivos." (GESTOR 9).</p>	<p>Comentário Interpretativo</p>
<p><u>Domínio 3: Promoção da Saúde e Participação Social - Competência Essencial - Questão 8:</u> 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.</p>	<p>"Atualmente não coloco em prática." (GESTOR 32).</p>	<p>Comentário Informativo</p>
<p><u>Domínio 3: Promoção da Saúde e Participação Social - Competência Essencial - Questão 9:</u> 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.</p>	<p>"Em todos os âmbitos a saúde deve fomentar ações para sua completa aplicação." (GESTOR 9).</p>	<p>Comentário Interpretativo</p>
<p><u>Domínio 3: Promoção da Saúde e Participação Social - Competência Essencial - Questão 10:</u> 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.</p>	<p>"Uma vez obtida uma visão ampla de toda situação da comunidade poderá ser delineada estratégias efetivas." (GESTOR 9).</p>	<p>Comentário Interpretativo</p>

(conclusão)

Domínio e Questão do Questionário	Comentário do Gestor Participante	Tipo do Comentário
Domínio 4: Políticas, Planejamento, Regulamento e Controle - Competência Essencial - Questão 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.	"Gestão financeira falha." (GESTOR 25).	Comentário Crítico
Domínio 6: Saúde Internacional e Saúde Global - Competência Essencial - Questão 1: Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.	"Quando possível, eu coloco em prática." (GESTOR 32).	Comentário Informativo
Domínio 6: Saúde Internacional e Saúde Global - Competência Essencial - Questão 3: Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais.	"Participação de conselhos e grupos de trabalho." (GESTOR 25).	Comentário Interpretativo

FONTE: O autor (2018).

Quanto aos resultados por Domínio, três (GESTOR 9, 46 e 63 – 37,5%) dos oito gestores participantes deixaram comentários escritos em 5 (55,5%) das 09 questões do Domínio 1. Referente ao Domínio 2, cinco (GESTOR 9, 29, 31, 32 e 70 - 62,5%) dos oito gestores participantes deixaram comentários escritos em 7 (50%) das 14 questões. Quanto aos comentários escritos do Domínio 3, dois (GESTOR 9 e 32 - 25%) dos oito gestores comentaram 6 (60%) das 10 questões. O Domínio 4 apresenta um (GESTOR 25) com comentário escrito em 1 (14,3%) das 7 questões. Finalmente, o Domínio 6 apresenta dois (GESTOR 25 e 32) com comentário escrito em 2 (25%) das 8 questões.

Nota-se também que o único Domínio que não apresentou comentários dos gestores participantes foi o Domínio 5, tema: Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos. No entanto, os Domínios e questões que apresentaram mais de um comentário foram: Domínio 1 (Questões 7 e 9) e Domínio 2 (Questão 1).

4.2.2.3 Manifestações orais espontâneas observadas dos gestores participantes durante e após o preenchimento do questionário

Durante e após o preenchimento do questionário, os gestores participantes manifestaram alguns pensamentos de forma oral e espontânea referentes aos temas abordados e questionário, as quais seguem abaixo:

Gestor A: “Ascendeu uma luz de que eu não estou fazendo o que é necessário, vou rever minha organização interna”.

Gestor B: “O questionário abordou questões que eu nunca havia pensado”.

Gestor C: “O questionário é bem estruturado, interessante”.

Gestor D: “O questionário foi muito útil”.

Gestor E: “O questionário é maravilhoso e completo, aborda tudo sobre saúde pública”.

Gestor F: “Muitos gestores terão muita dificuldade em responder este questionário”.

Gestor G: “O questionário é bem profundo e complexo”.

Gestor H: “Se eu não tivesse feito um curso de saúde pública, nem o que eu aprendi no mestrado ajudaria”.

Gestor I: “O questionário é intenso, em algumas questões tive que reler três vezes para assimilar e dar uma resposta, de tão denso em informações, tive que acessar a internet para compreender alguns assuntos abordados”.

Gestor J: “Me senti incapacitado de responder todas as perguntas”.

Gestor K, Gestor L, Gestor M e Gestor N: “Questionário é muito longo”.

Em suma, nesta seção o instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi apresentado. Questionário de autoavaliação semiestruturado, com método de estruturação das respostas das questões com resposta de cinco pontos intervalares predefinidos, bivalentes, assimétricos e denominação Escala Tipo Likert. O questionário é referente à outra pesquisa em que foi traduzido, adaptado à realidade brasileira e validado em conteúdo (Grau de Importância das Competências) para o Mapeamento de Competências, conforme o MRCEPS. Todavia, também foram observadas e coletadas as manifestações orais espontâneas dos gestores participantes durante e ao final do preenchimento do questionário.

4.2.3 Resultados da confiabilidade dos dados coletados por domínio

Nesta seção são apresentados os resultados referentes aos testes de consistência interna da coleta dos dados (coeficiente *Alpha* de Cronbach) por Domínio. A Análise de Componentes Principais (ACP), com a confirmação realizada pela Análise Paralela de Horn (1965) e teste de adequação do modelo fatorial para subsídio dos resultados do coeficiente de *Alpha* de Cronbach estão dispostos no APÊNDICE 4.

TABELA 3 – COEFICIENTE *ALPHA* DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE - DOMÍNIO 1

Componente	<i>n</i>	%	Coeficiente <i>Alpha</i> de Cronbach	Número de Itens
Componente Único				
Casos Válidos	74	94,87%	,866	9
Excluídos	4	5,13%		
Total	78	100%		
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,244	0,665		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW *Statistics*) - Release 18.0.0.

LEGENDA: Número de Participantes (*n*). Excluídos: 04 gestores participantes que não responderam a todas as questões do questionário.

A TABELA 3 demonstra que o coeficiente α de Cronbach alcançou resultado acima de **.75**; ou seja, resultado considerado **alto** quanto à confiabilidade geral e consistência dos dados coletados pelo questionário referente ao Domínio 1. São apresentados também o número de itens (< que 20) e o valor mínimo e máximo de correlação inter-itens (> .50), pois podem influenciar, diminuindo ou aumentando, o resultado do coeficiente.

TABELA 4 – COEFICIENTE *ALPHA* DE CRONBACH REFERENTE AOS COMPONENTES – DOMÍNIO 2

Componentes	<i>n</i>	%	<i>Coefficiente Alpha de Cronbach</i>	Número de Itens
Componente 1				
Casos Válidos	74	94,87%	,951	9
Excluídos	4	5,13%		
Total	78	100%		
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,510	0,819		
Componente 2				
Casos Válidos	74	94,87%	,957	5
Excluídos	4	5,13%		
Total	78	100%		
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,769	0,852		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SofiWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0.

LEGENDA: Número de Participantes (*n*). Excluídos: 04 gestores participantes que não responderam a todas as questões do questionário.

A TABELA 4 demonstra que o coeficiente α de Cronbach alcançou resultados acima de **.90** para ambos os Componentes; ou seja, resultado considerado **muito alto** quanto à confiabilidade geral e consistência dos dados coletados pelo questionário referente ao Domínio 2. São apresentados também o número de itens (< que 20) e o valor mínimo e máximo de correlação inter-itens (> .50), pois podem influenciar, diminuindo ou aumentando, o resultado do coeficiente.

TABELA 5 - COEFICIENTE *ALPHA* DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 3

Componente	<i>n</i>	%	<i>Coefficiente Alpha de Cronbach</i>	Número de Itens
Componente Único				
Casos Válidos	74	94,87%	,945	10
Excluídos	4	5,13%		
Total	78	100%		
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,419	0,810		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SofiWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0.

LEGENDA: Número de Participantes (*n*). Excluídos: 04 gestores participantes que não responderam a todas as questões do questionário.

A TABELA 5 demonstra que o coeficiente α de Cronbach alcançou resultado acima de **.90**; ou seja, resultado considerado **muito alto** quanto à confiabilidade geral e consistência dos dados coletados pelo questionário referente ao Domínio 3. São apresentados também o número de itens (< que 20) e o valor mínimo e máximo de correlação inter-itens (> .50), pois podem influenciar, diminuindo ou aumentando, o resultado do coeficiente.

TABELA 6 - COEFICIENTE *ALPHA* DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 4

Componente	<i>n</i>	%	Coeficiente Alpha de Cronbach	Número de Itens
Componente Único				
Casos Válidos	73	93,59%	,893	7
Excluídos	5	6,41%		
Total	78	100%		
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,427	0,689		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0.*

LEGENDA: Número de Participantes (*n*). Excluídos: 04 gestores participantes que não responderam a todas as questões do questionário e 01 gestor participante com resultados destacados como *outliers*.

A TABELA 6 demonstra que o coeficiente α de Cronbach alcançou resultado acima de **.75**; ou seja, resultado considerado **alto** quanto à confiabilidade geral e consistência dos dados coletados pelo questionário referente ao Domínio 4. São apresentados também o número de itens (< que 20) e o valor mínimo e máximo de correlação inter-itens (> .50), pois podem influenciar, diminuindo ou aumentando, o resultado do coeficiente.

TABELA 7 – COEFICIENTE *ALPHA* DE CRONBACH REFERENTE AOS COMPONENTES - DOMÍNIO 5

(continua)

Componentes	<i>n</i>	%	Coeficiente Alpha de Cronbach	Número de Itens
Componente 1				
Casos Válidos	72	92,31%	,922	5
Excluídos	6	7,69%		
Total	78	100%		
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,607	0,795		

(conclusão)

Componente 2				
Casos Válidos	72	92,31%		
Excluídos	6	7,69%		
Total	78	100%	,871	3
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,580	0,755		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics Software* (PASW Statistics) - Release 18.0.0.

LEGENDA: Número de Participantes (*n*). Excluídos: 04 gestores participantes que não responderam a todas as questões do questionário e 02 gestores participantes com resultados destacados como *outliers*.

A TABELA 7 demonstra que o coeficiente α de Cronbach alcançou resultado acima de **.90** no Componente 1; ou seja, resultado considerado **muito alto** e resultado acima de **.75** no Componente 2; ou seja, resultado considerado **alto** ; ou seja, há consistência e confiabilidade interna nos dados coletados pelo questionário referente ao Domínio 5. São apresentados também o número de itens (< que 20) e o valor mínimo e máximo de correlação inter-itens (> .50), pois podem influenciar, diminuindo ou aumentando, o resultado do coeficiente.

TABELA 8 - COEFICIENTE *ALPHA* DE CRONBACH REFERENTE AO COMPONENTE ÚNICO - DOMÍNIO 6

Componente	<i>n</i>	%	<i>Coefficiente Alpha de Cronbach</i>	Número de Itens
Componente Único				
Casos Válidos	74	94,87%		
Excluídos	4	5,13%		
Total	78	100%	,951	8
Correlações Inter-Item Mínimo e Máximo	0,517	0,830		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics Software* (PASW Statistics) - Release 18.0.0.

LEGENDA: Número de Participantes (*n*). Excluídos: 04 gestores participantes que não responderam a todas as questões do questionário.

A TABELA 8 demonstra que o coeficiente α de Cronbach alcançou resultado acima de **.75**; ou seja, resultado considerado **alto** quanto à confiabilidade geral e consistência dos dados coletados pelo questionário referente ao Domínio 6. São apresentados também o número de itens (< que 20) e o valor mínimo e máximo de correlação inter-itens (> .50), pois podem influenciar, diminuindo ou aumentando, o resultado do coeficiente.

Para a Análise de Componentes Principais (APÊNDICE 4) e o cálculo do coeficiente *Alpha* de Cronbach, foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), também chamado de *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics).

4.3 RESULTADOS DA TERCEIRA ETAPA – MAPEAMENTO DE LACUNAS (GAPS)

Nesta etapa são oferecidos os resultados do Grau de Importância das Competências essenciais específicas do questionário (conforme gestores especialistas) e o mapeamento de lacunas dentre as competências essenciais específicas (Grau de Prioridade de Capacitação).

4.3.1 Resultado do grau de importância das competências essenciais do questionário atribuído por gestores especialistas

Após tabulação da distribuição das frequências da resposta dos gestores especialistas que opinaram sobre a importância das competências essenciais do questionário (APÊNDICE 3), na TABELA 9 é apresentado o resultado da média e desvio padrão por Domínio e competência conforme o parecer dos gestores especialistas do estudo de Almeida (2016).

TABELA 9 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO REFERENTE AOS DOMÍNIOS E ÀS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS CONFORME O GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS - GESTORES ESPECIALISTAS

(continua)

Competência	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio 1	85	4,56	0,593
DO1CO1_E	85	4,62	0,487
DO1CO2_E	85	4,51	0,570
DO1CO3_E	85	4,52	0,648
DO1CO4_E	85	4,55	0,608
DO1CO5_E	85	4,74	0,710
DO1CO6_E	85	4,52	0,548
DO1CO7_E	85	4,39	0,846
DO1CO8_E	85	4,67	0,643
DO1CO9_E	85	4,54	0,810

(conclusão)

Competência	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio 2	85	4,56	0,636
DO2CO1_E	85	4,66	0,628
DO2CO2_E	85	4,59	0,642
DO2CO3_E	85	4,46	0,700
DO2CO4_E	85	4,53	0,665
DO2CO5_E	85	4,51	0,629
DO2CO6_E	85	4,53	0,628
DO2CO7_E	85	4,51	0,648
DO2CO8_E	85	4,55	0,852
DO2CO9_E	85	4,64	0,633
DO2CO10_E	85	4,39	0,725
DO2CO11_E	85	4,56	0,763
DO2CO12_E	85	4,66	0,733
DO2CO13_E	85	4,64	0,508
DO2CO14_E	85	4,66	0,795
Domínio 3	85	4,52	0,668
DO3CO1_E	85	4,47	0,717
DO3CO2_E	85	4,52	0,717
DO3CO3_E	85	4,51	0,840
DO3CO4_E	85	4,47	0,717
DO3CO5_E	85	4,66	0,568
DO3CO6_E	85	4,46	0,733
DO3CO7_E	85	4,44	0,794
DO3CO8_E	85	4,42	0,807
DO3CO9_E	85	4,45	0,699
DO3CO10_E	85	4,76	0,427
Domínio 4	85	4,7	0,516
DO4CO1_E	85	4,78	0,419
DO4CO2_E	85	4,66	0,646
DO4CO3_E	85	4,74	0,580
DO4CO4_E	85	4,78	0,447
DO4CO5_E	85	4,58	0,643
DO4CO6_E	85	4,60	0,710
DO4CO7_E	85	4,80	0,402
Domínio 5	85	4,65	0,535
DO5CO1_E	85	4,41	0,806
DO5CO2_E	85	4,73	0,447
DO5CO3_E	85	4,74	0,467
DO5CO4_E	85	4,56	0,645
DO5CO5_E	85	4,78	0,447
DO5CO6_E	85	4,74	0,620
DO5CO7_E	85	4,49	0,701
DO5CO8_E	85	4,73	0,521
Domínio 6	85	4,65	0,595
DO6CO1_E	85	4,62	0,556
DO6CO2_E	85	4,67	0,497
DO6CO3_E	85	4,68	0,727
DO6CO4_E	85	4,66	0,682
DO6CO5_E	85	4,73	0,605
DO6CO6_E	85	4,69	0,489
DO6CO7_E	85	4,69	0,578
DO6CO8_E	85	4,49	0,895

FONTE: Modificado de ALMEIDA (2016, p. 149).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0.*

LEGENDA: Número de Participantes (N), Domínio (DO), Competência (CO) e Especialista (E).

As médias da TABELA 9 são compreendidas como Grau de Importância das Competências e as médias determinam o valor ideal para a competência essencial, fundamental para o Mapeamento de Lacunas. É possível notar consenso entre os gestores especialistas, pois o maior valor de desvio padrão é abaixo de 0.10 (0.895).

No QUADRO 16 estão descritos os resultados compilados por média (entre 4,52 e 4,70) e desvio padrão (< .7) dos dados coletados dos gestores especialistas por meio do questionário referente ao Grau de Importância das Competências por Domínio.

QUADRO 16 - DESCRIÇÃO DO RESULTADO DA TABULAÇÃO DO QUESTIONÁRIO REFERENTE AO GRAU DE IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA APONTADO POR GESTORES ESPECIALISTAS - MÉDIA E DESVIO PADRÃO POR DOMÍNIO

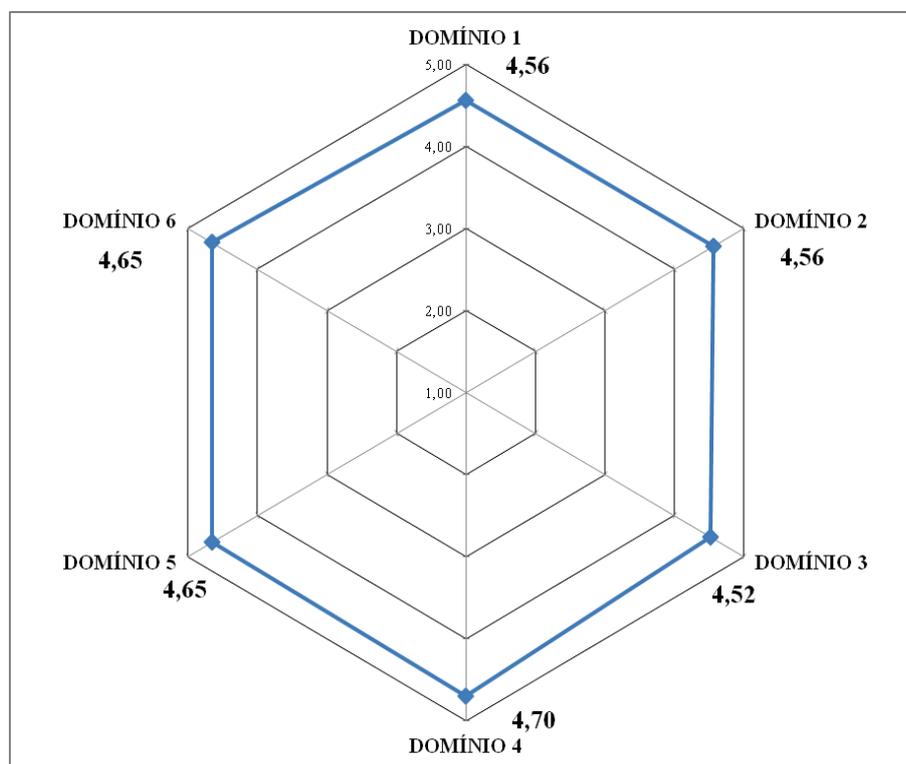
DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO	Média Aritmética	Desvio Padrão
	(entre 1 e 5)	
DOMÍNIO 1: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	4,56	0,593
DOMÍNIO 2: VIGILÂNCIA E CONTROLE DE RISCOS E DANOS	4,56	0,636
DOMÍNIO 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	4,52	0,668
DOMÍNIO 4: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO, REGULAMENTO E CONTROLE	4,70	0,516
DOMÍNIO 5: EQUIDADE AO ACESSO E QUALIDADE NOS SERVIÇOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS	4,65	0,535
DOMÍNIO 6: SAÚDE INTERNACIONAL E GLOBAL	4,65	0,595

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0.

No GRÁFICO 2 pode-se notar a conformidade quanto aos Domínios na avaliação dos gestores especialistas, pois apresentam os menores valores de média próximos.

GRÁFICO 2 – GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS POR DOMÍNIOS CONFORME OS GESTORES ESPECIALISTAS



FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado, *Microsoft Excel*®.

4.3.2 Resultado do mapeamento de lacunas por grau de prioridade de capacitação

Obtidos os resultados (médias) dos gestores especialistas para as competências e Domínios para compor o Grau de Importância da Competência e as médias dos gestores participantes para compor o Grau de Expressão da Competência no trabalho, é possível estabelecer o Grau de Prioridade de Capacitação e, conseqüentemente, a identificação das lacunas entre as competências, por meio de fórmula (ver 3.7.3). Então, na TABELA 10 estão apontados os resultados e os *gaps* entre as competências essenciais abordadas pelo questionário (conforme Escore do QUADRO 3).

TABELA 10 - MAPEAMENTO DE LACUNAS - IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO (LACUNA OU GAP)

(continua)

Competência	Grau de Importância da Competência (GIC)	Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC)	Grau de Prioridade de Capacitação (GP) GP = GIC (5 - GEC)
Domínio 1	4,56	3,62	6,3
DO1CO1	4,62	3,57	7
DO1CO2	4,51	3,36	7
DO1CO3	4,52	3,72	6
DO1CO4	4,55	3,62	6
DO1CO5	4,74	3,59	7
DO1CO6	4,52	3,58	6
DO1CO7	4,39	3,93	5
DO1CO8	4,67	3,49	7
DO1CO9	4,54	3,73	6
Domínio 2	4,56	3,11	8,6
DO2CO1	4,66	3,22	8
DO2CO2	4,59	2,97	9
DO2CO3	4,46	3,11	8
DO2CO4	4,53	3,41	7
DO2CO5	4,51	3,23	8
DO2CO6	4,53	3,32	8
DO2CO7	4,51	3,50	7
DO2CO8	4,55	3,20	8
DO2CO9	4,64	3,27	8
DO2CO10	4,39	2,93	9
DO2CO11	4,56	2,82	10
DO2CO12	4,66	2,80	10
DO2CO13	4,64	2,89	10
DO2CO14	4,66	2,81	10
Domínio 3	4,52	3,47	6,9
DO3CO1	4,47	3,73	6
DO3CO2	4,52	3,61	6
DO3CO3	4,51	3,14	8
DO3CO4	4,47	3,77	5
DO3CO5	4,66	3,30	8
DO3CO6	4,46	3,46	7
DO3CO7	4,44	3,53	7
DO3CO8	4,42	3,41	7
DO3CO9	4,45	3,39	7
DO3CO10	4,76	3,34	8
Domínio 4	4,7	3,61	6,5
DO4CO1	4,78	3,54	7
DO4CO2	4,66	3,81	6
DO4CO3	4,74	3,57	7
DO4CO4	4,78	3,76	6
DO4CO5	4,58	3,59	6
DO4CO6	4,60	3,69	6
DO4CO7	4,80	3,32	8
Domínio 5	4,65	3,67	6,2
DO5CO1	4,41	3,81	5
DO5CO2	4,73	3,66	6
DO5CO3	4,74	3,72	6
DO5CO4	4,56	3,46	7
DO5CO5	4,78	3,55	7
DO5CO6	4,74	3,43	7
DO5CO7	4,49	3,91	5
DO5CO8	4,73	3,78	6

(conclusão)

Competência	Grau de Importância da Competência (GIC)	Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC)	Grau de Prioridade de Capacitação (GP) GP = GIC (5 - GEC)
Domínio 6	4,65	2,97	9,4
DO6CO1	4,62	3,05	9
DO6CO2	4,67	3,12	9
DO6CO3	4,68	2,77	10
DO6CO4	4,66	2,84	10
DO6CO5	4,73	2,91	10
DO6CO6	4,69	3,03	9
DO6CO7	4,69	3,35	8
DO6CO8	4,49	2,72	10

FONTE: Adaptado de BRANDÃO (2017, p. 98).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Microsoft Excel* 2007.

LEGENDA: Domínio do Questionário Respondido (DO), Competências do Questionário Respondido (CO), Grau de Importância (GIC), Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC) e Grau de Prioridade de Capacitação (GP).

A TABELA 10 aponta as lacunas (*gaps*) entre as competências essenciais à saúde pública conforme a coluna Grau de Prioridade de Capacitação (GP). Ao serem analisados os resultados do Grau de Prioridade de Capacitação, conforme a Classificação de Grau de Prioridade de Capacitação (QUADRO 3), as competências essenciais com Escore 10 (escore mais alto apresentado no mapeamento de lacunas - Prioridade Moderada) são consideradas como lacunas entre as competências essenciais. Oito lacunas dentre as competências essenciais foram apontadas, no Domínio 2 (Competências Essenciais 11, 12, 13 e 14) e no Domínio 6 (Competências Essenciais 3, 4, 5 e 8).

Na TABELA 11 e GRÁFICO 3 são apresentados o resultado do Grau de Prioridade de Capacitação por Domínio. Mesmo sendo demonstrando que nenhum dos Domínios alcançou escore para prioridade de capacitação moderada ou alta (QUADRO 3), no GRÁFICO 3 é possível notar a não homogeneidade dos resultados, lembrando que a apresentação é inversa, quanto maior o número, maior a necessidade de capacitação.

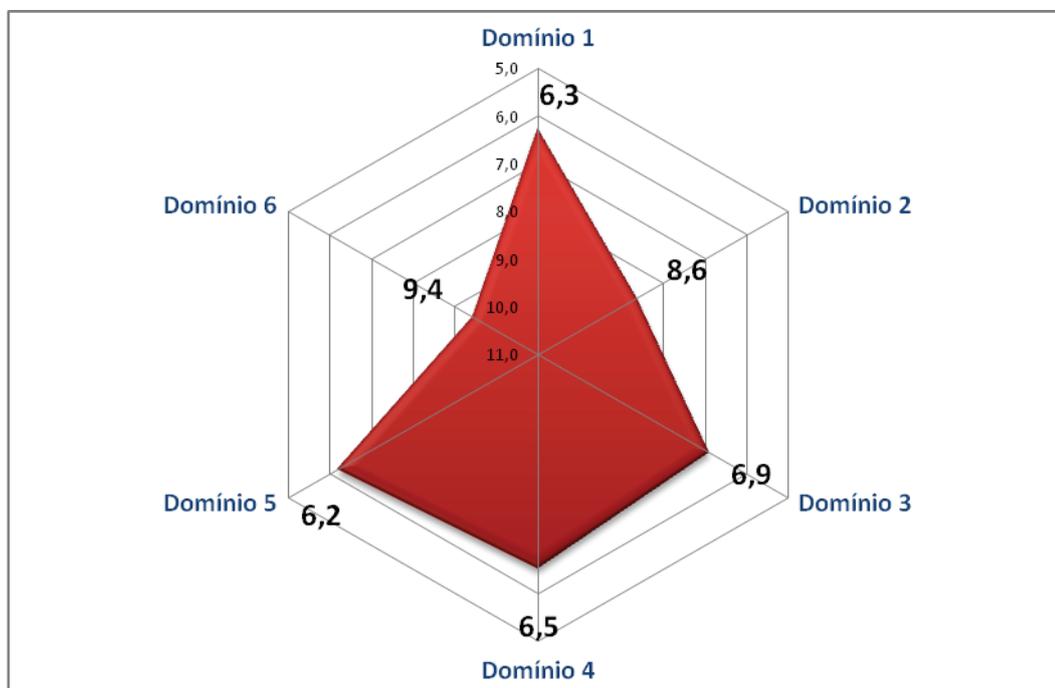
TABELA 11 - IDENTIFICAÇÃO DO DOMÍNIO COM MAIOR GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO

Domínio	Grau de Prioridade de Capacitação (GP) GP = GI (5 - GEC)
Domínio 1	6,3
Domínio 2	8,6
Domínio 3	6,9
Domínio 4	6,5
Domínio 5	6,2
Domínio 6	9,4

FONTE: O autor (2018).

LEGENDA: Domínio do Questionário Respondido (DO), Competências do Questionário Respondido (CO), Grau de Importância da Competência (GIC), Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC) e Grau de Prioridade de Capacitação (GP).

GRÁFICO 3 - IDENTIFICAÇÃO DO DOMÍNIO COM MAIOR GRAU DE PRIORIDADE DE CAPACITAÇÃO



FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado, *Microsoft Excel*®.

4.3.2.1 Domínios e competências essenciais identificados como lacunas

Para melhor contextualização das lacunas, estão apresentadas abaixo as competências essenciais gerais descritas para a SEMS relacionadas à descrição dos Domínios e Competências Essenciais específicas do questionário.

Referente às lacunas do Domínio 2, a correlação é com a Competência Essencial Geral VII descrita para a SEMS: Prestar atendimentos de processos de análises e fiscalização, com justiça e transparência, oferecendo serviços mais ágeis, modernos, inovadores e eficazes para a promoção do respeito e proteção da sociedade.

As competências essenciais específicas do Domínio 2 mapeadas como lacuna são:

- DO2CO11 - Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
- DO2CO12 - Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
- DO2CO13 - Realizar intervenções à 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.
- DO2CO14 - 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.

Referente às lacunas do Domínio 6, a correlação é com a Competência Essencial Geral X descrita para a SEMS: Formular estratégias de estabelecimento de parcerias, cooperação técnica e captação de recursos externos para investimentos em serviços públicos municipais.

As competências essenciais específicas do Domínio 6 mapeadas como lacuna são:

- DO6CO3 - Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais.
- DO6CO4 - 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.
- DO6CO5 - 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.

- DO6CO8 - 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.

4.4 RESULTADOS DA QUARTA ETAPA – PROPOSTA DE PLANEJAMENTO EDUCACIONAL

Os resultados da quarta etapa estão apresentados conforme os 4 Passos (FIGURA 8), a saber: os resultados da reunião com a Escola de Saúde Pública Municipal, o elenco das competências essenciais específicas a desenvolver, um exemplo de Trilha de Aprendizagem e a proposta de avaliação dos resultados após o desenvolvimento das competência essenciais específicas.

4.4.1 Resultado do passo 1 - reunião com a Escola de Saúde Pública Municipal

Os objetivos desta pesquisa (mapeamento de competências dos gestores em saúde pública municipal) foram apresentados à equipe da Escola de Saúde Pública Municipal, serviço responsável por todas as atividades de educação e pesquisa em saúde no Município. No mês de abril de 2017, foram realizados contatos pessoais com o Chefe de Divisão da Escola de Saúde Pública Municipal (ESP) para explanação das ideias quanto à intervenção sugerida nesta pesquisa. Como devolutiva referente à pesquisa e intervenção apresentadas ao Chefe de Divisão da ESP, foi informado que a ESP estaria aberta para a avaliação da referida pesquisa em um encontro pré-agendado.

Uma reunião formal com a equipe técnica da Escola de Saúde Pública Municipal foi sugerida ao Chefe de Divisão da ESP para a explanação dos objetivos do Mapeamento de Competências dos gestores em saúde pública municipal. Com agendamento prévio, em 06 de junho de 2017, o encontro com a equipe da ESP durou cerca de duas horas e foi conduzido da seguinte forma: apresentação do método, objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa, com ênfase na concepção de uma proposta de Planejamento Educacional para o desenvolvimento das competências identificadas como lacunas.

A reunião não foi audiogravada, somente foram realizadas anotações durante a mesma. Então, durante a reunião na ESP, foram discutidos assuntos como as técnicas de aprendizado e abordagem a serem oferecidos aos gestores municipais. Segundo a experiência dos integrantes da ESP, quanto à sugestão para o desenvolvimento de competências essenciais em saúde pública dos gestores, em especial para gestores de alto escalão (Diretores), dever-se-ia levar em conta que os mesmos devem ser valorizados por meio de estratégias educativas diferenciadas e individualizadas, como: *coaching*.

4.4.2 Resultado do passo 2 – competências essenciais específicas a desenvolver (Domínio 2 e Domínio 6)

Ao final da Trilha de Aprendizagem, os participantes deverão ser capazes de: (BRANDÃO, 2017).

- DO2CO11 - Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
- DO2CO12 - Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
- DO2CO13 - 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.
- DO2CO14 - 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.
- DO6CO3 - Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais.
- DO6CO4 - 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.
- DO6CO5 - 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.

- DO6CO8 - 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.

4.4.3 Resultado do passo 3 – exemplo de trilha de aprendizagem

Como exemplo de construção de uma Trilha de Aprendizagem, utilizou-se a lacuna do Domínio 2 e competência essencial específica 11 (DO2CO11).

No QUADRO 17 estão definidos, conforme os Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA), o necessário para o desenvolvimento de uma das competências essenciais identificadas como lacunas (exemplo).

QUADRO 17 – EXEMPLO DE DEFINIÇÃO DE CONTEÚDO E TEMA DE ENSINO – CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES (CHA)

Exemplo de Competência Essencial	CONHECIMENTOS (Pensamento Estratégico) SABER - O QUE / SABER POR QUE	HABILIDADES (Gerenciamento de Processos) SABER - COMO	ATITUDES (Motivação) DETERMINAÇÃO
<p>DO2CO11 Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil; - Conhecer a classificação de desastres; - Conhecer os meios de prevenção de desastres - Saber quais são os principais desastres que acometem o município; - Saber os efeitos dos desastres nos serviços de saúde municipal; - Realizar contato e aproximação com a Defesa Civil; - Conhecer as áreas de risco no município; - Saber sobre planejamento e gestão de riscos de desastres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica: Planejamento / - Interpessoal: Comunicação com a Defesa Civil Municipal e Estadual / - Conceitual: Trabalho intersetorial / - Tomada de Decisão: reconhecer problemas e oportunidades / - Gerenciamento: Estabelecer prioridades. 	<p>Iniciativa / Vontade / Trabalho em equipe / Disposição / Coragem / Altruísmo / Empatia</p>

FONTE: O autor (2018).

LEGENDA: Domínio (DO) e Competência (CO).

No QUADRO 18 estão elencadas as opções de aprendizagem (exemplo) para a elaboração de uma trilha de aprendizagem, conforme o entendimento do gestor e orientação da ESP.

QUADRO 18 – OPÇÕES DE APRENDIZAGEM PARA ELABORAÇÃO DE TRILHAS
(EXEMPLO)

Exemplo de Competência Essencial Identificada como Lacuna	OPÇÕES DE APRENDIZAGEM
<p>DO2CO11 Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde</p>	<p>Cursos EaD (Educação a Distância) - Sistema de Comando de Incidentes (Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres – Governo do Estado do Paraná).</p> <p>Palestra Presencial - Desastres Naturais e Mudanças Climáticas; - Tecnologias e Inovações para Prevenção de Desastres; - Política Nacional de Proteção e Defesa Civil.</p> <p>Livro e Artigo - Livro: Redução de Vulnerabilidade a Desastres: do conhecimento à ação. Autores: Victor Marchezini, Bem Wisner, Luciana de Resende Londe e Silvia Midori Saito. Ano: 2017 (Cemaden); - Artigo: A Política Nacional de Proteção e Defesa Civil: os desastres como problema político. Autora: Paula Emília Gomes de Almeida. Ano 2015.</p> <p>Vídeos - Gestão e prevenção de desastres naturais no Brasil é o tema do Conexão Ciência. Duração: 26 min. - Palestra: Vulnerabilidade a Desastres: olhares sobre o passado, o presente e o futuro. Palestrante: Dr. Victor Marchezini. Duração: 2 horas e 16min.</p> <p>Sites na Internet - Cemaden – Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Disponível em: https://www.cemaden.gov.br). - Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil (CEPDEC) e Sistema Informatizado de Defesa Civil (SISDC) do Governo do Estado do Paraná – Relatório de Ocorrências (Disponível em: http://www4.pr.gov.br/sdc/publico/relatorios/ocorrencias_geral.jsp).</p> <p>Mentoring (para Diretores) - Apoio profissional e pedagógico referente a desastres.</p> <p>Fórum - Prevenção aos Riscos de Desastres.</p> <p>Oficina - Gestão Integral de Riscos e Desastres.</p> <p>Curso de Especialização - Gestão de Desastres em Proteção e Defesa Civil (Universidade).</p>

FONTE: Adaptado de BRANDÃO (2017, p. 112-113).

LEGENDA: Domínio (DO) e Competência (CO).

No QUADRO 19 estão elencadas as opções de aprendizagem (hipotéticas) do gestor para a elaboração de sua trilha de aprendizagem, conforme o entendimento do gestor quanto a seus gostos, aspirações e preferências.

QUADRO 19 – HIPOTÉTICA FORMULAÇÃO DE UMA TRILHA DE APRENDIZAGEM

PONTO DE CHEGADA (Competência Essencial Identificada como Lacuna)	OPÇÕES DE APRENDIZAGEM (conforme escolha do gestor e orientação da ESP)	RECURSOS NECESSÁRIOS (Orçamento, material ou ambiente)	PRAZOS DE REALIZAÇÃO (mês)
<p>DO2CO11 Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde</p>	<p>Cursos EaD (Educação a Distância): Sistema de Comando de Incidentes (Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres – Governo do Estado do Paraná).</p>	<p>Orçamento e Inscrição</p>	<p>NOVEMBRO 2018</p>
	<p>Vídeos: - Gestão e prevenção de desastres naturais no Brasil é o tema do Conexão Ciência. Duração: 26 min. - Palestra: Vulnerabilidade a Desastres: olhares sobre o passado, o presente e o futuro. Palestrante: Dr. Victor Marchezini. Duração: 2 horas e 16min.</p>	<p>Computador com acesso a internet</p>	<p>DEZEMBRO 2018</p>
	<p>Livro: Redução de Vulnerabilidade a desastres: do conhecimento à ação. Autores: Victor Marchezini, Bem Wisner, Luciana de Resende Londe e Silvia Midori Saito. Ano: 2017 (Cemaden)</p>	<p>Livro e ambiente adequado para leitura</p>	<p>JANEIRO 2019</p>

FONTE: Adaptado de BRANDÃO (2017, p. 114).

LEGENDA: Domínio (DO) e Competência (CO).

4.4.4 Resultado do passo 4 – proposta de avaliação de resultados

No QUADRO 20 é exposta a proposta e técnica de avaliação de resultados. No indicador de impacto em cadeia referente ao *nível* foram selecionados ambos os níveis, individual e organizacional. Quanto ao indicador de impacto da categoria Complexidade da Medida, para o nível individual a profundidade e largura, e para o nível organizacional somente a *profundidade* foi selecionada, pois há maior facilidade na análise documental referente à especificidade dos objetivos das competências essenciais identificadas como lacuna. (FREITAS et al., 2006).

QUADRO 20 – PROPOSTA DE TÉCNICA DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Competência Essencial	Nível de Avaliação	Complexidade da Medida	Instrumento de Coleta de Dados	Fontes de Coleta de Dados	Impactos Observados
DO2CO11 Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde	Impacto no Indivíduo	Profundidade e Largura	Questionário	Participantes, Superior ou colega	Melhoria da competência essencial
	Impacto na Organização	Profundidade	Análise Documental	Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior ³	Avanços e conquistas referentes à competência essencial

FONTE: Adaptado de FREITAS et al. (2006).

LEGENDA: Domínio (DO) e Competência (CO).

O QUADRO 20 apresenta como instrumentos de coleta de dados um questionário para verificação do impacto no indivíduo (gestor) e a análise documental (Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior – RDQA) para a verificação do impacto na organização.

Um questionário para medição do impacto de Complexidade da Medida quanto à *profundidade* (primeiras seis questões) e *largura* (últimas seis questões) é sugerido para aplicação após o atendimento do gestor à sua Trilha de Aprendizagem, são 12 questões com respostas estruturadas em Escala Likert de concordância, conforme abaixo:

1. Utilizo com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado no treinamento.
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado no treinamento.
3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo do treinamento.
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados no treinamento.
5. Quando aplico o que aprendi no treinamento, executo o meu trabalho com maior rapidez.
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo do treinamento.
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo do treinamento.
8. Minha participação no treinamento serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.

³ O Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA) é a ferramenta de acompanhamento e monitoramento apresentado quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde e em Audiência Pública na Casa de Leis Municipal nos meses de fevereiro, maio e setembro de cada exercício, conforme Lei Complementar nº 141/2012, Art. 36º. (BRASIL, 2012).

9. Minha participação nesse treinamento aumentou minha autoconfiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).
10. Após minha participação no treinamento, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.
11. Esse treinamento que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.
12. O treinamento que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades. (FREITAS; BORGES-ANDRADE; ABBAD; PILATI, 2006, p. 494)

Resumindo, nesta seção de resultados, seguiram-se quatro passos para a construção da proposta de planejamento educacional. Realizada a reunião com toda a equipe da Escola de Saúde Pública Municipal (ESP) para a explanação dos objetivos do Mapeamento de Competências dos gestores em saúde pública municipal. Em seguida, já possuindo o resultado do mapeamento de lacunas, foi selecionada uma competência essencial específica (DO2CO11) para definição de conteúdos e tema de ensino por meio do CHA para gestores. Após, foram elaboradas as opções de aprendizagem e apresentado um exemplo de Trilhas de Aprendizagem, conforme algumas das opções de aprendizagem selecionadas.

Ao final, também foi apresentada uma sugestão de avaliação para percepção se a competência foi desenvolvida em nível individual e organizacional e complexidade (profundidade e largura), assim, avaliando a eficácia da estratégia de Trilha de Aprendizagem.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados desta pesquisa com base nos referenciais teóricos e metodológicos elegidos para alcançar os objetivos propostos. Portanto, este capítulo apresentam-se as seguintes análises: Documentos Oficiais, Questionário, Mapeamento de Lacunas e a Proposta de Planejamento Educacional para o desenvolvimento das competências essenciais identificadas como lacuna.

5.1 DISCUSSÃO DA PRIMEIRA ESTAPA – ANÁLISE DOCUMENTAL

Quanto à análise e contribuições do Mapeamento de Competências referente aos documentos oficiais, durante a busca por documentos oficiais e análise documental, constatou-se que não há qualquer documentação municipal oficial, física ou digitalizada, que descreva sumariamente ou em detalhe as funções, atribuições, qualificações, perfil ou responsabilidades dos cargos de gestão (diretor, chefe ou coordenador). Pode-se contar com algumas poucas atribuições dos Secretários Municipais encontradas na Lei Orgânica Municipal (ver 4.1). Todavia, segundo Gil (2001, p. 171), ao tratar sobre a importância da descrição de cargos (funções definidas), “somente quando as pessoas passam a desempenhar papéis específicos, é que as organizações começam a funcionar.”

A maneira como as pessoas trabalham nas organizações depende basicamente de como seu trabalho foi planejado, modelado organizado. Em suma, como foi feita a distribuição de tarefas. Em geral, as tarefas estão contidas nos cargos. A estrutura dos cargos é condicionada pelo desenho organizacional em que está contida. Os cargos fazem parte do formato estrutural da organização. Este condiciona e determina a distribuição, configuração e o grau de especialização dos cargos. (CHIAVENATO, 2014, p. 173).

Ao contar com a descrição do cargo que ocupam, os gestores são compelidos a buscar ou esperar a todo tempo por ordens superiores, gerando insegurança e um modelo verticalizado de atuação. A descrição de cargos traz no mínimo duplo benefício ao ocupante do cargo (com informações sobre responsabilidades e o que se espera) e à organização, pois passa a contar com uma base de informações para avaliação de desempenho e até mesmo seleção. (GIL, 2001).

Raju e Banerjee (2017), por sua vez, comparam a descrição de cargos a um mapa rodoviário de onde se quer chegar e como. Ou seja, o desempenho do colaborador (neste caso, o gestor) depende de especificações claras e fornecidas pela organização (descrição de cargos atualizada abordando as responsabilidades e deveres, por departamento).

Outro ponto relevante da descrição de cargos e a liderança, é referente à Competência Essencial Geral XI descrita para a SEMS, que chama atenção por tratar do compromisso do **desenvolvimento de lideranças entre os servidores municipais** por meio da atualização e expansão de seus conhecimentos profissionais. No entanto, ressalta-se que há que ser escolhido pelo Município o tipo de liderança que se deseja para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde, pois, conforme Ferlie e Shortell (2001), existem dois tipos de liderança, a que mantém o *status quo* com foco na demanda dos serviços; e, a liderança que perturba o *status quo* que desafia suposições e busca uma nova ordem das coisas, avanços e mudanças.

Nesta pesquisa também foi constatada a importância do Mapa Estratégico para a Prefeitura Municipal (local da pesquisa), pois foi fonte da maior parte das informações para a descrição das competências essenciais gerais por meio dos valores, visão de futuro, missão e objetivos estratégicos municipais. “O mapa estratégico oferece uma estrutura visual para a integração dos objetivos de uma organização [...]”. (KAPLAN; NORTON, 2004, p.55, tradução nossa). A cultura organizacional se expressa em normas, valores, crenças e comportamentos esperados. (FERLIE; SHORTELL, 2001).

Outro ponto forte desta pesquisa que chama atenção é o sucesso da correlação entre as competências essenciais gerais específicas descritas para a SEMS e as competências externas composta por seis Domínios do MRCESP (OPS, 2013), também denominadas nesta pesquisa por competências essenciais específicas.

Segundo Nyström et al. (2018), as metas e estratégias organizacionais têm potencial de promover aos gestores motivação, monitoramento, avaliação, coordenação e sincronia dos esforços nos diferentes serviços no intuito de acelerar os processos decisórios da administração pública e combater a falta de delegação de poder, a inexistência de objetivos definidos ou o não compartilhamento dos mesmos com os gestores de médio e baixo escalão e demais executores.

Finalmente, nesta etapa de análise e discussão foram abordados assuntos referentes à falta e importância da existência de documentos oficiais com a descrição dos cargos de gestão, a devida necessidade de definição da liderança requerida pelo Executivo Municipal para o desenvolvimento de líderes municipais, as dificuldades da inserção de modelos de administração na administração pública e a relevância do Mapa Estratégico para a Prefeitura Municipal e para esta pesquisa. No entanto, além destes pontos, também foi apresentada a importância da correlação das competências gerais descritas para a SEMS e as competências externas.

5.2 DISCUSSÃO DA SEGUNDA ETAPA - QUESTIONÁRIO

Quanto à análise e contribuições referente à coleta de dados por meio do questionário pode-se comentar inicialmente sobre as características gerais dos gestores participantes. Ressalta-se que a maioria dos gestores participantes são profissionais enfermeiros (41%), chegando a 50% nos cargos de alto escalão (Diretoria), contrapondo a imagem do enfermeiro como gestor coadjuvante. (CHAVES; TANAKA, 2012). O enfermeiro não mais é visto como somente o chefe do setor e vem ocupando cargos de gestão devido ao seu potencial de liderança e experiência em diferentes níveis, do operacional ao estratégico, pois seu preparo para assumir cargos administrativos faz parte da história da profissão. (YAMAUCHI, 2009).

Quanto ao gestor enfermeiro, ao ascender a cargos de liderança, o profissional se sobressai entre os demais profissionais de saúde, pois possui formação com a maior carga-horária entre os cursos da área da Saúde voltada a conteúdos de gestão, administração e gerenciamento. (PERES, 2006; MEIRA; KURCGANT, 2009). “A formação do enfermeiro exige competência técnica, relacional e gerencial. O enfermeiro é o único profissional que já inicia sua trajetória como gestor da equipe de enfermagem.” (SILVA et al., 2016, p. 167). Além disso, o processo de administrar em enfermagem abrange métodos de planejamento, a tomada de decisão, supervisão e auditoria de profissionais, recursos humanos e demais recursos importantes para a assistência e cuidado. (SANNA, 2007).

Os bons resultados dos enfermeiros quanto à organização e envolvimento com os serviços de saúde como um todo, ressaltam sua formação voltada à liderança e trabalho em equipe. Pode-se até assumir que o profissional possui habilidades ímpares de prever, intuitivamente, algumas situações de manifestações ou consequências negativas, buscando antecipar soluções, mesmo que para isto tenha que ultrapassar os seus limites profissionais. (BACKES, 2008). “A enfermagem é o curso da área da saúde que mais trabalha com temas relacionados à gestão e um grande número de enfermeiros ocupa cargos de chefia.” (PERES, 2006, p. 213).

O conhecimento e a prática assistencial fazem do Enfermeiro um ator diferenciado neste contexto gerencial. O Enfermeiro é o profissional que conhece os detalhes dos processos operacionais e de apoio no cotidiano de uma organização de saúde. A experiência do Enfermeiro, tanto no atendimento direto ao cliente e família, quanto no suporte e interface à equipe multidisciplinar mostram hoje a abrangência e o potencial de atuação do enfermeiro no mercado brasileiro e internacional. (YAMAUCHI, 2009, p. 4).

Conforme Ruthes e Cunha (2008), a enfermagem e a administração são por natureza exemplos de disciplinas dependentes da interdisciplinaridade; ou seja, enriquecem e são enriquecidas quando em exploração de relações entre sujeitos e conhecimentos, superando fronteiras disciplinares.

Referente à resposta dos gestores participantes quanto ao Mapeamento de Competências contribuir para a Gestão do SUS Municipal, 100% dos gestores participantes responderam afirmativamente. Nos Estados Unidos da América, a gestão por competências na saúde pública vem sendo desenvolvida há quase trinta anos. Os primeiros passos foram dados com a criação do *Public Health Faculty/Agency Forum* pela Universidade de Johns Hopkins (*Bloomberg School of Public Health*) em 1990. Em 1991 o Forum lançou uma lista de Competências Universais para servir de guia para o treinamento de profissionais de saúde pública. (PUBLIC HEALTH FOUNDATION, 2017).

Em 1992 foi formado o *Council on Linkages Between Academia and Public Health*, (formado por vinte organizações nacionais) que, por sua vez, lançou um manual de *Core Competencies for Public Health Professionals* no ano de 2001 (última publicação, após revisão, em 2014). O manual apresenta um conjunto de competências essenciais organizado em oito domínios (exemplos de domínios: Habilidade Analítica; Cultural; Comunicação e Planejamento de Programas; e, Financeiro) em três níveis de competências de profissionais de saúde (Assistência, Supervisão da Assistência e Gestão) para atuação eficaz dos profissionais de saúde pública na prática, educação e pesquisa. (PUBLIC HEALTH FOUNDATION, 2017).

O Canadá também lançou em 2008 um manual de melhoramento de competências para a saúde pública denominado *Core Competencies for Public Health in Canada: Release 1.0*. Segundo a Agência de Saúde Pública do Canadá, o manual é organizado em trinta e seis competências essenciais divididas em sete categorias, sendo elas: Ciências; Avaliação e Análise; Política, Planejamento, Implementação e Avaliação; Parcerias, Colaboração e Argumentação; Diversidade e Inclusão; Comunicação; e Liderança. (CANADA, 2008).

Relata-se que as competências essenciais aprimoram a saúde pública ao contribuir com profissionais de saúde ao desenvolverem a efetividade do trabalhando em equipe, a capacidade de análise situacional, planejamento e aprimoramento dos serviços de saúde (baseados em evidências e focados na população de forma equânime e ética). Genericamente, as competências essenciais (*core competencies*) fornecem parâmetros para a execução dos serviços em saúde pública, pois tratam do acesso a serviços de saúde, vigilância, prevenção de doenças e danos, promoção e proteção à saúde. (CANADA, 2008).

No Reino Unido, é possível encontrar o documento emitido pelo grupo de Agências de Saúde Pública da Inglaterra, País de Gales, Irlanda e Escócia denominado *Public Health Skills and knowledge Framework 2016* (Estrutura de Habilidades e Conhecimentos em Saúde Pública, tradução nossa). O documento aborda a necessidade de uma estrutura de competências e saberes para abordar temas como: resultado; descrição de atividades e funções dos profissionais; desenvolvimento profissional; currículo educacional; e descrição das funções da saúde pública. (UNITED KINGDOM (UK), 2016).

Ainda sobre o documento referente a competências no Reino Unido, o documento é organizado ao tratar de competências em três Áreas de Atividade (A: Técnica, B: Contexto, e C: Execução), às Áreas de Atividade são atribuídas treze Funções ou Grupo de Competências (exemplos: liderança e comunicação) e, por sua vez, os Grupos de Competências recebem Sub-Funções ou Competências Individuais (exemplos: interpretar e apresentar dados e informações; facilitar mudanças comportamentais ou culturais na organização, comunidade ou indivíduos). (UNITED KINGDOM (UK), 2016).

Outro relato dos Estados Unidos da América (Estado de Missouri-MO), conforme Wright et al. (2000), com o aumento dos desafios e complexidade da saúde pública, evidenciou-se que os investimentos em recursos para preparação de trabalhadores, incluindo gestores, eram escassos. Criou-se então em 1994 um consórcio denominado *National Public Health Leadership Development Network* (Rede Nacional de Desenvolvimento da Gestão da Saúde Pública, tradução nossa) para promover um sistema de desenvolvimento e educação de gestores (identificação e desenvolvimento de competências individuais dos gestores em saúde pública), pois, usualmente, não se encontram gestores com histórico de acesso ou com educação formal em saúde pública.

Segundo Wright et al. (2000), após o processo de identificação de áreas de ação majoritárias dos gestores em saúde pública e correspondentes competências gerenciais, as categorias essenciais e suas características são:

- Transformação: Necessidade de gestores engajados e competentes em um processo de pensamento analítico, crítico, integrador, articulador, visionário (apoiador e incentivador de inovações em conceitos e métodos), estratégico, tático, comunicativo, reconciliador, dinâmico (agente efetivo de mudanças) e possuidor do senso de missão;
- Legislação e Política: Gestores competentes em negociar, colaborar e serem facilitadores éticos ao lidar com o controverso e competitivo ambiente político;

- Transorganizacional: Gestores competentes e efetivos além das fronteiras da saúde pública (comunidade, profissões, unidades de governo ou organização);
- Dinâmica de Grupo: Gestores que promovam comunicação efetiva e prática, construindo o trabalho em equipe e a capacidade do trabalho de grupo. Facilitador do entusiasmo, da honestidade, do espírito empreendedor, da escuta ativa, do diálogo, da credibilidade e do empoderamento.

Durante e após o preenchimento do questionário, foi observado que os gestores participantes manifestaram-se de forma oral e espontânea referente aos temas abordados e questionário, as manifestações seguem abaixo: Gestor A: “Ascendeu uma luz de que eu não estou fazendo o que é necessário, vou rever minha organização interna”. Gestor B: “O questionário abordou questões que eu nunca havia pensado”. Gestor C: “O questionário é bem estruturado, interessante”. Gestor D: “O questionário foi muito útil”. Gestor E: “O questionário é maravilhoso e completo, aborda tudo sobre saúde pública”. Os diretores, conseqüentemente, decidiram pela inserção do Modelo de Gestão por Competências como um dos compromissos do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021.

Implantar o Modelo de Gestão por Competências com base na Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal (Decreto da Presidência da República nº 5.707/2006) para desenvolvimento dos gestores da saúde pública Municipal. (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a, p. 193, grifo nosso).

Dutra (2009) comenta que as pessoas buscam ser estimuladas e apoiadas a pensar no desenvolvimento de suas carreiras. Na América Latina, baseando-se em seus próprios informes e estudos, a OPAS reconhece que a garantia do cumprimento de obrigações em saúde pública dá-se por meio de gestores competentes; mas, reconhece também que há insuficiência de oferta de capacitações. (CONEJERO et al., 2013).

A Escola de Medicina da Universidade de Indiana, ministra *workshops* quadrimestrais para os gestores dos Centros Acadêmicos de Saúde (serviços de saúde pública oferecidos pela Universidade), com temática focada em competências relacionadas à gestão. Isso ocorre porque foi observado que os gestores não recebem treinamento formal para executar suas funções e, usualmente, não estão preparados para assumir a função de gestão, mesmo obtendo excelentes credenciais acadêmicas. (PALMER et al., 2015).

Conforme Palmer et al. (2015), o primeiro encontro inaugurou a série de eventos e ao mesmo tempo serviu de levantamento das necessidades relatadas pelos gestores. Este formato de *workshop*, durante o café da manhã ou jantar, além de palestras, promove ambiente de educação ativa e transversal, pois os gestores dividem suas preocupações como colegas e

aprendem práticas de gestão uns com os outros, além de cultivarem o ambiente comunitário. Ao final de cada ano é realizado mapeamento de competências por meio de questionário que é respondido pelos gestores e por seus trabalhadores, com perguntas concernentes aos tópicos abordados durante o ano. O resultado do mapeamento de competências é apresentado como *feedback* aos gestores. A soma dos *workshops* e *feedbacks* tem oferecido aos gestores apoio e inspiração a excelência.

Há destaque no Domínio 2 (para ambos os Componentes), Domínio 3, Domínio 5 (Componente 1) e Domínio 6, pois apresentam coeficientes *Alpha* de Cronbach superiores a 0.90, que indicam muito alta consistência interna, mesmo com o número de itens, em sua maioria, inferior a 10 (CORTINA, 1993; PALLANT, 2016), com exceção do Domínio 3. Em relação à consistência interna dos dados coletados, Freitas e Rodrigues (2005) destacam que a seleção da amostra dos participantes e a formulação das questões também influenciam no resultado do coeficiente α de Cronbach. Ou seja, se os respondentes pensarem de forma muito semelhante (homogeneidade da população-alvo), as respostas serão semelhantes, diminuindo a variância e, conseqüentemente, o coeficiente α de Cronbach.

No entanto, conforme Streiner (2003), se as perguntas (itens) forem de alta correlação, o valor de α aumenta devido a sua redundância e não, necessariamente, devido à consistência interna, resultando em valores muito altos (e duvidosos), com α acima de 0.90 (sendo importante então a verificação das correlações inter-itens).

Em conclusão, esta etapa da discussão apresentou os destaques das características gerais dos gestores participantes, com ênfase no profissional enfermeiro que mais cargos de gestão ocupa na saúde pública do Município pesquisado. Foi apresentado também o apoio ao Modelo de Gestão por Competências por parte dos gestores, reconhecendo a importância e contribuição para o SUS conforme o acesso que tiveram ao questionário, e as experiências internacionais exitosas quanto ao tema. Finalmente, foram apresentados os resultados e coeficientes *Alpha* de Cronbach dos Domínios do questionário.

5.3 DISCUSSÃO DA TERCEIRA ETAPA – MAPEAMENTO DE LACUNAS (*GAPS*)

Quanto à análise e contribuições do Mapeamento de Competências no Mapeamento de Lacunas observa-se que os gestores participantes apresentam resultados satisfatórios ao apresentarem somente oito lacunas (do total de cinquenta e seis) com Classificação de Grau de Prioridade de Capacitação o Escore 10 (prioridade moderada), sendo que na avaliação por Domínios nem mesmo o Escore 10 foi alcançado (9,4 - Prioridade Baixa), lembrando que quanto menor o escore, menor a prioridade de capacitação.

Na gestão em saúde, a avaliação torna-se fundamental uma vez que estabelece um olhar crítico sobre o que está sendo feito e o compara com o que deveria estar ocorrendo, favorecendo a busca por resultados desejáveis. Pode assumir caráter de suporte ao processo decisório na prestação de serviços de saúde, além de auxiliar a identificação de pontos frágeis nos serviços instalados, mensurar a eficiência e a efetividade das ações assistenciais e verificar o impacto advindos das ações de saúde na condição sanitária da população. (CHAVES; TANAKA, 2012, p. 1277).

Em 2013, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Secretaria de Gestão Pública - divulgou um guia de referência prático com base no Projeto *Diálogos Setoriais* entre a República Federativa do Brasil e União Europeia. Este material mostra que o Governo Federal possui um sistema de capacitação (ferramenta de apoio gerencial) destinado ao armazenamento, processamento, disponibilização de dados e que evidencia as lacunas, com cálculo automático que utiliza a mesma fórmula apresentada nesta pesquisa, entre as competências disponíveis para a seleção da *trilha de aprendizado* mais adequada ao servidor e para a elaboração do Plano Anual de Capacitação (PAC). (BRASIL, 2013b).

Referente ao mapeamento de lacunas (*gaps*) realizados nesta pesquisa, das oito competências essenciais específicas que apresentaram maior Grau de Prioridade de Capacitação, quatro estão no Domínio 2 e as demais quatro no Domínio 6. Com as lacunas mapeadas é possível realizar o planejamento educacional para as competências essenciais específicas.

As competências essenciais específicas do Domínio 2 mapeadas como lacuna são:

- DO2CO11 - Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
- DO2CO12 - Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.
- DO2CO13 - 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.

- DO2CO14 - 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.

As lacunas do Domínio 2 tratam de competências essenciais referentes ao planejamento intersetorial de gestão de riscos de desastres naturais, tecnológicos, biológicos e reconstrução pós-desastres, com a identificação do dano e reabilitação imediata.

Quanto à conceituação de desastre, “resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais.” (BRASIL, 2007, p. 8). A classificação de desastres abrange os Desastres Naturais, Humanos, e Mistos, conforme a Política Nacional de Defesa Civil (BRASIL, 2007). Para melhor compreensão da abrangência dos desastres, alguns exemplos seguem abaixo:

- Exemplos de Desastres Naturais: Causa eólica (vendavais e tornados); temperaturas extremas (granizos, geadas e ondas de frio e calor); incremento da precipitação hídrica (enchentes e alagamentos); redução da precipitação hídrica (estiagem, incêndios florestais e queda intensa nos índices de umidade relativa do ar); acomodação do solo (deslizamento, queda ou rolamento de rochas e processos erosivos); desequilíbrio da biocenose (pragas animais e vegetais). (BRASIL, 2007).

- Exemplos de Desastres Humanos: Natureza tecnológica (meios de transporte, acidentes de trabalho, mineração, destruição de habitações, incêndios, contaminação de água potável, radiação, vazamento de produtos químicos e explosões) / Concentração demográfica (poluição e exaurimento de recursos hídricos, energéticos e coleta de lixo) / Natureza social – ecossistema urbano e rural (depredação do solo, destruição intencional da fauna e flora e incêndios) – convulsões sociais (desemprego, tráfico de drogas e criminalidade) / Natureza biológica – vetores biológicos (dengue e febre amarela) – Doenças transmitidas pela água e alimentos (cólera) – Doenças transmitidas pela inalação (tuberculose). – Doenças transmitidas pelo sangue e secreções (Infecções sexualmente transmissíveis). (BRASIL, 2007).

- Exemplos de Desastres Mistos: Relacionados com a geodinâmica terrestre Externa (redução da camada de ozônio, efeito estufa, inversão térmica e chuva ácida) / Relacionados com a geodinâmica terrestre Interna (desertificação, salinização do solo e tremor de terra induzido por reservatórios e outros). (BRASIL, 2007).

Sendo possível consultar *online* o resultado do histórico recente (últimos cinco anos) referente a desastres, conforme a Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil (CEPDEC) e Sistema Informatizado de Defesa Civil (SISDC) do Governo do Estado do

Paraná, é apresentado no QUADRO 21 às ocorrências de desastres no Município (local da pesquisa) entre julho de 2013 até junho de 2018.

QUADRO 21 - DESASTRES OCORRIDOS NO MUNICÍPIO (LOCAL DESTA PESQUISA)
NOS ÚLTIMOS 5 ANOS - DE JULHO 2013 ATÉ JUNHO 2018

(continua)

DESASTRE	Nº de Ocorrências	Nº de Pessoas Afetadas	Óbitos
Alagamentos	9	3.592	-
Colapso de edificações	3	236	-
Derramamento de produtos químicos em ambiente lacustre, fluvial, marinho e aquíferos	2	3	2
Deslizamentos	5	16	
Incêndios em aglomerados residenciais	2	22	-
Inundações	1	11	-
Liberação de produtos químicos para a atmosfera causada por explosão ou incêndio	2	50	-
Tempestade Local/Convectiva - Chuvas Intensas	1	4.872	-
Tempestade Local/Convectiva - Granizo	3	1.638	-
Tempestade Local/Convectiva - Vendaval	16	3.183	1
Transporte de passageiros e cargas não perigosas (rodoviário)	1	4	1
Transporte de produtos perigosos (rodoviário)	4	5	-
TOTAL DO MUNICÍPIO	49	13.632	4

FONTE: PARANÁ (2018, não paginado).

Observa-se então no QUADRO 21 que as ocorrências de desastres no Município (local da pesquisa), nos últimos cinco anos, são de desastres naturais e desastres humanos (tecnológicos). As vítimas de desastres em situação de vulnerabilidade emergencial contam com o serviço da Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil (COMPDEC), órgão mantido pela Secretaria Municipal de Segurança. (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2016).

É possível afirmar que o número de desastres naturais têm crescido cada vez mais nos últimos anos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2010); no entanto, não se deve temer somente a frequência, pois os “efeitos destes eventos extremos tendem a crescer com o processo de mudanças ambientais e climáticas globais, o que inclui o aquecimento global.” (FREITAS et al., 2014, p. 3653)

Segundo a Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil, o Estado do Paraná conta com 399 municípios e 190 (47,62%) foram afligidos por algum tipo de desastre no ano de 2016. A cidade com o maior número de ocorrências (17) é o Município local desta pesquisa. (PARANÁ, 2016b). E, também há casos de exposição a produtos químicos que ocorreram nos últimos anos no Município (local desta pesquisa), como a exposição ao gás amônia (gás refrigerante de câmaras frigoríficas e ar condicionados industriais), com 36 pessoas intoxicadas por vazamento de um frigorífico. (PARANÁ, 2016a).

Quanto a possíveis desastres biológicos, além da ocorrência de casos de tuberculose e diversas infecções sexualmente transmissíveis, tem-se a presença do mosquito transmissor da dengue. Outro fato a destacar é a presença de aeroporto internacional, com relatos de pouso de emergência de voos internacionais para atendimento em saúde; ou seja, há para a gestão da saúde pública importante papel na prevenção (exemplos: avaliação e redução de riscos); preparo (exemplos: desenvolvimento de competências gerenciais e planejamento operacional e de contingência); resposta (exemplo: socorro às vítimas); e reconstrução (exemplo: serviços públicos), para real enfrentamento às situações de desastre. (MARCHIORI-FARIA, SANTORO, 2010; MELLO et al., 2013).

Também é importante considerar o conteúdo do comentário interpretativo das manifestações escritas de dois gestores participantes, que declararam que na saúde mental não se trabalha com riscos de desastres, a menos que seja na questão dos efeitos que um desastre possa causar à saúde mental; e quanto à manifestação de que não há quase nenhum risco de desastres na odontologia. Pode-se ressaltar o Desastres de Natureza Biológica - Doenças transmitidas pelo sangue e secreções - infecções sexualmente transmissíveis orais (exemplo sífilis). (BRASIL, 2007).

Nos últimos cinco anos, observa-se que os desastres naturais afetaram mais de 13 mil pessoas no Município (local da pesquisa), mas a maior parte dos óbitos (três dos quatro casos) no mesmo período, são devido a desastres de natureza tecnológica (dois casos por derramamento de produtos químicos em ambiente lacustre, fluvial, marinho e aquíferos e um caso por transporte de passageiros e cargas não perigosas, rodoviário). (PARANÁ, 2018).

Após revisão integrativa, Daily, Padjen e Birnbaum (2010, p. 388, tradução nossa) comentam que as ocorrências de desastres, especificamente a partir do ano 2000, incitaram os países do mundo em tentar reforçar o seu nível de preparação e prevenção frente aos desastres por meio de programas de educação baseada em competências para profissionais de saúde e estudantes. “A educação e a formação são os pilares da prevenção de desastres.”

As competências essenciais específicas do Domínio 6 mapeadas como lacuna são:

- DO6CO3 - Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais.
- DO6CO4 - 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.
- DO6CO5 - 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.
- DO6CO8 - 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.

Já as lacunas do Domínio 6 tratam de competências essenciais referentes a iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e a saúde global como contrastes entre sistema públicos de saúde, e sua influencia nas reformas em matéria de saúde, bem-estar, segurança social e captação de fundos econômicos de programas de saúde internacionais.

A Saúde Global fundamenta-se na noção da supraterritorialidade, mas estabelece conexões desde o nível global até o nível local. Fundamenta-se, também, nos princípios de respeito à diversidade humana, em seus aspectos sociais e culturais, de justiça social, de equidade e de ampliação da autonomia das pessoas e dos povos. (FORTES; RIBEIRO, 2014, p. 373).

Fortes e Ribeiro (2014) apontam a necessidade da ética em Saúde Global; ou seja, compartilhar e resolver as dificuldade da humanidade frente aos diferentes e desiguais interesses comerciais (e de poder), públicos e privados, que ampliam as desigualdades econômicas e sociais. É também sugerida pelos autores uma agenda de pesquisa em saúde global que abrange a distribuição de doenças e agravos (exemplo: movimentos migratórios), mudanças e desequilíbrios ambientais (exemplo: poluição) e sistemas de saúde global (exemplos: sistemas nacionais e internacionais de direitos humanos e saúde global) para o estabelecimento de acordos e regulamentação internacional de justiça social e equidade.

As lacunas do Domínio 6, Saúde Internacional e Saúde Global, tratam de competências essenciais específicas referentes a iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias. Nestas competências é observado que a saúde global tem como características a observação de contraste entre sistemas públicos e influencia nas reformas em matéria de saúde, bem-estar, segurança social e captação de fundos econômicos de programas de saúde internacionais.

Segundo KOPLAN et al. (2009) a saúde global é procedida da saúde internacional e saúde pública e no QUADRO 22 são apresentadas as devidas comparações.

QUADRO 22 - COMPARAÇÃO DE SAÚDE GLOBAL, INTERNACIONAL E PÚBLICA

TEMA	SAÚDE GLOBAL	SAÚDE INTERNACIONAL	SAÚDE PÚBLICA
Alcance Geográfico	Concentra-se em questões que direta ou indiretamente afetam a saúde, mas que podem transcender as fronteiras nacionais	Concentra-se em questões de saúde de outros países que não o seu, especialmente os de baixa renda e média renda	Concentra-se em questões que afetam a saúde da população de uma comunidade particular ou país
Nível de Cooperação	Desenvolvimento e implementação de soluções frequentemente requer cooperação global	Desenvolvimento e implementação de soluções geralmente requerem cooperação binacional	Desenvolvimento e implementação de soluções geralmente não requerem cooperação global
Indivíduos ou Populações	Abrange a prevenção em populações e o atendimento clínico individual	Abrange a prevenção em populações e o atendimento clínico individual	Focada principalmente em programas de prevenção para populações
Acesso à Saúde	A equidade em saúde entre as nações e para todas as pessoas é um objetivo principal	Procura ajudar pessoas de outras nações	A equidade em saúde dentro de uma nação ou comunidade é um objetivo importante
Alcance Disciplinar	Altamente interdisciplinar e multidisciplinar dentro e fora das ciências da saúde	Abrange algumas disciplinas, mas não enfatiza a multidisciplinaridade	Encoraja abordagens multidisciplinares, particularmente nas ciências da saúde e ciências sociais

FONTE: KOPLAN et al. (2009, p. 1994, tradução nossa).

Constata-se que a gestão do município pesquisado tem buscado desenvolver-se no âmbito transnacional. Como exemplo de iniciativa, alguns representantes municipais (incluindo a Secretaria Municipal de Saúde) participaram em fevereiro de 2018 do VII *Workshop* Internacional: O Laboratório Ítalo-Brasileiro como Prática de Diálogo e Cooperação – Redes internacionais para a Qualificação dos Sistema e dos Serviços de Saúde e de *Welfare* (Bolonha-Itália).

Após participação no *Workshop* Internacional, foi oferecido em maio de 2018 o 1º Laboratório Regional de Saúde que contou com palestras, visitas técnicas, troca de experiências com profissionais e entre gestores em saúde pública da região e Estado do Paraná. Entre os convidados palestrantes presentes no evento estavam dois médicos pesquisadores em saúde pública internacional e intercultural, um da Universidade de Bolonha (Itália) e outro da Universidade Federal Fluminense que também atua como consultor do Ministério da Saúde. (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018).

Concluindo, nesta etapa foi apresentada a discussão sobre o mapeamento de lacunas e como os gestores em saúde pública atendem, na maioria dos casos, satisfatoriamente às 56 competências essenciais específicas do MRCESP; no entanto também é valorizada a avaliação em gestão e seus benefícios. Também foram discutidos os temas referentes às competências essenciais mapeadas como lacunas do Domínio 2 (desastres) e Domínio 6 (saúde global e internacional) do questionário e a importância do desenvolvimento das competências mapeadas como lacuna frente ao contexto municipal.

5.4 DISCUSSÃO DA QUARTA ETAPA – PROPOSTA DE PLANEJAMENTO EDUCACIONAL E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS COMO LACUNAS

Quanto à análise e contribuições do Mapeamento de Competências e o desenvolvimento de competências, segundo a equipe da ESP, para o desenvolvimento de competências essenciais específicas em saúde pública dos gestores de alto escalão (Diretores), a sugestão é de estratégias diferenciadas e individualizadas, como o *coaching*. No entanto, ressalta-se que o *mentoring* também pode vir a ser uma alternativa efetiva.

“O coaching pode ser entendido como uma técnica de supervisão, de orientação, do treinamento e até de gestão do desempenho.” Ou seja, o coach oferece as ferramentas necessárias para que o coachee chegue às próprias soluções por meio de fluxo contínuo de instruções, comentários e sugestões, impulsionando seus talentos e estimulando suas potencialidades. É importante que se compreenda que o coach não ensina o que deve ser feito, mas induz ao pensamento crítico, raciocínio lógico e análise de situações. (CHIAVENATO, 2002, p. 34).

“O *mentoring* é um relacionamento de apoio, em que uma pessoa mais experiente transfere o seu conhecimento, sua sabedoria e experiência a uma pessoa novata.” Ou seja, um *expert* oferta o desenvolvimento de competências por meio do aconselhamento e apoio para o melhor aproveitamento do que já existe na organização de outrem para a criação de novos

horizontes e apontando as direções futuras, um olhar mais adiante. (CHIAVENATO, 2002, p. 41).

Ao ser realizada a comparação entre o *coaching* e o *mentoring* nota-se que o *coaching* não é realizado por um *coach* que detém necessariamente conhecimento profundo ou saberia desempenhar as atividades do *coachee*, indicado para casos de desenvolvimento de competências relacionadas a Atitudes. O *mentoring*, por sua vez, é realizado por *experts* da área, e no caso de desenvolvimento de competências essenciais específicas em saúde pública, a escolha seria pelo *mentoring*.

Quando os gestores em saúde pública não expressam as competências esperadas, é possível gerenciar o desenvolvimento das competências por meio do desenvolvimento profissional no enfrentamento de complexidades e demandas em evolução. (CZABANOWSKA et al., 2014). Os *experts*, quando se deparam com novas situações apercebem-se de diversas e diferentes opções de ação, interpretam as opções de forma inusitada ou simples e elegem as opções dentre as mais apropriadas e com maior alcance. (BIRD; OSLAND, 2004).

Segundo Dopson et al. (2017), há mais de uma década o *mentoring* já faz parte do arcabouço de pesquisas no âmbito da saúde. Além de estar presente em situações de ensino também é apropriado em casos específicos de trabalho, como no desenvolvimento de competência em casos de liderança. Chiavenato (2002) comenta que o *mentoring* pode ser formal ou informal, todavia também relata que há tendência de maior eficácia quando informal, pois se trata do *mentoring* realizado voluntariamente e de forma orientativa, transpondo as barreiras políticas e ou técnicas.

Outro destaque é referente às competências descritas para a SEMS nesta pesquisa em relação à Competência Essencial Geral XIV, que salienta a existência de processos de **educação corporativa e avaliação de desempenho** dos servidores municipais. Sugere-se um sistema de certificação profissional baseado em competências na área da saúde – que assuma como referência doutrinária a Reforma Sanitária e os princípios normativos e organizativos do Sistema Único de Saúde.

Leva-se em conta no processo de normalização e certificação das competências, que estas não podem se restringir à dimensão técnico-instrumental, tornando-se uma simples estratégia de adaptação às novas necessidades do processo produtivo, mas devem ser consideradas de forma ampliada, no sentido de abranger a dimensão ético-política no mundo do trabalho. (DELUIZ, 2001, p. 16).

[...] o gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social. (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007, p. 837).

Para Prahalad e Hamel (1990), o melhoramento ou desenvolvimento de competências essenciais requer tempo para que sejam aplicadas, protegidas e zeladas, sendo que o conhecimento desvanece se não utilizado. Os autores sugerem encontros regulares para troca de ideias e construção de forte sentimento comum/comunitário. Conforme Nyström et al. (2018), o aprendizado conjunto, o desenvolvimento de processos e a sustentabilidade da mudança são potencializados ao ser reforçada a visão sistêmica ao tratar de casos reais escolhidos pelos gestores de diferentes níveis.

Em pesquisa feita com gestores públicos de unidades básicas de saúde os autores concluíram que um gestor despreparado é um obstáculo a ser transposto no serviço público, pois não é possível executar políticas públicas de qualidade ou implantar processos de mudança sem sua liderança, influenciando negativamente e diretamente a operacionalização e dinâmica dos serviços. Uma das conclusões do estudo relata que em “quaisquer serviços de saúde deveria ser instituído um sistema de avaliação de competências e certificação de formação profissional meritória [...]” (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007, p. 840). Mas, as organizações (mercado de trabalho), em geral, não têm se comprometido com a reflexão e a aplicabilidade do conhecimento por meio da educação permanente ou capacitação institucional. (PERES, 2006).

Quanto à análise das respostas dos gestores participantes, no que se refere ao Grau de Expressão de Competência no trabalho, é possível notar dissenso (maior valor de desvio padrão, > 1.0); ou seja, diferentes gestores participantes apresentam diferentes médias em 12 competências essenciais nos Domínios 2, 3 e 6. Importante observar também que cinco dos casos de dissenso (41,7%) são no Domínios 2 (CO11, CO12, CO13, CO14) e Domínio 6 (CO3), e coincidem com as competências essenciais identificadas como lacunas. Em outras palavras, há dissenso quanto à expressão das competências para mais ou para menos, sendo apresentado nesta pesquisa uma estratégia para desenvolvimento de competências por meio das Trilhas de Aprendizagem.

Como exemplo de utilização de Trilhas de Aprendizagem, tem-se a Universidade Federal do Pará (UFPA), que busca a implementação da política de desenvolvimento de pessoal e de seus instrumentos por meio de sistema de gestão por competência desde a emissão do Decreto nº 5.707/2006. Em 2015, o modelo pedagógico de Trilhas de

Aprendizagem por Competências da UFPA foi estabelecido pela Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoal (Progep). (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), 2015b).

O Plano de Ações de Capacitação - PAC 2015/2016 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), 2015a) para a formação profissional dos servidores apresenta várias Trilhas de Aprendizagem para atender o anseio e perfil de seus servidores. Na FIGURA 11 pode ser visualizada na parte superior as opções de Trilhas de Aprendizagem desenvolvidas pela UFPA (2015a).

FIGURA 11 – PARTE DAS TRILHAS DE APRENDIZAGEM DO PLANO DE AÇÕES DE CAPACITAÇÃO – PAC 2015/2016 - UFPA

Trilhas de Aprendizagem						
FORMAÇÃO GERENCIAL	LOGÍSTICA	INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS	GESTÃO DE PROJETOS	COMUNICAÇÃO	RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRABALHO	DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
218 horas	150 horas	124 horas	100 horas	90 horas	88 horas	86 horas
Palestra o Papel da Governança na nova Gestão Pública 4 horas	Oficina Brigada de Incêndio 16 horas	Oficina de Estatística Aplicada 28 horas	Oficina Elaboração e Gerenciamento de Projet. 40 horas	Palestra Segurança na Informação 4 horas	Curso de Atendimento ao Público 20 horas	Oficina Gestão por Competências: seleção, admissão e desempenho 36 horas
Curso Práticas de Liderança: uma reflexão na admin.pública 20 horas	Curso Gestão Patrimonial 30 horas	Oficina de Excel Intermediário 20 horas	Palestra Segurança na Informação 4 horas	Curso de Comunicação Estratégica e Marketing 20 horas	Palestra Assédio no Ambiente de Trabalho 4 horas	Palestra Avaliação de Desempenho 4 horas
Oficina de Utilização Ferramentas da Qualidade para a solução de problemas 24 horas	Curso de Elaboração de Processo de Contratação de Serviços 40 horas	Oficina Elaboração de Relatórios Anuais 24 horas	Curso de Controle Interno de Processos 20 horas	Palestra Transparência da Administração Pública 4 horas	Oficina de Inclusão sobre direitos das pessoas com deficiência 20 horas	Oficina Formação de Tutor de Integração em Serviço 24 horas

FONTE: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (2015a, p. 16).

Em suma, esta etapa de discussão apresentou a opinião da ESP quanto a conceitos e possibilidades do *coaching* e *mentoring* no ensino individualizado do desenvolvimento de competências foi apresentada a análise da gestão corporativa, conforme a Competência Essencial Geral XIV, e a educação corporativa com a sugestão de um sistema de certificação profissional baseada em competências, reforçado pelos casos de dissenso referente às respostas do questionário mapeadas como lacunas. Ao Município desta pesquisa é proposta a utilização como planejamento educacional a estratégia de Trilhas de Aprendizagem, assim como já utilizada na UFPA.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) exige de seus gestores compromissos locais e regionais, atuação em conselhos e colegiados, confecção e cumprimento de instrumentos de gestão e constante presença e observação da mídia e oposição. No entanto, observa-se que os gestores em saúde pública recebem pouco ou nenhum treinamento para o desenvolvimento de suas competências gerenciais ou essenciais. No setor empresarial, a utilização de modelos de gestão por competência passou a ser uma tendência e o seu uso passou a ser considerado por muitos uma fórmula de sucesso para a prática de gestão.

A partir do referencial teórico de Brandão (2017) foram construídas as etapas do Mapeamento de Competências dos Gestores da Saúde Pública Municipal com a compreensão do valor das competências para o indivíduo e organização (FLEURY; FLEURY, 2001). Destaca-se a relevância dos resultados desta pesquisa em todas as etapas: Etapa 1 - descrição de competências gerais e a identificação de competências essenciais externas importantes para os gestores da saúde pública; Etapa 2 - inventário das competências essenciais; Etapa 3 - Mapeamento de Lacunas; e Etapa 4 - Elaboração de propostas para o desenvolvimento das lacunas e estratégia de avaliação).

Assim sendo, os objetivos desta pesquisa foram alcançados, uma vez que o Mapeamento de Competências foi realizado em quatro etapas bem definidas; as contribuições à gestão da saúde pública municipal por meio do Mapeamento de Competências foram elencadas conforme os objetivos específicos.

A descrição das competências essenciais gerais para a Secretaria Municipal de Saúde, conforme a expectativa do Executivo Municipal declarada em documentação oficial foi realizada na primeira etapa desta pesquisa, por meio de análise documental. A segunda etapa consistiu na realização do levantamento (inventário) das competências essenciais específicas existentes e expressas pelos gestores participantes em saúde pública em seu processo de trabalho, seguida pela análise multivariada dos dados coletados. Na terceira etapa procedeu-se ao mapeamento (identificação) das lacunas (*gaps*) entre as competências essenciais específicas existentes e expressas pelos gestores em saúde pública municipal.

Na quarta e última etapa, referente à elaboração de proposta de captação e desenvolvimento de competências específicas, foi apresentada uma proposta de planejamento educacional para o desenvolvimento das competências essenciais específicas mapeadas como lacunas. A proposta de planejamento educacional apresenta a estratégia de Trilhas de

Aprendizagem e avaliação fundamentada em medidas de impacto de nível (individual e organizacional) e complexidade (profundidade e largura).

A questão norteadora desta pesquisa foi respondida por meio dos resultados ou elenco de contribuições do Mapeamento de Competências para a gestão da saúde pública municipal.

Dentre os documentos encontrados e analisados, o Mapa Estratégico Municipal destacou-se em importância para a descrição das 14 competências essenciais *gerais* da SEMS. Após, as 14 competências da SEMS foram correlacionadas aos 6 Domínios que segregam 56 competências essenciais *específicas* com base em documento oficial sugerido pela *Organización Panamericana de La Salud* (OPS) chamado Competências Essenciais: Marco Regional das Américas (MRCESP) para os recursos humanos em saúde pública.

Ao final da busca e análise dos documentos oficiais da Prefeitura Municipal e SEMS, é possível presumir que não existem documentos oficiais que descrevam as funções e atividades dos cargos dos gestores municipais. Desta forma, os gestores não têm informação do que se espera deles ou sobre quais são suas responsabilidades, não sendo possível a prática da avaliação de desempenho.

Por consequência, uma contribuição expressiva e inesperada durante a pesquisa foi pela intervenção no próprio ato de aplicar o questionário e introduzir inéditas competências essenciais específicas aos gestores participantes, pois conforme a manifestação oral espontânea de alguns deles, inclusive três diretores, o questionário abordou competências que os mesmos desconheciam e que a partir de então estariam atentos às mesmas. O resultado do questionário também contribuiu para a identificação de consenso ou dissenso nas respostas quanto à expressão das competências no trabalho por meio da análise dos valores de desvio padrão.

A participação dos gestores permitiu alcançar resultados que inventariassem as competências essenciais específicas existentes e expressas pelos gestores em saúde pública em seu processo de trabalho, com garantia de 95% de intervalo de confiança da população-alvo.

Quanto à análise estatística multivariada dos dados coletados pelo questionário, esta foi realizada com a utilização de técnica multivariada de análise de fatores (Análise de Componentes Principais), conduzida por Domínio, até ser demonstrado o bom ajustamento fatorial, para então a devida validação dos resultados de confiabilidade (consistência interna). A realização da análise fatorial exploratória revela padrões de correlação entre as competências e verificação da existência de dimensões subjacentes, essencial para determinar

os construtos adjacentes entre as variáveis, fundamental para a precisão do resultado do coeficiente de *Alpha* de Cronbach.

Como resultado do mapeamento de lacunas (*gaps*) foram identificados oito *gaps* (Grau de Prioridade de Capacitação) em dois diferentes Domínios (gestão de riscos e prevenção de desastres / saúde global e internacional). Os desastres afetaram nos últimos cinco anos mais de 13 mil pessoas no município e os desastres tecnológicos causaram quatro óbitos no mesmo período. Estes dados por si relevam a importância dos *gaps* gerados. Ressalta-se quanto à saúde global e internacional, a relevância reside na existência de um aeroporto internacional no Município e ser cruzado por três BRs, sendo uma entre as maiores cidades (em habitantes) no Estado do Paraná, as responsabilidades dos gestores quanto a negociações e tratativas regionais e internacionais aumentam.

O mapeamento de lacunas (*gaps*) dentre as competências essenciais foi realizado com a aplicação da fórmula proposta por Borges-Andrade e Lima (1983), que provê o Grau de Prioridade de Capacitação ao multiplicar o Grau de Importância da Competência (gestores especialistas) pelo número de pontos de resposta (no caso desta pesquisa, 5) subtraídos pelo Grau de Expressão da Competência no trabalho dos gestores participantes.

A elaboração da proposta de captação e desenvolvimento de competências específicas por meio de Planejamento Educacional a partir das lacunas identificadas. As Trilhas de Aprendizagem propostas nesta pesquisa podem ser um diferencial e ferramenta efetiva para o modelo de gestão por competências, no entanto precisam ser elaboradas, delineadas e executadas de forma coletiva pela instituição que conduz o processo. Em uma Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, modificaria o concurso público (as competências necessárias estariam presentes no edital e no conteúdo da prova), forma de gratificação (seleção de gestores e chefias conforme perfil de competências) e escola de saúde com trilhas de aprendizado conforme as competências necessárias.

Como limitações, o Mapeamento de Competências é pontual e possui tempo de validade determinado, sendo necessária a realização de novos Mapeamentos para continuidade do processo, pois as necessidades dos serviços, dos gestores e os próprios gestores não permanecem inalterados (validade aproximada, um ano). Aponta-se também dificuldades referentes ao tempo exíguo para a realização de análise de conteúdo das respostas escritas ou comentários espontâneos de forma oral realizados pelos gestores participantes.

Nesta pesquisa são apontadas as contribuições do Mapeamento de Competências ao identificar gestores em saúde pública competentemente comprometidos com a efetivação de um processo de trabalho resolutivo, integral e de qualidade na atenção e gestão dos serviços

de saúde, e também ao perceber que o Mapeamento de Competências pode colaborar de variadas formas (da percepção da inexistência de ferramentas básicas administrativas até o planejamento educacional individualizado) com a gestão da saúde pública municipal.

A contribuição do Mapeamento de Competências culmina na proposta de um Plano Educacional específico e individualizado para o desenvolvimento das competências essenciais identificadas como lacunas (*gaps*) por meio de Trilhas de Aprendizagem na perspectiva político pedagógica. A construção coletiva, utilizando a prática como fonte de conhecimento, oferece aos gestores em saúde pública um processo de formação por meio do desenvolvimento pessoal para o fortalecimento da gestão.

Como recomendação para futuros estudos, sugere-se a realização do Mapeamento de Competências em separado entre os diferentes escalões de gestores, podendo ser correlacionados os dados das características gerais dos participantes com os resultados e, como desdobramento, a coleta de dados em um segundo momento facilitaria a avaliação de proposta de planejamento educacional. Outro grupo que representa uma importante diretriz do SUS que poderá beneficiar-se do Mapeamento de Competências em estudos futuros é o de Conselheiros Municipais de Saúde.

Finalmente, como contribuição para a profissão de enfermagem, esta pesquisa vislumbra ao enfermeiro refletir sobre a *avaliação na gestão em saúde* como uma ferramenta administrativa que fundamenta e objetiva a decisão quanto à melhoria, intervenção ou reorganização de processos de gestão ou prestação de serviços. Então, o enfermeiro *gestor avaliador* amplia seu papel de profissional *executor* para *decisor e propositor* de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. Avaliação de necessidades de TD&E: proposição de um novo modelo. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 13, n. 6, Edição Especial, São Paulo-SP, Nov./Dez. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1954/195424913006.pdf>>. Acesso em 24 maio 2018.

ABBAD, G. S.; BORGES-ANDRADE, J. E. Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

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

ALMEIDA, M. L.; PERES, A. M.; FERREIRA, M. M. F.; MANTOVANI, M. F. Tradução e adaptação das *Competências Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos em salud*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 25, n. e2896, Jan. 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2896.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 41, n. especial, p. 835-40. 2007

ARAÚJO, P. G.; PEREIRA, J. R. Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p.1179-199. set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n5/a01v46n5>>. Acesso em 16 jul. 2018.

ARAÚJO JÚNIOR, J. A.; MARTINS, I. Gestão por competências na administração pública: uma análise bibliométrica a partir do Decreto Lei 5.707/2006. **Revista Gestão.Org**, Pernambuco, v. 12, n. 2, p. 153-162, Mar. 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg>> Acesso em: 07 fev. 2017.

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/91850/257472.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BARTLETT, M. S. A note on multiplying factors for various chi-squared approximations. **Journal of the Royal Statistical Society**, series B, v. 16, n. 2, p. 296-298. 1954. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/2984057.pdf?refreqid=excelsior%3A1ec801ac4ca98cf737b23ed14d07a3b9>>. Acesso em: 30 maio 2018.

BEN, A. J.; LOPES, J. M. C.; DAUDT, C. G.; PINTO, M. E. B.; OLIVEIRA, M. M. C. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 39, n. 12, p.1-16. 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1354>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

BIRD, A.; OSLAND, J. S. Global competencies: an introduction. In: LANE, H. W.; MAZNEVSKI, M. L.; MENDENHALL, M. E.; MCNETT, J. **The Blackwell Handbook of Global Management: A Guide to Managing Complexity**. Bodmin-UK: Blackwell Publishing Ltd., 2004. *E-book*. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=76scG71iHt4C&oi=fnd&pg=PA57&dq=+Leadership+Competencies:+An+Introduction.&ots=xaray9SRHk&sig=XGB1Zo1W_xSQHZNIkyXguKXkFvw&redir_esc=y#v=onepage&q=Leadership%20Competencies%3A%20An%20Introduction.&f=false>. Acesso em 15 jul. 2018.

BITENCOURT, C. **A gestão de competências gerenciais: a contribuição da aprendizagem organizacional**. 319f. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1793/000308546.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

BITENCOURT, C.; BARBOSA, A. C. Q. Gestão de competências: articulando indivíduos, organizações e sociedade. In: BITENCOURT, C. C., e col. **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. p. 175-195.

BORGES-ANDRADE, J. E.; LIMA, S. M. V. Avaliação de necessidades de treinamento: um método de análise de papel ocupacional. **Tecnologia Educacional**, Rio de Janeiro, v.12, n.54, p.5-14, 1983. Acesso em: 15 maio 2018.

BOYATZIS, R. E. Competencies in the 21st century. **Journal of Management Development**, Bingley UK, v. 27 n. 1, p. 5-12, 2008. Disponível em: <<http://www.oostvoorncoaching.nl/wp-content/uploads/boyatzis-the+21st+century+competencies.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

BRANDÃO, H. P. **Mapeamento de competências: ferramentas, exercícios e aplicações em gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2017.

BRANDÃO, H. P. 2º Simpósio de EaD CETEB: Doutor Hugo Pena Brandão. **Youtube**, 26 nov. 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=1EoykAJ_lik>. Acesso em: 06 fev. 2018.

BRANDÃO, H. P.; BAHRY, C. P. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Serviço Público – RSP**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 179-194, abr./Jun. 2005. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/24137146/1575141967/name/texto%208%20-%20Gest%20%C3%83%C2%BAo%20por%20compet%20%C3%82%C2%ACncias%20.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J. E.; FREITAS, I. A.; VIEIRA, F. T. Desenvolvimento e estrutura interna de uma escala de competências gerenciais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 26, n. 1, p. 43-54. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2017.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentais de um mesmo construto? **ERA - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 8-15, Jan./Mar. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n1/v41n1a02.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

BRANDÃO, H. P.; PUENTES-PALACIOS, K. E.; BORGES-ANDRADE, J. E. A Análise Multinível Aplicada ao Estudo da Competência: em Busca de uma Compreensão mais Integrada e Abrangente sobre a Noção de Competência. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 32., 2008, Rio de Janeiro-RJ. **Anais...** Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: < <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR-B20.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. *E-book*. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/.../CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Decreto nº 5.707, em 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Fundacional, e Regulamenta Dispositivos da Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 40, 24 fev. 2006. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Política nacional de defesa civil**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file%3Fuuid%3D6aa2e891-98f6-48a6-8f47-147552c57f94%26groupId%3D10157+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iJXNcnJFKEJ:portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%25C3%25ADtica%2BNacional%2Bde%2BEduca%25C3%25A7%25C3%25A3o%2BPermanente%2Bem%2BSa%25C3%25BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jan., de 2012**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/12 Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1, p.5-62.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Mapeamento e Avaliação de Competências:** Para Uso no Sistema Capacitação. Brasília-DF, 2013b. Disponível em: < www.gespublica.gov.br/sites/.../guia_de_referencia_pratico-mapeamento-14-08-13.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Portal Brasil. **Saúde:** População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/301-306>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

CANADA. Public Health Agency of Canada. **Core competencies for public health in Canada**. Release 1.0. Ottawa, 2008. Disponível em: < <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CANADA. Government of Canada. **Professional development in the public service**. 2016. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/topics/professional-development.html>>. Acesso em 30 maio 2017.

CARBONE, P. P.; BRANDÃO, H. P.; LEITE, J. B. D.; VILHENA, R. M. P. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2009. *E-book*. Disponível em: < [http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php%3Ffile%3D%252F190976%252Fmod_forum%252Fattachment%252F308966%252FCarbhone%252C%2520Brandao%252C%2520Leite%252C%2520Vilhena%2520\(2005\).%2520Gestao%2520por%2520competencias%2520e%2520gestao%2520do%2520conhecimento.pdf+&cd=1&hl=pt-R&ct=clnk&gl=BR](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php%3Ffile%3D%252F190976%252Fmod_forum%252Fattachment%252F308966%252FCarbhone%252C%2520Brandao%252C%2520Leite%252C%2520Vilhena%2520(2005).%2520Gestao%2520por%2520competencias%2520e%2520gestao%2520do%2520conhecimento.pdf+&cd=1&hl=pt-R&ct=clnk&gl=BR)>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CHAN, E. K. H. Standards and guidelines for validation practices: development and evaluation of measurement instruments. In: ZUMBO, B. D.; CHAN, E. K. H. **Validity and validation in social, behavioral, and health sciences**. New York: Springer International Publishing, 2014. *E-Book*. Disponível em: <https://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloadocument/9783319077932-c2.pdf?SGWID=0-0-45-1489863-p176780858>. Acesso em 11 jul. 2018.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 5, p. 1274-1278. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/33.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2018.

CHIAVENATO, I. **Construção de talentos:** coaching e mentoring. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

CHIAVENATO, I. **Administração:** teoria, processo e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4. ed. Barueri-SP: Manole, 2014.

CKAGNAZAROFF, I. B. Reforma gerencial e o papel do gestor público: ator de mudança ou de resistência? In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., Lisboa – Portugal. **Anais...** Lisboa, 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intrdoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043315.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CLARK, L. A.; WATSON, D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. **Psychological Assessment**, v.7, n. 3, p. 309-319. Sep. 1995. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gwodTlyokLMJ:www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Clark_and_Watson_1995.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b>. Acesso em: 17 jun. 2018.

CONASEMS. **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS: diálogos no cotidiano**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2016.

CONEJERO, J. S.; GODUE, C.; GUTIÉRREZ, J. F. G.; VALLADARES, L. M.; RABIONET, S.; CONCHA, J.; VALDÉS, M. V.; GÓMEZ, R. D.; MUJICA, O. J.; CABEZAS, C.; LUCANO, L. L.; CASTELLANOS, J. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, n. 34, v.1, p. 47- 53. 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n1/07.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Desastres naturais no Brasil: análise da portarias de situação de emergência e estado de calamidade pública de 2003 a 2010**. Brasília-DF: 2010 Disponível em: <<http://portal.cnm.org.br/sites/9000/9070/Estudos/PlanejamentoUrbano/DesastresNaturaisnoBrasil-CNM.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

CORREA, S. M. B. B. **Probabilidade e estatística**. 2. ed. *E-book*. Belo Horizonte: PUC-Minas Virtual, 2003. *E-book*. Disponível em: <http://estpoli.pbworks.com/f/livro_probabilidade_estatistica_2a_ed.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**. v. 78, p. 98-104. 1993. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-OeiYvx97HcJ:citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download%3Fdoi%3D10.1.1.527.7772%26rep%3Drep1%26type%3Dpdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. v. 16, p. 297-334. 1951. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e985/ac2e151903000cac310ffbc5b2cb4fbb9dd5.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CRONBACH, L. J. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. **Educational and Psychological Measurement**, v. 64 n. 3, Jun. 2004, p. 391-418. 2004. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tHrIBpIOqOcJ:citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download%3Fdoi%3D10.1.1.575.7830%26rep%3Drep1%26type%3Dpdf+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, v. 52, n. 4, p. 281-302. 1955. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1037/h0040957> >. Acesso em 11 jul. 2018.

CZABANOWSKA, K.; MALHO, A.; SCHRODER-BACK, P.; POPA, D.; BURAZERI, G. Do we develop public health leaders?- association between public health competencies and emotional intelligence: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 83. 2014. Disponível em: < <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-83> >. Acesso em: 21 mar. 2017.

DAILY, E.; PADJEN, P.; BIRNBAUM, M. A review of competencies developed for disaster healthcare providers: imitations of current processes and applicability. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 25, n. 5, p. 387-395. 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21053183> >. Acesso em 12 jul. 2018.

DALKEY, N. C. **The delphi method**: an experimental study of a group opinion. Santa Monica-CA: Rand Corporation, 1969. Disponível em: < <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/.../RM5888.pdf> >. Acesso em: 19 jun. 2016.

DENCKER, A. F. M.; DA VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**: com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001.

DEVELLIS, R. F. **Scale development**: Theory and applications. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2003. *E-book*. Disponível em: < <http://fliphtml5.com/wmkd/bibu> >. Acesso em 12 jul. 2018.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: BSARIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. PROFAE. **Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Formação 02. Mai. 2001. Disponível em: < http://www.debasil.com.br/admin/anexos/18-04-2011_14_56_17_.pdf#page=7 >. Acesso em: 15 jul. 2018.

DOPSON, S. A.; GRIFFEY, S.; GHIYA, N.; LAIRD, S.; CYPHERT, A.; ISKANDER, J. Structured mentoring for workforce engagement and professional development in public health settings. **Health Promotion Practice**, vol. 18, n.3, p. 327-331, May. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125904> >. Acesso em: 07 jun. 2017.

DUTRA, J. S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2009.

DURAND, T. The alchemy of competence. In: HAMEL, G. et al. **Strategic flexibility**: managing in a turbulent environment. New York: Wiley & Sons Ltd., 1998. p. 303-330. Disponível em: < <http://www.cmi-strategies.com/wp-content/uploads/2012/05/Thomas-Durand-Alchemy-of-competence.pdf> > Acesso em: 05 mar. 2017.

DURAND, T. Forms of incompetence. In: RON, S.; HEENE, A. **Theory development for competence-based management**, Greenwich: JAI Press, 2000. p. 2-23. (In advances in applied business strategy. 6 v.). Disponível em: < <http://www.cmi-strategies.fr/wp-content/uploads/2012/05/Thomas-Durand-2000-Forms-of-Incompetence.pdf> >. Acesso em: 27 fev. 2017.

ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. **EGP 11ª Edição - Gestão estratégica de pessoas**. Sobre o Curso. Disponível em: < http://www.ena.gov.br/web/pt-br/sobre-curso?p_p_id=enapvisualizardetalhescurso_WAR_enapinformacoescursosportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_r_p_564233524_idCurso=2844>. Acesso em: 07 fev. 2017.

FERLIE, E. B.; SHORTELL, S. M. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. **The Milbank Quarterly**, v. 79, n. 2, p. 281-315. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751188/>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

FIELD, A. **Descobrimdo a estatística usando o SPSS**. Tradução: VIALI, L. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FIELD, A. **Discovering statistics using IBM SPSS**. 4. ed. London: Sage, 2013.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências de Japão, Coréia e Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito competência. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.5 n. spe, p.183-196. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Alinhando estratégia e competências. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 44-57, Jan./Mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v44n1/v44n1a12.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

FONSECA, A.; OLIVEIRA, M. C. Educação baseada em competências. **Arquivos de Medicina**, v. 27, n.6, p. 272-277. 2013. Disponível em: < http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yENx-zGAMswJ:www.scielo.mec.pt/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0871-34132013000600005+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b>. Acesso em: 29 jun. 2018.

FONTELLAS, M. J.; SIMÕES, M. G.; ALMEIDA, J. C.; FONTELLAS, R. G. S. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Revista Paraense de Medicina**, v.24, n.2, p. 57-64. 2010. Disponível em: <<files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n2/a2125.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 23, n. 2, p.366-375. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000200366&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 jul. 2018.

FRANK, J. R.; MUNGROO, R.; AHMAD, Y.; WANG, M.; ROSS, S.; HORSLEY, E. T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. **Medical Teacher**, v. 32, n. 8, p. 631-637. 2010. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/45387542_Toward_a_definition_of_competency-based_education_in_medicine_A_systematic_review_of_published_definitions>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12., 2005, Bauru-SP. **Anais...** Bauru: SIMPEP, 2005. Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_12/copiar.php?arquivo=Freitas_ALP_A%20avalia%E7%E3o%20da%20confiabilidade.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2018.

FREITAS, C. M., SILVA, D. R. X., SENA, A. R. M., SILVA, E. L.; SALES, L. B. F.; CARVALHO, M. L.; MAZOTO, . Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 9, p. 3645-3656. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000903645&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 23 jul 2018.

FREITAS; I. A.; BORGES-ANDRADE, J. E. Efeitos de treinamento nos desempenhos individual e organizacional. **Revista Administração de Empresas – RAE**, v. 44, n. 3, p. 44-56. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v44n3/v44n3a05.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2017.

FREITAS; I. A.; BRANDÃO, H. P. Trilhas de aprendizagem como estratégia para o desenvolvimento de competências. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2005, Brasília-DF. **Anais...** Brasília: 2005. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2005/GPR/2005_GPRA316.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2017.

FREITAS, I. A.; BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; PILATI, R. Medidas de impacto de TD&E no trabalho e nas organizações. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas**. São Paulo: Artmed, 2007.

FREITAS, I. A.; BRANDÃO, H. P. Trilhas de aprendizagem como estratégia de TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas**. São Paulo: Artmed, 2007.

GEMELLI, I. M. P.; FILIPPIM, E. S. Gestão de pessoas na administração pública: o desafio dos municípios. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia - RACE**, Joaçaba, v. 9, n. 1-2, p. 153-180, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race/article/view/375>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GIL, A. C. **Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. São Paulo: Atlas, 2001.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIUDICE, R. C. Desafios da Gestão de Pessoas por Competências na Administração Pública Federal Brasileira. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 188–204. 2012. Disponível em: <http://www.assecor.org.br/~assecor/files/4413/5896/2423/rbpo_vol_2_num_2_desafios-da-gestao-de-pessoas-por-competencias.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; MCKEE, A. **Primal leadership**: learning to lead with emotional intelligence. Boston: Harvard Business Publishing, 2002.

GRIFFIN, R. W. **Introdução à administração**. Tradução: MESQUITA, G.; GARCIA, M. P. São Paulo: Ática, 2007.

GRUPPEN, L. D.; MANGRULKAR, R. S.; KOLARS, J. C. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. **Human Resources for Health**, v. 43, n. 10. 2012. Disponível em: <<https://human-resources-health.Biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-43>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GUERRA, A. L.; GUIDEL, T.; VEZZETTI, E. **Toward a common procedure using likert and likert-type scales in small groups comparative design observations**. INTERNATIONAL DESIGN CONFERENCE - DESIGN 2016. 2016. Dubrovnik-Croatia. Dubrovnik, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/307601241_Toward_a_common_procedure_using_likert_and_likert-type_scales_in_small_groups_comparative_design_observations>. Acesso em: 14 jun. 2018.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. **Multivariate data analysis**. 7. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2010. *E-book*. Disponível em: <blog.sciencenet.cn/home.php?mod...Hair%20et%20al...pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

HATCHER, R. L.; FOUAD, N. A.; CAMPBELL, L. F.; MCCUTCHEON S. R.; GRUS, C. L.; LEAHY, K. L. Competency-based education for professional psychology: moving from concept to practice. **Training and Education in Professional Psychology**, Vol. 7, No. 4, 225–234. 2013. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G6eAdyIxURgJ:https://www.apa.org/pubs/journals/features/tep-a0033765.pdf+&cd=7&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

HORN J. L. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. **Psychometrika**, v. 30, n. 2, p. 179-85 Jun. 1965. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/24061749_A_Rationale_and_Test_for_the_Number_of_Factors_in_Factor_Analysis>. Acesso em: 14 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE cidades**: São José dos Pinhais – trabalho e rendimentos. 2014. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-jose-dos-pinhais/panorama>>. Acesso em: 25 abril 2018.

JACOBSON, P. D.; WASSERMAN, J.; WU, H. W.; LAUER, J. R. Assessing entrepreneurship in governmental public health. **American Journal of Public Health**, Washington DC, v. 105, (suppl. 2), n. S2, p. 318-322, apr. 2015. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=afde30ba-e3a0-4f3d-ba1f-c3232296d9de%40sessionmgr4009&hid=4105>>. Acesso em: 18 out. 2016.

JOSHI, A.; KALE, S.; CHANDEL, S.; PAL, D. Likert scale: explored and explained. **British Journal of Applied Science & Technology**, v.7, n.4, p. 396-403.2015, Jan. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/276394797_Likert_Scale_Explored_and_Explained>. Acesso em: 14 jun. 2018.

KAISER, H. F. The application of electronic computers to factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v. 20, p. 141–151. 1960. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316446002000116?journalCode=epma>>. Acesso em: 30 maio 2018

KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, p. 31–36. 1970. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF02291575.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2018.

KAISER, H. F.; RICE, J., Little Jiffy Mark IV, **Educational and Psychological Measurement**, v. 34, p. 111-117. 1974. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316447403400115?journalCode=epma>>. Acesso em: 30 maio 2018.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Strategy maps: converting intangible assets into tangible outcomes**. Boston: Harvard Business School Press, 2004. *E-book*. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-R&lr=&id=vCnhFu52rosC&oi=fnd&pg=PR9&dq=importance+of+strategy+maps+&ots=wMYGPL0Gpw&sig=uAxEqWqRCTYuj4I3919ZhzWZnU&redir_esc=y#v=onepage&q=visual%20framework&f=false>. Acesso em: 13 jul. 2018.

KOPLAN, P. J.; BOND, C. T.; MERSON, M. H.; REDDY, K. S.; RODRIGUEZ, M. H.; SEWANKAMBO, N. K.; WASSERHEIT, J. N. Towards a common definition of global health. **The Lancet**. v. 373, n. 9679, p. 1993-1995. Jun. 2009. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60332-9/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60332-9/fulltext?code=lancet-site)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

LAROS, J. A. O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In: PAQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005. p.141-160. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/233735561_O_Uso_da_Analise_Fatorial_Alguas_Diretrizes_para_Pesquisadores>. Acesso em: 30 maio 2018.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Tradução de: REUILLARD, P. C. R. 3. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, New York, v. 22, n. 140, p. 5-55. 1932. Disponível em: <http://www.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

LUCAS, F. C. Gestão por competências na Administração Pública: conceito e desafios. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 21 maio 2015. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.53481&seo=1>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

MACCALLUM, R.; WIDAMAN, K.; PREACHER, K.; HONG, S. Sample size in factor analysis: the role of model error. **Multivariate Behavioral Research**, v. 36 n. 4, p. 611-637. 2001. Disponível em: <http://quantpsy.org/pubs/maccallum_widaman_preacher_hong_2001.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2018.

MARCHIORI-FARIA, D. G.; SANTORO, J. Gerenciamento de desastres naturais. In: TOMINAGA, L. K.; SANTORO, J.; AMARAL, R. **Desastres naturais: conhecer para prevenir**. São Paulo: Instituto Geológico, 2009. Disponível em: <<http://www.igeologico.sp.gov.br/downloads/livros/DesastresNaturais.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

MARÔCO, J. **Análise estatística: com utilização do SPSS**. 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2007.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 4, n. 1. p. 100-109, Jan./Jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157/156>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MCCLELLAND, D. C. Testing for competence rather than for “intelligence”. **American Psychologist**, Washington DC, v. 28, n.1, p. 1-14, Jan. 1973.

MEEHL, P. E. Why summaries of research on psychological theories are often uninterpretable. **Psychological Reports**, v. 66, p. 195–244. 1990. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/239065348_Why_summaries_of_research_on_psychological_theories_are_often_uninterpretable>. Acesso em 11 jul. 2018.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. O ensino de administração na graduação: percepção de enfermeiros egressos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 670-679, Out-Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/08.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2017.

MELLO, C. M.; WITT, R. R.; DORNELES, E. L.; MARIN, S. M. A enfermagem no atendimento em desastres e em eventos com múltiplas vítimas. **VITTALLE**, Rio Grande, v. 25, n. 1, p. 37-44. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/viewFile/6018/3705>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

NEIWORTH, L. L.; ALLAN, S.; D’AMBROSIO, L.; COPLEN-ABRAHAMSON, M. Charting a course to competency: an approach to mapping public health core competencies to existing trainings. **Health Promotion Practice**, v. 15, s. 1, p. 33S–38S, Mar. 2014. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524839913509274>>. Acesso em: 31 mar 2017.

NYSTRÖM, M. E.; HÖÖG, E; GARVARE, R.; BÄCK, M. A.; TERRIS, D. D.; HANSSON, J. Exploring the potential of a multi-level approach to improve capability for continuous organizational improvement and learning in a Swedish healthcare region. **BMC Health Services Research**, v. 376, n. 18, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968489/>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

O’CONNOR, B. P. SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. **Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers**, v. 32, p. 396-402. 2000.

O’ROURKE, N.; HATCHER, L. **A step-by-step approach to using SAS® for factor analysis and structural equation modeling**. 2. ed. Cary-NC:SAS Institute Inc., 2013. *E-book*. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id...assetKey=AS...>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Competencias esenciales em salud pública: um marco regional para las Américas**. Washington DC: OPS, 2013. Disponível em: < http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/competencias_sp.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2016.

PALLANT, J. **SPSS survival manual: a step by step to data analysis using SPSS**. *E-book*. 6. ed. New York: Open University Press, 2016.

PALMER, M.; HOFFMANN-LONGTIN, K.; WALVOORD, E.; BOGDEWIC, S. P; DANKOSKI, M. E. A competency-based approach to recruiting, developing, and giving feedback to department chairs. **Academic Medicine**, New Mexico, v. 90, n. 4, p. 425-430, Apr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607939>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria da Segurança Pública e Administração Penitenciária. Comando do Corpo de Bombeiros Paraná. **Vazamento de amônia**. 2016a. Disponível em: < <http://www.bombeiros.pr.gov.br/modules/noticias/article.php%3Fstoryid%3D6256+&cd=15&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil. **Ocorrências de desastres no Paraná diminuíram 37,6% em 2016**. 2016b. Disponível em: < <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=93141&tit=Ocorrencias-de-desastres-no-Parana-diminuiram-376-em-2016>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Casa Militar – Defesa Civil. Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil - CEPDEC. **Sistema Informatizado de Defesa Civil – SISDC - Relatórios de Ocorrências: São José dos Pinhais - de julho 2013 até junho 2018**. 2018. Disponível em: < http://www4.pr.gov.br/sdc/publico/relatorios/Ocorrências_geral.jsp>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PEARSON, K. On lines and planes of closest fit to systems of points in space. **Philosophical Magazine**, n. 2, p. 559-572. 1901. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14786440109462720>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

PERES, A. M. **Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição e do mercado de trabalho**. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PERES, A. M.; EZEAGU, T. N. M.; SADE, P. M. C; SOUZA, P. B.; GÓMEZ-TORRES, D. Mapeamento de competências: gaps identificados na formação gerencial do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200329&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jul. 2017.

PIRES, A. K.; PRATA, C. F.; SANTOS, D. M.; BRANDÃO, H. P.; MORAES, H.; CARVALHO, I. M.; MONTEIRO, J. C.; DIAS, J. C.; FILHO, J. V. E.; OLIVEIRA, M. M. S.; MARQUES, M. I. C.; AMARAL, P. A.; ARAUJO, P. B. C.; HASHIMOTO, R.; MACHADO, S. S.; DANTAS, V. C. **Gestão por competências em organizações de governo**: mesa-redonda de pesquisa ação. Brasília: ENAP, 2005. Disponível em: www.enap.gov.br/documents/52930/585077/livro_gestao_competencias.pdf/cd493b19-485e-42b1-bc0e-27578a89faea >. Acesso em: 01 fev. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, Boston, p.79-91, May/June. 1990. Disponível em: <<http://web.b-ebshost.com.ez22.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b66cd391-f85f-4f48-b8a6-8f4181e723c2%40sessionmgr120>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

PUBLIC HEALTH FOUNDATION. **About the Core Competencies for Public Health Professionals**. Washington-DC, 2017. Disponível em: <http://www.phf.org/programs/corecompetencies/Pages/About_the_Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals.aspx>. Acesso em: 21 mar. 2017.

QUINN, R. E.; FAERMAN, S. R.; THOMPSON, M. P.; MCGRATH, M. R.; SAINT-CLAIR, L. S. **Competência gerenciais**: a abordagem de valores concorrentes na gestão. Tradução de: ALMEIDA, R. S. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RAJU, K. K.; BANERJEE, S. A Study on Job Description and its Effect on Employee Performance: Case of Some Selected Manufacturing Organizations in the City of Pune, India **International Journal of Latest Technology in Engineering, Management & Applied Science – IJLTEMAS**, v. 6, n. 2, Feb. 2017. Disponível em: <<http://www.ijltemas.in/DigitalLibrary/Vol.6Issue2/01-10.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. **Gestão por competências nas instituições de saúde**: uma aplicação prática. São Paulo: Martinari, 2008.

SADE, P. M. C. **Avaliação de um programa de educação permanente em enfermagem no contexto hospitalar**: análises estratégica, lógica e dos efeitos. 127f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p. 221-224, mar./abr., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200018&script=sci_arttext. Acesso em: 22 fev. 2017.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Câmara Municipal. **Lei orgânica de São José dos Pinhais-PR**. 1990. Disponível em: <<http://www.cmsjp.pr.gov.br/legislacao/lei-organica/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. Lei nº 525, de 25 de março de 2004. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Municipais. **Jornal São José dos Pinhais Metrópole**, São José dos Pinhais, n. 618. 02 abr. 2004. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/servicos/concursos/696.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. Decreto Municipal nº 2549, de 14 de dezembro de 2016. Institui a Escola de Saúde Pública Municipal.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2017a. Disponível em <<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-saude/relatorio-quadrimestral/plano-municipal-de-saude-2018-2021-sjp-05-12-2017/>>. Acesso em 6 dez. 2017.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. **Desafios e prioridades estratégicas para 2030**. 2017b.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. **São José dos Pinhais realiza 1º Laboratório Regional de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/sao-jose-dos-pinhais-realiza-1o-laboratorio-regional-de-saude/>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual do Meio Ambiente. Instituto Geológico. **Defesa Civil desenvolve ações de atendimento emergencial às famílias necessitadas**. 2016. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/defesa-civil-desenvolve-acoes-de-atendimento-emergencial-as-familias-necessitadas/>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing Sample Size When Using Exploratory Factor Analysis for Measurement. **Journal of Nursing Measurement**, v. 10, n. 2, p. 135-154. 2002. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/springer/nmeas/2002/00000010/00000002/art00006#expand/collapse>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SCHUMACKER, R. E.; LOMAX, R. G. **A beginner's guide to structural equation modeling**. 3. ed. New York: Routledge: 2010. *E-book*. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/.../A+Beginner%27s+Guide+to+Structural+Equation+Mode>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, F. M.; MELLO, S. P. T. A implantação da gestão por competências: práticas e resistências no setor público. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo – ReAT**, Pelotas, v. 2, n. 1, Jan./Jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/AT/article/download/1959/2339>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SILVA, M. C. N.; HUMEREZ, D. C.; PINHEIRO, V. E.; GARCIA, C. L. L. M. Enfermeiros formados na modalidade a distância: preocupação do Conselho Federal de Enfermagem. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 162-170, dez. 2016. Disponível em: <file:///E:/Nova%20pasta/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen%20REVISTA.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SOUZA, M. Q. Mapeamento de competências em organizações públicas. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 10., 2014, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: CNEG, 2016. Disponível em: < http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0285_1.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2017.

STREINER, D. L. Starting at the Beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, n. 1, p. 99-103. 2003. Disponível em: < <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZkcjtQAurJAJ:https://pdfs.semanticscholar.org/9816/722b7355561a07200e5ceb8174c052b90515.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-ab>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

SUBEDI, B. P. Using Likert Type Data in Social Science Research: Confusion, Issues and Challenges. **International Journal of Contemporary Applied Sciences**, v. 3, n. 2, p. 36-49. Feb. 2016. < <http://www.ijcar.net/assets/pdf/Vol3-No2-February2016/02.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2018.

TABACHNICK, B., FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 6. ed. New Jersey: Pearson, 2013.

UEBERSAX, J. S. **Likert scales: dispelling the confusion**. Statistical Methods for Rater Agreement. 2006. Disponível em: <http://john-uebersax.com/stat/likert.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

UNITED KINGDOM (UK). Public Health England. **Public Health Skills and knowledge Framework 2016**. Crown Copyright. PHE Publications: November, 2016. Disponível em: < https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/584408/public_health_skills_and_knowledge_framework.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoal. **Plano de Ações de Capacitação - PAC 2015/2016**. Belém: Programa de Educação Continuada dos Técnico-Administrativos da UFPA, 2015a. Disponível em: < <http://www.progep.ufpa.br/progep/27-noticias-em-destaque/562-progep-desenvolve-modelo-pedagogico-baseado-em-trilhas-de-aprendizagem-por-competencia>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoal. Site Oficial do PROJEP - Notícias em Destaque. **PROGEP desenvolve Trilhas de Aprendizagem por Competência**. 2015b. Disponível em: < <http://www.progep.ufpa.br/progep/27-noticias-em-destaque/562-progep-desenvolve-modelo-pedagogico-baseado-em-trilhas-de-aprendizagem-por-competencia>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). Department of Education. **Competency-Based Learning or Personalized Learning**. 2018. Disponível em: <<https://www.ed.gov/oii-news/competency-based-learning-or-personalized-learning>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

VELDE, C. An alternative conception of competence: implications for vocational education. **Journal of Vocational Education and Training**, London, v. 51, n. 3, p. 437-447, dec. 1999. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13636829900200087>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

WHETTEN, D. R.; CAMERON, K. S. **Developing management skills**. 8. ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2010. Disponível em: <http://takkagri.weebly.com/uploads/3/0/3/1/30319257/8.developing_mgt_skills.pdf>. Acesso em: 16 maio 2017.

WINTERTON, J. Training, developing, and competence. In: BOXALL, P.; PURCELL, J.; WRIGHT, P. **The Oxford handbook of human resource management**. New York: Oxford University Press, 2007.

WRIGHT, K.; ROWITZ, L.; MERKLE, A.; REID, W. M.; ROBINSON, G.; HERZOG, B.; WEBER, D.; CARMICHAEL, D.; BALDERSON, T. R.; BAKER, E. Competency development in public health leadership. **American Journal of Public Health**, Washington DC, v. 90, n.8, p. 1202-1207, Aug. 2000. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446322/pdf/10936996.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

YAMAUCHI, N. I. Qualidade gerencial do enfermeiro. In: **Gestão do Serviço de Enfermagem no mundo globalizado: desafios para a qualidade do cuidado**. Rio de Janeiro, Ed. Rubio, 2009. *E-book*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303748482_QUALIDADE_GERENCIAL_DO_ENFERMEIRO>. Acesso em 15 jul. 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de: HERRERA, C. M. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WITT, R. R.; GEBBIE, K. M. Tailoring curricula to fit health professionals needs in a disaster: a proposal for Brazilian nurses. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 1. Mar. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160156229.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2018.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. Tradução de: TRYLINSKI, M. H. C. São Paulo: Atlas, 2001.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INFORMANTES-CHAVE

Nós, Aida Maris Peres, Alessandro Albini e Maria de Lourdes de Almeida, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, Diretor(a)/Gestor(a) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) de São José dos Pinhais (Paraná) para participar de um estudo intitulado “CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA”.

A sua participação é fundamental para o fortalecimento das diretrizes, objetivos e ações estratégicas da gestão municipal em saúde.

O objetivo desta pesquisa é propor o Mapeamento de Competências como ferramenta de gestão ao gestor do Sistema Único de Saúde em nível municipal.

Caso você decida pela participação desta pesquisa, será necessário que responda a um questionário autoavaliativo e semiestruturado que lhe será entregue em seu ambiente de trabalho e preenchido em local de sua preferência com tempo estimado de trinta a quarenta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

Os benefícios esperados com essa pesquisa com o mapeamento da Diretoria/Gestão da SEMS de São José dos Pinhais (Paraná) utilizando o questionário Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública para os recursos humanos em saúde na região das Américas de Conejero et. al. (2013), instrumento sugerido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), traduzido e adaptado à realidade brasileira pela Professora e Doutora Maria de Lourdes de Almeida (2016), é o de elaborar um planejamento, em conjunto com a Divisão de Ensino e Pesquisa da SEMS de São José dos Pinhais, de ações para o amparo aos Diretores/Gestores quanto ao fortalecimento das competências almeçadas pelo executivo municipal.

É possível que venhas a experimentar algum desconforto/constrangimento ao preencher o questionário, e caso isso ocorra, o processo poderá ser suspenso.

O pesquisador, Alessandro Albini, enfermeiro e mestrando, a Professora Dra. Aida Maris Peres, enfermeira e orientadora da pesquisa, a Doutora Maria de Lourdes de Almeida, enfermeira e co-orientadora, sendo responsáveis por este estudo, poderão ser contatados de 2ª a 6ª feira das 8 às 20 horas pelo e-mail: alessandro.albini@sjp.pr.gov.br, amaris@ufpr.br, m_lourdesdealmeida@yahoo.com.br, pelo telefone 99105-5677 ou no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UFPR (Setor de Ciências da Saúde), Rua Lothário Meissner, 632 – Campus Botânico – Bloco Didático II – 3º Andar, Curitiba - PR, de segunda à sexta-feira, das 8 às 17 horas, para possíveis esclarecimentos quanto a dúvidas no período de antes, durante e após o encerramento do estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____ Pesquisador Responsável:  Orientador: 

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR CEP/SD

Rua Padre Camargo, 285 - Térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240

Tel.: (41) 3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

do pelo Comitê de Ética em Pesquisa
es Humanos do Setor de Ciências da
UFPR.
CEP/SD-PB.nº 206/8137
de 17/05/2017. SGA

A sua participação neste estudo é voluntária e se desejares não mais fazer parte da pesquisa, poderás 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 pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Tão logo encerrada a pesquisa, o conteúdo será inutilizado e ou deletado.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo não receberás qualquer valor em dinheiro.

Ao serem publicados os dados e ou resultados desta pesquisa, seu nome não aparecerá, e sim um código.

A pesquisadora principal, Professora Dra. Aida Maris Peres será responsável pela propriedade das informações.

Se tiveres dúvida sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

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 qualquer prejuízo para mim.

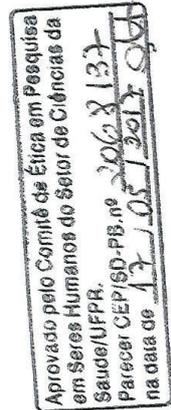
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Local e data: São José dos Pinhais, ____/____/____

[Assinatura]
Assinatura do Pesquisador
Aida Maris Peres
Assinatura da Pesquisadora Principal e Orientadora
[Assinatura]
Assinatura da Pesquisadora Co-Orientadora

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 - Térreo - Alto da Glória - Curitiba-PR - CEP:80060-240
Tel.: (41) 3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br



**APÊNDICE 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS AOS
RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS GESTORES
PARTICIPANTES (GRAU DE EXPRESSÃO DA COMPETÊNCIA NO TRABALHO)**

TABELA - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS AOS RESULTADOS DO
QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS GESTORES PARTICIPANTES (GRAU DE
EXPRESSÃO DA COMPETÊNCIA NO TRABALHO)

(continua)

Domínio / Competência	Não tenho conhecimento do assunto		Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto		Tenho conhecimento limitado do assunto para aplicação na prática		Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia colocar na prática		Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Domínio 1											
DO1CO1	0	0,00%	5	5,88%	28	32,94%	35	41,18%	6	7,06%	74
DO1CO2	0	0,00%	7	8,24%	36	42,35%	28	32,94%	3	3,53%	74
DO1CO3	0	0,00%	3	3,53%	21	24,71%	44	51,76%	6	7,06%	74
DO1CO4	1	1,18%	4	4,71%	22	25,88%	42	49,41%	5	5,88%	74
DO1CO5	1	1,18%	7	8,24%	23	27,06%	33	38,82%	10	11,76%	74
DO1CO6	3	3,53%	2	2,35%	27	31,76%	33	38,82%	9	10,59%	74
DO1CO7	1	1,18%	1	1,18%	19	22,35%	34	40,00%	19	22,35%	74
DO1CO8	0	0,00%	10	11,76%	26	30,59%	30	35,29%	8	9,41%	74
DO1CO9	1	1,18%	3	3,53%	23	27,06%	35	41,18%	12	14,12%	74
Domínio 2											
DO2CO1	4	4,71%	11	12,94%	28	32,94%	27	31,76%	4	4,71%	74
DO2CO2	5	5,88%	13	15,29%	37	43,53%	17	20,00%	2	2,35%	74
DO2CO3	3	3,53%	15	17,65%	31	36,47%	21	24,71%	4	4,71%	74
DO2CO4	3	3,53%	10	11,76%	23	27,06%	30	35,29%	8	9,41%	74
DO2CO5	4	4,71%	12	14,12%	26	30,59%	27	31,76%	5	5,88%	74
DO2CO6	4	4,71%	9	10,59%	28	32,94%	25	29,41%	8	9,41%	74
DO2CO7	2	2,35%	5	5,88%	28	32,94%	32	37,65%	7	8,24%	74
DO2CO8	3	3,53%	12	14,12%	31	36,47%	23	27,06%	5	5,88%	74
DO2CO9	3	3,53%	10	11,76%	32	37,65%	22	25,88%	7	8,24%	74
DO2CO10	8	9,41%	13	15,29%	35	41,18%	12	14,12%	6	7,06%	74
DO2CO11	12	14,12%	15	17,65%	27	31,76%	14	16,47%	6	7,06%	74
DO2CO12	9	10,59%	19	22,35%	29	34,12%	12	14,12%	5	5,88%	74
DO2CO13	9	10,59%	19	22,35%	22	25,88%	19	22,35%	5	5,88%	74
DO2CO14	12	14,12%	14	16,47%	28	32,94%	16	18,82%	4	4,71%	74

(continuação)

Domínio / Competência	Não tenho conhecimento do assunto		Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto		Tenho conhecimento limitado do assunto para aplicação na prática		Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia colocar na prática		Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Domínio 3											
DO3CO1	1	1,18%	5	5,88%	21	24,71%	33	38,82%	14	16,47%	74
DO3CO2	2	2,35%	6	7,06%	25	29,41%	27	31,76%	14	16,47%	74
DO3CO3	4	4,71%	15	17,65%	28	32,94%	21	24,71%	6	7,06%	74
DO3CO4	0	0,00%	4	4,71%	21	24,71%	37	43,53%	12	14,12%	74
DO3CO5	2	2,35%	12	14,12%	29	34,12%	24	28,24%	7	8,24%	74
DO3CO6	5	5,88%	8	9,41%	21	24,71%	28	32,94%	12	14,12%	74
DO3CO7	1	1,18%	12	14,12%	18	21,18%	33	38,82%	10	11,76%	74
DO3CO8	3	3,53%	8	9,41%	27	31,76%	28	32,94%	8	9,41%	74
DO3CO9	1	1,18%	10	11,76%	30	35,29%	25	29,41%	8	9,41%	74
DO3CO10	3	3,53%	8	9,41%	31	36,47%	25	29,41%	7	8,24%	74
Domínio 4											
DO4CO1	0	0,00%	10	11,76%	23	27,06%	32	37,65%	9	10,59%	74
DO4CO2	1	1,18%	3	3,53%	19	22,35%	37	43,53%	14	16,47%	74
DO4CO3	2	2,35%	5	5,88%	30	35,29%	23	27,06%	14	16,47%	74
DO4CO4	1	1,18%	4	4,71%	23	27,06%	30	35,29%	16	18,82%	74
DO4CO5	1	1,18%	5	5,88%	24	28,24%	37	43,53%	7	8,24%	74
DO4CO6	2	2,35%	5	5,88%	19	22,35%	36	42,35%	12	14,12%	74
DO4CO7	4	4,71%	8	9,41%	28	32,94%	28	32,94%	6	7,06%	74
Domínio 5											
DO5CO1	2	2,35%	2	2,35%	20	23,53%	34	40,00%	16	18,82%	74
DO5CO2	2	2,35%	2	2,35%	27	31,76%	31	36,47%	12	14,12%	74
DO5CO3	1	1,18%	6	7,06%	22	25,88%	29	34,12%	16	18,82%	74
DO5CO4	3	3,53%	6	7,06%	30	35,29%	24	28,24%	11	12,94%	74
DO5CO5	2	2,35%	7	8,24%	23	27,06%	32	37,65%	10	11,76%	74
DO5CO6	4	4,71%	6	7,06%	25	29,41%	32	37,65%	7	8,24%	74
DO5CO7	1	1,18%	3	3,53%	17	20,00%	34	40,00%	19	22,35%	74
DO5CO8	2	2,35%	3	3,53%	20	23,53%	33	38,82%	16	18,82%	74
Domínio 6											
DO6CO1	5	5,88%	14	16,47%	34	40,00%	14	16,47%	7	8,24%	74

(conclusão)

Domínio / Competência	Não tenho conhecimento do assunto		Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto		Tenho conhecimento limitado do assunto para aplicação na prática		Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia colocar na prática		Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
DO6CO2	7	8,24%	13	15,29%	25	29,41%	22	25,88%	7	8,24%	74
DO6CO3	10	11,76%	16	18,82%	32	37,65%	13	15,29%	3	3,53%	74
DO6CO4	7	8,24%	17	20,00%	33	38,82%	15	17,65%	2	2,35%	74
DO6CO5	9	10,59%	10	11,76%	37	43,53%	15	17,65%	3	3,53%	74
DO6CO6	10	11,76%	8	9,41%	31	36,47%	20	23,53%	5	5,88%	74
DO6CO7	2	2,35%	8	9,41%	33	38,82%	24	28,24%	7	8,24%	74
DO6CO8	9	10,59%	17	20,00%	36	42,35%	10	11,76%	2	2,35%	74

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW *Statistics*) - Release 18.0.0.

LEGENDA: Número de Participantes (N), Domínio (DO) e Competência (CO).

**APÊNDICE 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS AOS
RESULTADOS DA OPINIÃO DE GESTORES ESPECIALISTAS (GRAU DE
IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA) DE ALMEIDA (2016)**

TABELA - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS RELATIVAS AOS RESULTADOS DA OPINIÃO DE
GESTORES ESPECIALISTAS (GRAU DE IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA) DE
ALMEIDA (2016)

(continua)

Competência	Discordo Totalmente		Discordo		Não Concordo e Nem Discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Domínio 1											
DO1CO1_E	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	32	37,65%	53	62,35%	85
DO1CO2_E	0	0,00%	0	0,00%	3	3,53%	36	42,35%	46	54,12%	85
DO1CO3_E	1	1,18%	0	0,00%	1	1,18%	35	41,18%	48	56,47%	85
DO1CO4_E	0	0,00%	1	1,18%	2	2,35%	31	36,47%	51	60,00%	85
DO1CO5_E	1	1,18%	2	2,35%	1	1,18%	10	11,76%	71	83,53%	85
DO1CO6_E	0	0,00%	0	0,00%	2	2,35%	37	43,53%	46	54,12%	85
DO1CO7_E	0	0,00%	5	5,88%	5	5,88%	27	31,76%	48	56,47%	85
DO1CO8_E	0	0,00%	2	2,35%	2	2,35%	18	21,18%	63	74,12%	85
DO1CO9_E	1	1,18%	3	3,53%	2	2,35%	22	25,88%	57	67,06%	85
Domínio 2											
DO2CO1_E	0	0,00%	2	2,35%	1	1,18%	21	24,71%	61	71,76%	85
DO2CO2_E	0	0,00%	2	2,35%	1	1,18%	27	31,76%	55	64,71%	85
DO2CO3_E	0	0,00%	3	3,53%	1	1,18%	35	41,18%	46	54,12%	85
DO2CO4_E	0	0,00%	2	2,35%	2	2,35%	30	35,29%	51	60,00%	85
DO2CO5_E	0	0,00%	1	1,18%	3	3,53%	33	38,82%	48	56,47%	85
DO2CO6_E	1	1,18%	0	0,00%	0	0,00%	36	42,35%	48	56,47%	85
DO2CO7_E	0	0,00%	1	1,18%	4	4,71%	31	36,47%	49	57,65%	85
DO2CO8_E	2	2,35%	2	2,35%	2	2,35%	20	23,53%	59	69,41%	85
DO2CO9_E	0	0,00%	2	2,35%	1	1,18%	23	27,06%	59	69,41%	85
DO2CO10_E	1	1,18%	1	1,18%	3	3,53%	39	45,88%	41	48,24%	85
DO2CO11_E	2	2,35%	0	0,00%	2	2,35%	25	29,41%	56	65,88%	85
DO2CO12_E	1	1,18%	2	2,35%	1	1,18%	17	20,00%	64	75,29%	85
DO2CO13_E	0	0,00%	0	0,00%	1	1,18%	29	34,12%	55	64,71%	85
DO2CO14_E	2	2,35%	1	1,18%	2	2,35%	14	16,47%	66	77,65%	85
Domínio 3											
DO3CO1_E	0	0,00%	2	2,35%	5	5,88%	29	34,12%	49	57,65%	85
DO3CO2_E	0	0,00%	3	3,53%	2	2,35%	28	32,94%	52	61,18%	85
DO3CO3_E	1	1,18%	3	3,53%	4	4,71%	21	24,71%	56	65,88%	85
DO3CO4_E	0	0,00%	3	3,53%	2	2,35%	32	37,65%	48	56,47%	85
DO3CO5_E	0	0,00%	0	0,00%	4	4,71%	21	24,71%	60	70,59%	85
DO3CO6_E	0	0,00%	1	1,18%	9	10,59%	25	29,41%	50	58,82%	85
DO3CO7_E	1	1,18%	2	2,35%	4	4,71%	30	35,29%	48	56,47%	85
DO3CO8_E	1	1,18%	2	2,35%	5	5,88%	29	34,12%	48	56,47%	85
DO3CO9_E	0	0,00%	2	2,35%	4	4,71%	33	38,82%	46	54,12%	85
DO3CO10_E	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	20	23,53%	65	76,47%	85

(conclusão)

Competência	Discordo Totalmente		Discordo		Não Concordo e Nem Discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Domínio 4											
DO4CO1_E	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	19	22,35%	66	77,65%	85
DO4CO2_E	0	0,00%	1	1,18%	5	5,88%	16	18,82%	63	74,12%	85
DO4CO3_E	0	0,00%	1	1,18%	3	3,53%	13	15,29%	68	80,00%	85
DO4CO4_E	0	0,00%	0	0,00%	1	1,18%	17	20,00%	67	78,82%	85
DO4CO5_E	0	0,00%	1	1,18%	4	4,71%	25	29,41%	55	64,71%	85
DO4CO6_E	0	0,00%	2	2,35%	5	5,88%	18	21,18%	60	70,59%	85
DO4CO7_E	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	17	20,00%	68	80,00%	85
Domínio 5											
DO5CO1_E	1	1,18%	2	2,35%	5	5,88%	30	35,29%	47	55,29%	85
DO5CO2_E	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	23	27,06%	62	72,94%	85
DO5CO3_E	0	0,00%	0	0,00%	1	1,18%	20	23,53%	64	75,29%	85
DO5CO4_E	0	0,00%	1	1,18%	4	4,71%	26	30,59%	54	63,53%	85
DO5CO5_E	0	0,00%	0	0,00%	1	1,18%	17	20,00%	67	78,82%	85
DO5CO6_E	1	1,18%	0	0,00%	2	2,35%	14	16,47%	68	80,00%	85
DO5CO7_E	0	0,00%	2	2,35%	4	4,71%	29	34,12%	50	58,82%	85
DO5CO8_E	0	0,00%	1	1,18%	0	0,00%	20	23,53%	64	75,29%	85
Domínio 6											
DO6CO1_E	0	0,00%	0	0,00%	3	3,53%	26	30,59%	56	65,88%	85
DO6CO2_E	0	0,00%	0	0,00%	1	1,18%	26	30,59%	58	68,24%	85
DO6CO3_E	1	1,18%	2	2,35%	1	1,18%	15	17,65%	66	77,65%	85
DO6CO4_E	1	1,18%	1	1,18%	1	1,18%	20	23,53%	62	72,94%	85
DO6CO5_E	1	1,18%	0	0,00%	1	1,18%	17	20,00%	66	77,65%	85
DO6CO6_E	0	0,00%	0	0,00%	1	1,18%	24	28,24%	60	70,59%	85
DO6CO7_E	0	0,00%	1	1,18%	2	2,35%	19	22,35%	63	74,12%	85
DO6CO8_E	1	1,18%	5	5,88%	2	2,35%	20	23,53%	57	67,06%	85

FONTE: Adaptada de ALMEIDA (2016).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0.*

LEGENDA: Número de Participantes (N), Domínio (DO), Competência (CO) e Especialista (E).

APÊNDICE 4 – RESULTADOS DA ANÁLISE MULTIVARRIADA DE DADOS – SPSS

Neste APÊNDICE são apresentados os resultados referente à Análise de Componentes Principais (ACP), com a confirmação realizada pela Análise Paralela de Horn (1965) e teste de adequação do modelo fatorial para subsídio dos resultados do coeficiente de *alpha* de Cronbach de cada Domínio (teste de consistência interna da coleta dos dados).

Resultados da Análise de Componentes Principais e Confiabilidade dos Dados Coletados - Domínio 1

Na matriz de correlações foram observadas **moderadas** correlações nas questões do Domínio 1, a maior correlação é **.607** e a menor correlação é **.244**.

QUADRO – KMO E TESTE DE BARTLETT - DOMÍNIO 1

Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	,843
Teste de Esfericidade de Bartlett	,000

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0*

O resultado do KMO apontado no QUADRO acima demonstra que os dados são executáveis e válidos para a realização da ACP, pois **,843** é considerado como resultado **meritório** (valor mínimo sendo .5). O Teste de Esfericidade de Bartlett apresenta *p-value* (significância) < 0.001; ou seja, as variáveis estão correlacionadas significativamente para realização da Análise de Componentes Principais.

TABELA - COMPARAÇÃO DOS *EIGENVALUES* DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) E OS CRITÉRIOS DE VALOR DA ANÁLISE PARALELA - DOMÍNIO 1

Componente	<i>Eigenvalue</i> da ACP	Crítério de Valor da Análise Paralela	Decisão
1	4,380120	1,715797	Aceitar
2	1,098610	1,481053	Rejeitar
3	,872752	1,300797	Rejeitar
4	,698799	1,162553	Rejeitar
5	,521929	1,064247	Rejeitar
6	,453428	0,939616	Rejeitar
7	,396120	0,839583	Rejeitar
8	,319950	0,740266	Rejeitar
9	,258292	0,611344	Rejeitar

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: Predictive Analytics SoftWare (PASW *Statistics*) - Release 18.0.0 & SPSS *Parallel Analysis* de O'Connor (2000). / Componentes Principais & Geração de Dados Aleatórios e Normais. / Especificações desta execução - Número de casos: 74, Número de variáveis: 9, Número de replicações: 100 e Porcentagem: 95%.

A TABELA acima descreve que ao comparar o primeiro *eigenvalue* obtido com o primeiro valor correspondente dos resultados aleatórios gerados (percentil de 95%), por meio da Análise Paralela de Horn (1965), o *eigenvalue* é maior que o valor do critério da Análise Paralela, o componente é mantido e aceito; se é menor, o componente é rejeitado. Então, conforme o resultado apresentado, há somente um componente aceito para o Domínio 1.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS –
DOMÍNIO 1

Variáveis	Componente		Comunalidade
	1 – Análise da Situação de Saúde da População		
Domínio 1 - Competência 1	,667		,445
Domínio 1 - Competência 2	,649		,421
Domínio 1 - Competência 3	,702		,493
Domínio 1 - Competência 4	,653		,427
Domínio 1 - Competência 5	,706		,499
Domínio 1 - Competência 6	,699		,488
Domínio 1 - Competência 7	,774		,600
Domínio 1 - Competência 8	,669		,447
Domínio 1 - Competência 9	,749		,560
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 74 / NÚMERO DE VARIÁVEIS: 9 = 8,2			
<i>EIGENVALUE</i>	4,380		
VARIÂNCIA EXPLICADA	48,67%		
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	83%	DETERMINANTE:	,023
Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	52%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	,977
OUTLIER REMOVIDO:	Não há presença de outlier	ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	,961

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

O QUADRO acima demonstra que foi respeitado o mínimo de 50 participantes (SAPNAS; ZELLER, 2002; HAIR et al., 2010) e acima de 5 participantes por variável (8,2). (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013). Os pesos fatoriais das competências essenciais do componente único extraído são **tímidos em força** (valor de referência: >.6) e explicam **48,67%** da variância total. Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta **mediana** variância comum de cada variável com as demais competências ao apresentar valores >.4 e média de .487.

O QUADRO anterior também aponta que o Resíduo Não Redundante ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **83%**, sendo necessário também ser realizado o Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **52%**, GFI: **0,977** e AGFI: **0,961**; ou seja, há **muito bom ajustamento** ao modelo fatorial único. Quanto ao valor Determinante, o resultado é de não colinearidade (**0,023** – valor acima de 0,00001). Não houve caso de outlier.

Demonstra-se então que conforme os vários resultados apontados no QUADRO anterior, com a ressalva da baixa correlação de algumas variáveis e porcentagem total de variância explicada menor < 50%, o componente retido é apropriado para descrever a Análise da Situação de Saúde da População e a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais do Domínio 1 de forma unidimensional.

Em suma quanto a ACP do Domínio 1, não foram eliminadas variáveis, pois não se busca maiores ou melhores valores de explicação total ou validação de construto do instrumento de coleta de dados (questionário), mas a extração de componentes para a correta realização do cálculo de consistência interna dos dados coletados.

Resultado da Análise de Componentes Principais e Confiabilidade dos Dados Coletados - Domínio 2

Neste Domínio os resultados da Análise dos Componentes Principais com respeito à Análise Paralela não demonstraram adequação ao serem realizados testes de adequação, qualidade ou ajuste por meio de componente único. Ambos os resultados da ACP estão apresentados. Ressalta-se que o resultado de correlações, KMO, Teste de Esfericidade de Bartlett e Determinante não são modificados por uma análise com mais de um componente.

Na matriz de correlações (coeficientes de correlação) foram observadas **fortes** correlações das questões do Domínio 2, a maior correlação é **.852** e a menor correlação é **.441**.

QUADRO - KMO E TESTE DE BARTLETT - DOMÍNIO 2

Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	,911
Teste de Esfericidade de Bartlett	,000

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0

O resultado do KMO apontado no QUADRO acima demonstra que os dados são executáveis e válidos para a realização da ACP, pois **,911** é considerado como resultado **maravilhoso** (valor mínimo é .5). O Teste de Esfericidade de Bartlett apresenta *p-value* (significância) < 0.001; ou seja, as variáveis estão correlacionadas significativamente para realização da Análise de Componentes Principais.

TABELA - COMPARAÇÃO DOS EIGENVALUES DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) E OS CRITÉRIOS DE VALOR DA ANÁLISE PARALELA - DOMÍNIO 2

Componente	<i>Eigenvalue</i> da ACP	Crítério de Valor da Análise Paralela	Decisão
1	9,435706	1,976065	Aceitar
2	1,378849	1,730001	Rejeitar
3	,637122	1,545279	Rejeitar
4	,534214	1,400212	Rejeitar
5	,362565	1,273638	Rejeitar
6	,346573	1,172752	Rejeitar
7	,308149	1,078363	Rejeitar
8	,224179	0,971895	Rejeitar
9	,181392	0,875394	Rejeitar
10	,172900	0,810429	Rejeitar
11	,144295	0,725969	Rejeitar
12	,117790	,654149	Rejeitar
13	,100445	0,560386	Rejeitar
14	,055823	0,477645	Rejeitar

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: Predictive Analytics SoftWare (PASW *Statistics*) - Release 18.0.0 & SPSS *Parallel Analysis* de O'Connor (2000). / Componentes Principais & Geração de Dados Aleatórios e Normais. / Especificações desta execução - Número de casos: 74, Número de variáveis: 14, Número de replicações: 100 e Porcentagem: 95%.

A TABELA acima descreve que ao comparar o primeiro *eigenvalue* obtido com o primeiro valor correspondente dos resultados aleatórios gerados (percentil de 95%), por meio da Análise Paralela, o *eigenvalue* é maior que o valor do critério da Análise Paralela, o componente é mantido e aceito; se é menor, o componente é rejeitado. Então, conforme o resultado apresentado, há somente um componente aceito para o Domínio 2.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS –
DOMÍNIO 2 - COMPONENTE ÚNICO

Variáveis	Componente		Comunalidade
	1 - Vigilância e Controle de Riscos e Danos		
Domínio 2 - Competência 1		,799	,639
Domínio 2 - Competência 2		,781	,609
Domínio 2 - Competência 3		,804	,646
Domínio 2 - Competência 4		,832	,692
Domínio 2 - Competência 5		,826	,682
Domínio 2 - Competência 6		,875	,765
Domínio 2 - Competência 7		,816	,665
Domínio 2 - Competência 8		,764	,584
Domínio 2 - Competência 9		,847	,717
Domínio 2 - Competência 10		,815	,665
Domínio 2 - Competência 11		,798	,637
Domínio 2 - Competência 12		,803	,645
Domínio 2 - Competência 13		,883	,780
Domínio 2 - Competência 14		,842	,708
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 74 - NÚMERO DE VARIÁVEIS: 14 = 5,3			
<i>EIGENVALUE</i>	9,436		
VARIÂNCIA EXPLICADA	67,4%		
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	63%	DETERMINANTE:	,000000115
Método Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	64%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	,607
OUTLIER REMOVIDO:	Não há presença de outlier	ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	,464

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

O QUADRO acima demonstra que foi respeitado o mínimo de 50 participantes (SAPNAS; ZELLER, 2002; HAIR et al., 2010) e acima de 5 participantes por variável (5,3). (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013). Os pesos fatoriais das competências essenciais do componente único extraído são **fortes** (valor de referência: >.6) e explicam **67,4%** da variância total. Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta **adequada** a variância comum de cada variável com as demais competências ao apresentar valores >.5 e média de **.674**.

No entanto, no QUADRO anterior nota-se que o Resíduo Não Redundante ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **63%**, sendo necessário também ser realizado o Método de

Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **64%**, GFI: **0,607** e AGFI: **0,464**; ou seja, **o ajustamento NÃO é razoável** ao modelo fatorial único. Nova extração com dois componentes é sugerida, pois a **unidimensionalidade não assegura descrever a estrutura correlacional latente** entre as competências essenciais em relação à Vigilância e Controle de Riscos e Danos

No QUADRO abaixo pode-se avaliar os resultados de nova extração de componentes realizada para dois componentes do Domínio 2.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS SEGUIDA DE ROTAÇÃO *VARIMAX* - EXTRAÇÃO DE DOIS COMPONENTES - DOMÍNIO 2

Variáveis	Componentes		Comunalidade
	1 – Vigilância a Riscos e Danos à Saúde	2 – Planejamento para o Enfrentamento e Prevenção de Desastres	
Domínio 2 - Competência 1	,746		,681
Domínio 2 - Competência 2	,697		,633
Domínio 2 - Competência 3	,739		,683
Domínio 2 - Competência 4	,783		,743
Domínio 2 - Competência 5	,881		,831
Domínio 2 - Competência 6	,864		,856
Domínio 2 - Competência 7	,816		,754
Domínio 2 - Competência 8	,650	,414	,594
Domínio 2 - Competência 9	,763	,408	,749
Domínio 2 - Competência 10		,835	,830
Domínio 2 - Competência 11		,904	,898
Domínio 2 - Competência 12		,864	,852
Domínio 2 - Competência 13	,480	,803	,875
Domínio 2 - Competência 14	,416	,814	,836
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 74 - NÚMERO DE VARIÁVEIS: 14 = 5,3			
<i>EIGENVALUE</i>	9,436	1,379	Total da Variância Explicada: 77,25%
VARIÂNCIA EXPLICADA	67,4%	9,8%	
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	26%	DETERMINANTE:	,000000115
Método: Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	13%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	1,00
OUTLIER: Não há presença de <i>outlier</i>		ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	1,00
VARIÁVEIS COMPLEXAS (cross loads):	DO2CO8, DO2CO9, DO2CO13 e DO2CO14		

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais. / Método de Rotação: *VARIMAX* com Critério de Kaiser (Rotação convergiu em 3 iterações).

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação

(GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

Na segunda extração de componentes, o Componente 1 do Domínio 2 apresenta pesos fatoriais mais elevados para as seguintes competências essenciais: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e explicam **67,4%** da variância total referente à Vigilância a Riscos e Danos à Saúde. O Componente 2, apresenta pesos fatoriais mais elevados para as seguintes competências essenciais: 10, 11, 12, 13, 14 e explicam **9,8%** da variância total referente ao Planejamento para o Enfrentamento e Prevenção de Desastres. Variância Total Explicada dos dois componentes: **77,25%** (quase 10% à maior que a extração de componente único).

Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta forte variância explicada das competências, pois apresentam valores $> .5$, sendo que a média é de **,772** (média maior que a extração de componente único). O QUADRO anterior também apresenta o valor Determinante com resultado de multicolinearidade (**0,000000115** – valor abaixo de 0,00001) e que algumas competências saturam em mais de um componente, refletindo o fato de que o desempenho destas competências pode ser explicado em mais de um componente em simultâneo (**variáveis complexas**: DO2CO8, DO2CO9, DO2CO13 e DO2CO14), optando-se pelo componente onde é apresentada a maior carga.

Na segunda extração, o Resíduo Não Redundante não ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **26%**, alcançando valores ainda menores no Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **13%**. O GFI também resultou no valor **1,00** e AGFI: **1,00** (máximo possível); ou seja **muito bom ajustamento fatorial**. Não houve caso de *outlier*.

O QUADRO anterior então demonstra que, conforme os vários resultados apontados, os componentes retidos da segunda extração demonstram ser apropriados para descrever a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais do Domínio 2 (Componente 1 - Vigilância a Riscos e Danos à Saúde e Componente 2 - Planejamento para o Enfrentamento e Prevenção de Desastres).

Em suma quanto a ACP do Domínio 2, não foram eliminadas variáveis, pois não se busca maiores ou melhores valores de explicação total, diminuição de multicolinearidade ou validação de construto do instrumento de coleta de dados (questionário), mas a extração de componentes para a correta realização do cálculo de consistência interna dos dados coletados.

Resultado da Análise de Componentes Principais e Confiabilidade dos Dados Coletados - Domínio 3

Na matriz de correlações (coeficientes de correlação) foram observadas **altas** correlações das questões do Domínio 3, a maior correlação é **.810** e a menor correlação é **.419**.

QUADRO – KMO E TESTE DE BARTLETT - DOMÍNIO 3

Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	,918
Teste de Esfericidade de Bartlett	,000

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0

O resultado do KMO apontado no QUADRO acima demonstra que os dados são executáveis e válidos para a realização da ACP, pois **,918** é considerado como resultado **maravilhoso** (valor mínimo sendo .5). O Teste de Esfericidade de Bartlett apresenta *p-value* (significância) < 0.001; ou seja, as variáveis estão correlacionadas significativamente para realização da Análise de Componentes Principais.

TABELA - COMPARAÇÃO DOS EIGENVALUES DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) E OS CRITÉRIOS DE VALOR DA ANÁLISE PARALELA - DOMÍNIO 3

Componente	<i>Eigenvalue</i> da ACP	Crítério de Valor da Análise Paralela	Decisão
1	6,743242	1,850724	Aceitar
2	,776911	1,528674	Rejeitar
3	,577394	1,35829	Rejeitar
4	,505709	1,214417	Rejeitar
5	,360505	1,111911	Rejeitar
6	,305211	0,981988	Rejeitar
7	,275944	0,894625	Rejeitar
8	,178636	0,810274	Rejeitar
9	,144926	0,690673	Rejeitar
10	,131523	0,581779	Rejeitar

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0 & SPSS *Parallel Analysis* de O'Connor (2000). / Componentes Principais & Geração de Dados Aleatórios e Normais. / Especificações desta execução - Número de casos: 74, Número de variáveis: 10, Número de replicações: 100 e Porcentagem: 95%.

A TABELA anterior descreve que ao comparar o primeiro *eigenvalue* obtido com o primeiro valor correspondente dos resultados aleatórios gerados (percentil de 95%), por meio da Análise Paralela, o *eigenvalue* é maior que o valor do critério da Análise Paralela, o componente é mantido e aceito; se é menor, o componente é rejeitado. Então, conforme o resultado apresentado, há somente um componente aceito para o Domínio 3.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS –
DOMÍNIO 3

Variáveis	Componente		Comunalidade
	1 – Promoção da Saúde e Controle Social		
Domínio 3 - Competência 1	,787		,619
Domínio 3 - Competência 2	,832		,693
Domínio 3 - Competência 3	,719		,516
Domínio 3 - Competência 4	,778		,606
Domínio 3 - Competência 5	,765		,586
Domínio 3 - Competência 6	,881		,777
Domínio 3 - Competência 7	,898		,807
Domínio 3 - Competência 8	,869		,756
Domínio 3 - Competência 9	,881		,777
Domínio 3 - Competência 10	,779		,606
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 74 - NÚMERO DE VARIÁVEIS: 10 = 7,4			
EIGENVALUE	6,743		
VARIÂNCIA EXPLICADA	67,43%		
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	51%	DETERMINANTE:	,000
Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	31%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	,997
OUTLIER REMOVIDO:	Não há presença de outlier	ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	,983

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

O QUADRO acima demonstra que foi respeitado o mínimo de 50 participantes (SAPNAS; ZELLER, 2002; HAIR et al., 2010) e acima de 5 participantes por variável (7,4). (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013). Os pesos fatoriais das competências essenciais do componente único extraído são **fortes** (valor de referência: >.6) e explicam **67,43%** da variância total. Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta

considerável variância comum de cada variável com as demais competências ao apresentar valores $>.6$ e média de **.674**.

O QUADRO anterior também aponta que o Resíduo Não Redundante ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **51%**, sendo necessário também ser realizado o Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **31%**, GFI: **0,997** e AGFI: **0,983**; ou seja, há **muito bom ajustamento** ao modelo fatorial único sugerido. Quanto ao valor Determinante, o resultado é de não colinearidade (**0,000**). Não houve caso de *Outlier*. É demonstrado então que conforme os vários resultados apontados, o componente retido (unidimensional) é apropriado para descrever a Promoção da Saúde e Controle Social e a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais do Domínio 3.

Em resumo quanto a ACP do Domínio 3, não foram eliminadas variáveis, pois não se busca maiores ou melhores valores de explicação total ou validação de construto do instrumento de coleta de dados (questionário), mas a extração de componentes para a correta realização do cálculo de consistência interna dos dados coletados.

Resultado da Análise de Componentes Principais e Confiabilidade dos Dados Coletados - Domínio 4

Na matriz de correlações (coeficientes de correlação) foram observadas **boas** correlações das questões do Domínio 4, a maior correlação é **.689** e a menor correlação é **.427**.

QUADRO – KMO E TESTE DE BARTLETT - DOMÍNIO 4

Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	,882
Teste de Esfericidade de Bartlett	,000

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0

O resultado do KMO apontado no QUADRO acima demonstra que os dados são executáveis e válidos para a realização da ACP, pois **,882** é considerado como resultado **meritório** (valor mínimo é **.5**). O Teste de Esfericidade de Bartlett apresenta *p-value* (significância) < 0.001 ; ou seja, as variáveis estão correlacionadas significativamente para realização da Análise de Componentes Principais.

TABELA - COMPARAÇÃO DOS EIGENVALUES DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) E OS CRITÉRIOS DE VALOR DA ANÁLISE PARALELA - DOMÍNIO 4

Componente	<i>Eigenvalue</i> da ACP	Crítério de Valor da Análise Paralela	Decisão
1	4,274923	1,627446	Aceitar
2	,689720	1,364976	Rejeitar
3	,608630	1,197834	Rejeitar
4	,478271	1,063833	Rejeitar
5	,398034	0,948514	Rejeitar
6	,312703	0,803981	Rejeitar
7	,237719	0,687988	Rejeitar

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: Predictive Analytics SoftWare (PASW *Statistics*) - Release 18.0.0 & SPSS *Parallel Analysis* de O'Connor (2000). / Componentes Principais & Geração de Dados Aleatórios e Normais. / Especificações desta execução - Número de casos: 73, Número de variáveis: 7, Número de replicações: 100 e Porcentagem: 95%.

A TABELA acima descreve que ao comparar o primeiro *eigenvalue* obtido com o primeiro valor correspondente dos resultados aleatórios gerados (percentil de 95%), por meio da Análise Paralela, o *eigenvalue* é maior que o valor do critério da Análise Paralela, o componente é mantido e aceito; se é menor, o componente é rejeitado. Então, conforme o resultado apresentado, há somente um componente aceito para o Domínio 4.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS –
DOMÍNIO 4

Variáveis	Componente		Comunalidade
	1 - Políticas, Planificação, Regulação e Controle		
Domínio 4 - Competência 1	,827		,683
Domínio 4 - Competência 2	,789		,623
Domínio 4 - Competência 3	,728		,530
Domínio 4 - Competência 4	,726		,527
Domínio 4 - Competência 5	,787		,620
Domínio 4 - Competência 6	,828		,686
Domínio 4 - Competência 7	,778		,606
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 73 - NÚMERO DE VARIÁVEIS: 7 = 10,4			
<i>EIGENVALUE</i>	4,275		
VARIÂNCIA EXPLICADA	61,07%		
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	61%	DETERMINANTE:	,025
Método Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	42%	ACP - <i>Goodness-of-Fit Index (GFI)</i>:	,991
OUTLIER REMOVIDO:	GESTOR 13	ACP - <i>Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)</i>:	,983

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

O QUADRO acima demonstra que foi respeitado o mínimo de 50 participantes (SAPNAS; ZELLER, 2002; HAIR et al., 2010) e acima de 5 participantes por variável (10,4). (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013). Os pesos fatoriais das competências essenciais do componente único extraído são **moderados em força** (valor de referência: >.6) e explicam **61,07%** da variância total. Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta **adequada** a variância comum de cada variável com as demais competências ao apresentar valores >.5 e média de .611.

O QUADRO anterior também aponta que o Resíduo Não Redundante ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **61%**, sendo necessário também ser realizado o Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **42%**, GFI: **0,991** e AGFI: **0,983**; ou seja, há **muito bom ajustamento** ao modelo fatorial único. Quanto ao valor Determinante, o resultado é de não colinearidade (**0,025** – valor acima de 0,00001).

Houve um caso de *Outlier* removido (GESTOR 13), para garantir a qualidade da análise de componentes.

É demonstrado então que conforme os vários resultados apontados, o componente retido (unidimensional) é apropriado para descrever as Políticas, Planificação, Regulação e Controle e a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais do Domínio 4.

Em suma quanto a ACP do Domínio 4, não foram eliminadas variáveis, pois não se busca maiores ou melhores valores de explicação total ou validação de construto do instrumento de coleta de dados (questionário), mas a extração de componentes para a correta realização do cálculo de consistência interna dos dados coletados.

Resultado da Análise de Componentes Principais e Confiabilidade dos Dados Coletados - Domínio 5

Neste Domínio os resultados da Análise dos Componentes Principais com respeito à Análise Paralela não demonstraram adequação ao serem realizados testes de adequação, qualidade ou ajuste por meio de componente único. Ambos os resultados da ACP estão apresentados. Ressalta-se que o resultado de correlações, KMO, Teste de Esfericidade de Bartlett e Determinante não são modificados por uma análise com mais de um componente.

Na matriz de correlações (coeficientes de correlação) foram observadas **boas** correlações das questões do Domínio 5, a maior correlação é **.795** e a menor correlação é **.475**.

QUADRO – KMO E TESTE DE BARTLETT - DOMÍNIO 5

Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	,860
Teste de Esfericidade de Bartlett	,000

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0*

O resultado do KMO apontado no QUADRO acima demonstra que os dados são executáveis e válidos para a realização da ACP, pois **,865** é considerado como resultado **meritório** (valor mínimo sendo **.5**). O Teste de Esfericidade de Bartlett apresenta *p-value* (significância) < 0.001 ; ou seja, as variáveis estão correlacionadas significativamente para realização da Análise de Componentes Principais.

TABELA - COMPARAÇÃO DOS EIGENVALUES DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) E OS CRITÉRIOS DE VALOR DA ANÁLISE PARALELA - DOMÍNIO 5

Componente	Eigenvalue da ACP	Critério de Valor da Análise Paralela	Decisão
1	5,377667	1,696340	Aceitar
2	,871509	1,427927	Rejeitar
3	,505549	1,256055	Rejeitar
4	,386064	1,122424	Rejeitar
5	,332409	1,011025	Rejeitar
6	,241269	0,902919	Rejeitar
7	,162902	0,795253	Rejeitar
8	,122630	0,660124	Rejeitar

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics) - Release 18.0.0 & SPSS Parallel Analysis de O'Connor (2000). / Componentes Principais & Geração de Dados Aleatórios e Normais. / Especificações desta execução - Número de casos: 72, Número de variáveis: 8, Número de replicações: 100 e Porcentagem: 95%.

A TABELA acima descreve que ao comparar o primeiro *eigenvalue* obtido com o primeiro valor correspondente dos resultados aleatórios gerados (percentil de 95%), por meio da Análise Paralela, o *eigenvalue* é maior que o valor do critério da Análise Paralela, o componente é mantido e aceito; se é menor, o componente é rejeitado. Então, conforme o resultado apresentado, há somente um componente aceito para o Domínio 5.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS - DOMÍNIO 5 – COMPONENTE ÚNICO

Variáveis	Componente		Comunalidade
	1 - Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos de Saúde		
Domínio 5 - Competência 1		,860	,739
Domínio 5 - Competência 2		,830	,689
Domínio 5 - Competência 3		,734	,539
Domínio 5 - Competência 4		,802	,644
Domínio 5 - Competência 5		,840	,705
Domínio 5 - Competência 6		,809	,655
Domínio 5 - Competência 7		,828	,686
Domínio 5 - Competência 8		,849	,721
NÚMERO TOTAL DE CASOS:72 - NÚMERO DE VARIÁVEIS: 8 = 9			
<i>EIGENVALUE</i>		5,378	
VARIÂNCIA EXPLICADA		67,22%	
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	60%	DETERMINANTE:	,001
Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	53%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	,918
OUTLIERS REMOVIDOS:	GESTOR 6 e GESTOR 13	ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	,853

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare (PASW Statistics)* - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

O QUADRO acima demonstra que foi respeitado o mínimo de 50 participantes (SAPNAS; ZELLER, 2002; HAIR et al.,2010) e acima de 5 participantes por variável (9). (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013). Os pesos fatoriais das competências essenciais do componente único extraído são **fortes** (valor de referência: >.6) e explicam **67,22%** da variância total. Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta **adequada** a variância comum de cada variável com as demais competências ao apresentar valores >.5 e média de **.672**.

No entanto, no QUADRO anterior também nota-se que o Resíduo Não Redundante ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **60%**, sendo necessário também ser realizado o Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **53%**, GFI: **0,918** e AGFI: **0,853**; ou seja, **o ajustamento não é razoável** ao modelo fatorial único. Nova extração com dois componentes é sugerida, pois a **unidimensionalidade não**

assegura descrever a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais em relação à Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos de Saúde.

No QUADRO abaixo pode-se avaliar os resultados de nova extração de componentes realizada para dois componentes do Domínio 5.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS SEGUIDA DE ROTAÇÃO *VARIMAX* - EXTRAÇÃO DE DOIS COMPONENTES - DOMÍNIO 5

Variáveis	Componentes		Comunalidade
	1 – Equidade e Universalidade do Acesso à Saúde	2 – Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos de Saúde	
Domínio 5 - Competência 1	,887		,859
Domínio 5 - Competência 2	,734	,411	,708
Domínio 5 - Competência 3		,840	,777
Domínio 5 - Competência 4		,878	,877
Domínio 5 - Competência 5	,744	,414	,725
Domínio 5 - Competência 6	,445	,739	,744
Domínio 5 - Competência 7	,841		,782
Domínio 5 - Competência 8	,810		,777
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 74 - NÚMERO DE VARIÁVEIS: 14 = 5,3			
<i>EIGENVALUE</i>	3,619	2,630	Total da Variância Explicada: 78,11%
VARIÂNCIA EXPLICADA	45,23%	32,88%	
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	32%	DETERMINANTE:	,001
Método: Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	17%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	,997
OUTLIERS REMOVIDOS:	GESTOR 6 e GESTOR 13	ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	,992
VARIÁVEIS COMPLEXAS (cross loads):		DO5CO2, DO5CO5 e DO5CO6	

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0. / Método de Extração: Análise de Componentes Principais. / Método de Rotação: *VARIMAX* com Critério de Kaiser (Rotação convergiu em 3 iterações).

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

Na segunda extração de componentes, o Componente 1 do Domínio 5 apresenta pesos fatoriais mais elevados para as seguintes competências essenciais: 1, 2, 5, 7, 8 e explicam **45,23%** da variância total referente à Equidade e Universalidade do Acesso à Saúde. O Componente 2, apresenta pesos fatoriais mais elevados para as seguintes competências essenciais: 3, 4, 6 e explicam **32,88%** da variância total referente à Qualidade nos Serviços

Individuais e Coletivos de Saúde. Variância Total Explicada: **78,11%** (mais de 10% à maior que a extração de componente único).

Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta forte variância explicada das competências, pois apresentam valores $> .7$, sendo que a média é de **,781** (média maior que a extração de componente único). O QUADRO anterior também apresenta o valor Determinante, o resultado é de não multicolinearidade (**0,001** – valor acima de 0,00001), mas, mesmo assim, algumas competências saturam em mais de um componente, refletindo o fato de que o desempenho destas competências pode ser explicado em mais de um componente em simultâneo (**variáveis complexas**: DO5CO2, DO5CO5 e DO5CO6), optando-se pelo componente onde é apresentada a maior carga.

Também na segunda extração, o Resíduo Não Redundante não ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **32%**, alcançando valores ainda menores no Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **17%**. O GFI também resultou no valor **,997** e AGFI: **,992**; ou seja **muito bom ajustamento fatorial**. Houve casos de *Outliers* removidos (GESTOR 6 e GESTOR 13) para garantir a qualidade da análise de componentes.

O QUADRO anterior então demonstra que, conforme os vários resultados apontados, os componentes retidos da segunda extração demonstram ser apropriados para descrever a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais do Domínio 5 (Componente 1 - Equidade e Universalidade do Acesso à Saúde e Componente 2 - Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos de Saúde).

Em suma quanto a ACP do Domínio 5, não foram eliminadas variáveis, pois não se busca maiores ou melhores valores de explicação total ou validação de construto do instrumento de coleta de dados (questionário), mas a extração de componentes para a correta realização do cálculo de consistência interna dos dados coletados.

Resultado da Análise de Componentes Principais e Confiabilidade dos Dados Coletados - Domínio 6

Na matriz de correlações (coeficientes de correlação) foram observadas **fortes** correlações das questões do Domínio 6, a maior correlação é **.830** e a menor correlação é **.517**.

QUADRO – KMO E TESTE DE BARTLETT - DOMÍNIO 6

Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	,928
Teste de Esfericidade de Bartlett	,000

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0

O resultado do KMO apontado no QUADRO acima demonstra que os dados são executáveis e válidos para a realização da ACP, pois **,928** é considerado como resultado **maravilhoso** (valor mínimo sendo .5). O Teste de Esfericidade de Bartlett apresenta *p-value* (significância) < 0.001 ; ou seja, as variáveis estão correlacionadas significativamente para realização da Análise de Componentes Principais.

TABELA - COMPARAÇÃO DOS EIGENVALUES DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) E OS CRITÉRIOS DE VALOR DA ANÁLISE PARALELA - DOMÍNIO 6

Componente	<i>Eigenvalue</i> da ACP	Crítério de Valor da Análise Paralela	Decisão
1	5,984105	1,690182	Aceitar
2	,555772	1,427256	Rejeitar
3	,412490	1,242407	Rejeitar
4	,275313	1,114386	Rejeitar
5	,258211	0,99018	Rejeitar
6	,199573	0,886865	Rejeitar
7	,167462	0,777235	Rejeitar
8	,147074	0,64519	Rejeitar

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0 & *SPSS Parallel Analysis* de O'Connor (2000). / Componentes Principais & Geração de Dados Aleatórios e Normais. / Especificações desta execução - Número de casos: 74, Número de variáveis: 8, Número de replicações: 100 e Porcentagem: 95%.

A TABELA acima descreve que ao comparar o primeiro *eigenvalue* obtido com o primeiro valor correspondente dos resultados aleatórios gerados (percentil de 95%), por meio da Análise Paralela, o *eigenvalue* é maior que o valor do critério da Análise Paralela, o componente é mantido e aceito; se é menor, o componente é rejeitado. Então, conforme o resultado apresentado, há somente um componente aceito para o Domínio 6.

QUADRO - RESULTADO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS –
DOMÍNIO 6

Variáveis	Componente		Comunalidade
	1 - Saúde Internacional e Global		
Domínio 6 - Competência 1	,852		,726
Domínio 6 - Competência 2	,863		,745
Domínio 6 - Competência 3	,880		,774
Domínio 6 - Competência 4	,891		,794
Domínio 6 - Competência 5	,889		,790
Domínio 6 - Competência 6	,900		,809
Domínio 6 - Competência 7	,856		,732
Domínio 6 - Competência 8	,784		,614
NÚMERO TOTAL DE CASOS: 74 / NÚMERO DE VARIÁVEIS: 8 = 9,25			
<i>EIGENVALUE</i>	5,984		
VARIÂNCIA EXPLICADA	74,80%		
ACP - RESÍDUOS Não Redundantes:	28%	DETERMINANTE:	,000
Máxima Verossimilhança - RESÍDUOS Não Redundantes:	21%	ACP - Goodness-of-Fit Index (GFI):	,978
OUTLIER REMOVIDO:	Não há presença de outlier	ACP - Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI):	,961

FONTE: O autor (2018).

NOTA: Software estatístico utilizado para análise dos dados: *Predictive Analytics SoftWare* (PASW Statistics) - Release 18.0.0./ Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

LEGENDA: Análise de Componentes Principais (ACP), *Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Teste de Adequação Ajustado (AGFI).

O QUADRO acima demonstra que foi respeitado o mínimo de 50 participantes (SAPNAS; ZELLER, 2002; HAIR et al., 2010) e acima de 5 participantes por variável (9,25). (HAIR et al., 2010; TABACHNICK; FIDELL, 2013). Os pesos fatoriais das competências essenciais do componente único extraído são **fortes** (valor de referência: >.6) e explicam **74,80%** da variância total. Adicionalmente, a coluna de comunalidades, apresenta **forte** variância comum de cada variável com as demais competências ao apresentar valores >.6 e média de .748.

O QUADRO anterior também aponta que o Resíduo Não Redundante ultrapassou o limite (50%) com o resultado de **28%**; no entanto também foi realizado o Método de Máxima Verossimilhança para Resíduo Não Redundante, com o resultado de **21%**, GFI: **0,978** e AGFI: **0,961**; ou seja, há **muito bom ajustamento** ao modelo fatorial único. Quanto ao valor Determinante, o resultado é de não multicolinearidade (**0,000**). Não houve caso de *Outlier*.

É demonstrado então que conforme os vários resultados apontados, o componente retido (unidimensional) é apropriado para descrever a Saúde Internacional e Global e a estrutura correlacional latente entre as competências essenciais do Domínio 6.

Em suma quanto a ACP do Domínio 6, não foram eliminadas variáveis, pois não se busca maiores ou melhores valores de explicação total ou validação de construto do instrumento de coleta de dados (questionário), mas a extração de componentes para a correta realização do cálculo de consistência interna dos dados coletados.

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFPR

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67007517.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.088.137

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas as pendências do projeto de pesquisa intitulado CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA, sob a coordenação da professora Aida Maris Peres, encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Estabelecer o Mapeamento de Competências como ferramenta de gestão ao gestor do Sistema Único de Saúde em nível municipal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos: A pesquisa não trará risco efetivo ou potencial presumido aos participantes e serão preservados o anonimato e o sigilo das informações prestadas. Em todo o processo da pesquisa a confidencialidade será mantida. Havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa, se assim desejar.

Benefícios: Este projeto oportuniza, aos gestores da saúde pública participantes, o

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.068.137

desenvolvimento de competências essenciais através da gestão por competências; ou seja, a oferta de uma ferramenta de gestão que proporciona o fortalecimento da atuação da equipe de gestores através do levantamento das lacunas em meio aos conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para uma efetiva e eficiente saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências quanto aos itens a) Rever forma de recrutamento b) Esclarecer o local onde serão realizadas as entrevistas, de forma a garantir o sigilo das informações e comodidade dos participantes de pesquisa, foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.068.137

Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_893225.pdf	09/05/2017 13:18:06		Aceito
Outros	Carta_de_Esclarecimento_PENDENCIA_S_CORRIGIDA_Albin.pdf	09/05/2017 13:17:31	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_TCLE_CORRIGIDO_Albin.doc	04/05/2017 22:54:31	Aida Maris Peres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CORRIGIDO_Detalhado_CEP_Albin.doc	04/05/2017 22:54:01	Aida Maris Peres	Aceito
Outros	Carta_de_Esclarecimento_PENDENCIA_S_Albin.pdf	04/05/2017 22:53:25	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_TCLE_Albin.doc	04/05/2017 22:52:36	Aida Maris Peres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_CEP_Albin.doc	12/04/2017 09:34:03	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Outros	Check_List_Documental_Albin.pdf	11/04/2017 21:11:14	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	11_Termo_de_Compromisso_para_Utilizacao_de_Dados_de_Arquivos_Albin.pdf	11/04/2017 21:10:33	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Albin.pdf	11/04/2017 20:42:54	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2_Analise_do_Merito_Cientifico_Albin.pdf	10/04/2017 16:59:14	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Outros	Extrato_de_Atata_Colegiado_PPGENFMP_Albin.pdf	05/04/2017 14:41:40	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Outros	Oficio_PPGENFMP_Albin.pdf	05/04/2017 14:40:59	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	12_Declaracao_de_Responsabilidade_no_Projeto_Albin.pdf	31/03/2017 14:04:54	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	9_Termo_de_Compromisso_para_Inicio_de_Pesquisa_Albin.pdf	31/03/2017 14:03:59	ALESSANDRO ALBINI	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.068.137

Declaração de Pesquisadores	8_Declaracao_de_Uso_Especifico_de_Dados_Coletados_Albin.pdf	31/03/2017 14:03:44	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7_Declaracao_de_Tomar_Publico_os_Resultados_Albin.pdf	31/03/2017 14:03:35	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6_Termo_de_Confidencialidade_Albin.pdf	31/03/2017 14:02:22	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_Concordancia_da_instituicao_co_participante_Albin.pdf	31/03/2017 14:01:52	ALESSANDRO ALBINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1_Oficio_do_Pesquisador_ao_CEP_Albin.pdf	31/03/2017 13:09:47	ALESSANDRO ALBINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 17 de Maio de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

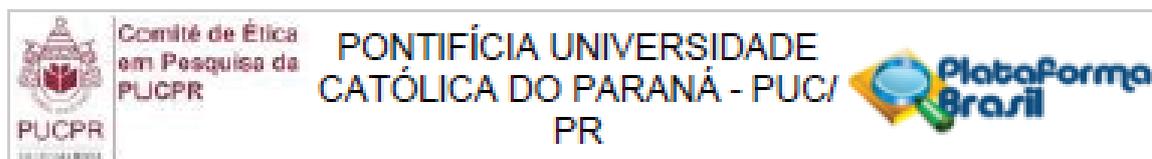
Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA PUC-PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67007517.5.3001.0100

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.080.532

Apresentação do Projeto:

Propor o mapeamento de competências como ferramenta de gestão ao Sistema Único de Saúde em nível municipal.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualiquantitativa do tipo exploratório descritivo. Será utilizado o referencial metodológico de Brandão (2012) para realizar o mapeamento de competências.

A primeira etapa será desenvolvida através de análise documental para identificação das competências necessárias

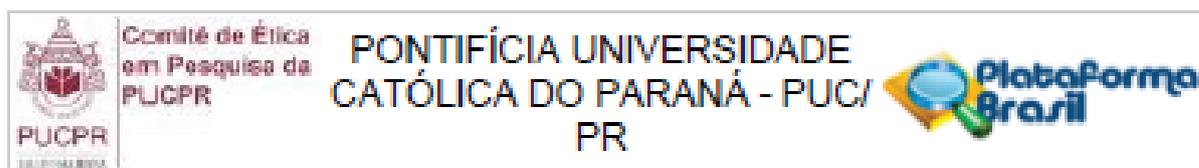
à consecução dos objetivos organizacionais.

A segunda etapa consistirá na utilização de um instrumento, um questionário de autoavaliação semiestruturado, originalmente segregado por domínios aos quais serão atribuídas as competências elencadas no levantamento da pesquisa documental.

A terceira etapa, por sua vez, será desenvolvida na identificação da lacuna (gap) dentre as competências necessárias indicadas pela instituição.

A quarta etapa refere-se a intervenção através da elaboração de um plano educacional para o desenvolvimento e qualificação das competências identificadas como lacuna em meio às

Endereço: Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-001
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.060.532

competências essenciais para a Instituição.

A elaboração do plano educacional para os Diretores/Gestores quanto ao desenvolvimento e qualificação de competências essenciais ao executivo municipal será realizada em conjunto com a Escola de Saúde Pública Municipal.

Critério de Inclusão:

Gestores nomeados pelo Chefe do Executivo para início do mandato no exercício de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estabelecer o Mapeamento de Competências como ferramenta de gestão ao gestor do Sistema Único de Saúde em nível municipal.

Objetivo Secundário:

- Realizar levantamento das competências essenciais do gestor municipal de saúde, conforme a expectativa do executivo municipal.
- Identificar as competências desenvolvidas pelos gestores de saúde em seu processo de trabalho.
- Caracterizar a possível lacuna existente entre as competências desenvolvidas e aquelas apontadas como essenciais.
- Propor um Plano de Ação para o desenvolvimento e qualificação das lacunas dentre as competências essenciais esperadas pela organização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

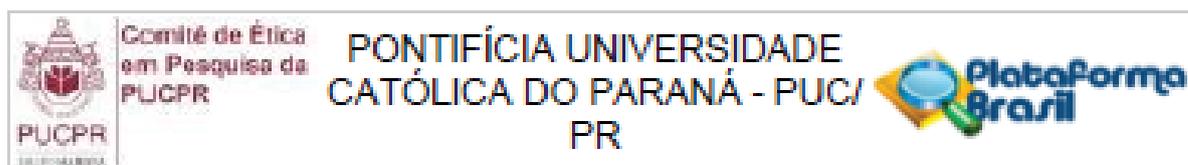
A pesquisa não trará risco efetivo ou potencial presumido aos participantes e serão preservados o anonimato e o sigilo das informações prestadas.

Em todo o processo da pesquisa a confidencialidade será mantida.

Havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa, se assim desejar.

Entende-se que o risco aos participantes seja o possível constrangimento ao responder o questionário bem como durante o desenvolvimento do plano de ação.

Endereço: Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-001
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.000.532

Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários relevantes

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos considerados necessários à formalização do projeto foram anexados à Plataforma Brasil, a saber:

- descritivo do projeto
- folha de rosto assinada pelo Coord. do PPGENFMP
- TCLE
- TCUD
- termo de autorização da Instituição
- Instrumentos de avaliação (Anexo 2 do Projeto Detalhado)

Recomendações:

Sem recomendações relevantes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O modelo de TCLE omite informações relativas a reembolso e indenização aos participantes.

Considerando-se que este é um direito assegurado ao participante, independente de sua explicitação no TCLE, considera-se que este fato não constitui pendência neste projeto.

Visto que o instrumento de avaliação foi localizado como um apêndice do projeto detalhado, considera-se que sua inexistência como um documento específico na Plataforma Brasil não constitui pendência ao projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_893225.pdf	09/05/2017 13:18:06		Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-001
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2108 Fax: (41)3271-2108 E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 2.080.532

Outros	Carta de Esclarecimento_PENDENCIA S CORRIGIDA_Albinl.pdf	09/05/2017 13:17:31	Aida Maris Peres	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 893225.pdf	04/05/2017 22:55:20		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_TCLE_CORRIGIDO_Albinl.doc	04/05/2017 22:54:31	Aida Maris Peres	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CORRIGIDO_Detalhado_CEP_Albinl.doc	04/05/2017 22:54:01	Aida Maris Peres	Acelto
Outros	Carta de Esclarecimento_PENDENCIA S_Albinl.pdf	04/05/2017 22:53:25	Aida Maris Peres	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_TCLE_Albinl.doc	04/05/2017 22:52:36	Aida Maris Peres	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 893225.pdf	12/04/2017 09:34:37		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_CEP_Albinl.doc	12/04/2017 09:34:03	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 893225.pdf	11/04/2017 21:12:48		Acelto
Outros	Check_List_Documental_Albinl.pdf	11/04/2017 21:11:14	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Pesquisadores	11_Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Arquivos_Albinl.pdf	11/04/2017 21:10:33	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_TCLE_Albinl.doc	11/04/2017 20:44:08	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Albinl.pdf	11/04/2017 20:42:54	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 893225.pdf	10/04/2017 17:01:07		Acelto
Declaração de Pesquisadores	2_Analise do Merito Cientifico_Albinl.pdf	10/04/2017 16:59:14	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Outros	Extrato de Ata Colegiado_PPGENFMP_Albinl.pdf	05/04/2017 14:41:40	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Outros	Oficio_PPGENFMP_Albinl.pdf	05/04/2017 14:40:59	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Pesquisadores	12 Declaracao de Responsabilidade_n o Projeto_Albinl.pdf	31/03/2017 14:04:54	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Pesquisadores	9 Termo de Compromisso para Inicio de Pesquisa_Albinl.pdf	31/03/2017 14:03:59	ALESSANDRO ALBINI	Acelto

Endereço: Rua Imaculada Conceição - 1155 - 9º andar

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-001

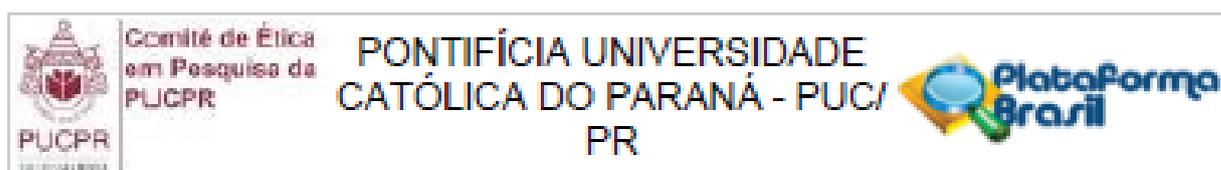
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.090.532

Declaração de Pesquisadores	8_Declaracao_de_Uso_Especifico_de_Dados_Coletados_Albinl.pdf	31/03/2017 14:03:44	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Pesquisadores	7_Declaracao_de_Tomar_Publico_os_Resultados_Albinl.pdf	31/03/2017 14:03:35	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Pesquisadores	6_Termo_de_Confidencialidade_Albinl.pdf	31/03/2017 14:02:22	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_Concordancia_da_Instituicao_co_participante_Albinl.pdf	31/03/2017 14:01:52	ALESSANDRO ALBINI	Acelto
Declaração de Pesquisadores	1_Oficio_do_Pesquisador_ao_CEP_Albinl.pdf	31/03/2017 13:09:47	ALESSANDRO ALBINI	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Maio de 2017

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-001
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA

Este questionário visa identificar competências relevantes para o desempenho de atividades de gestão na Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) e foi elaborado com base no Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública para os recursos humanos em saúde na região das Américas. O documento sugerido pela *Organización Panamericana de La Salud* foi traduzido e adaptado à realidade brasileira e resultou em um instrumento que pode ser utilizado para o mapeamento de competências. Com a tabulação e resultado do questionário será desenvolvido, em conjunto com a Escola de Saúde Pública Municipal, um plano de ação e desenvolvimento de competências gerenciais.

A sua participação é fundamental para o fortalecimento das diretrizes, objetivos e ações estratégicas da gestão municipal em saúde.

O objetivo desta pesquisa é propor o Mapeamento de Competências como ferramenta de gestão ao gestor do Sistema Único de Saúde em nível municipal.

É possível que venhas a experimentar algum desconforto/constrangimento ao preencher o questionário, e caso isso ocorra, o processo poderá ser suspenso.

A seguir, responda com a alternativa que expresse como você percebe as competências que desenvolve na sua atuação profissional, considerando a escala abaixo, assinale com um “X” nos parênteses à esquerda dos itens para indicar o quanto você concorda com cada competência. Ao final de cada questão há um espaço para comentário escrito.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática

4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto

- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática

5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática

4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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 prioritizados.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto

- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto

- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
() 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
() 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
() 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
() 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
() 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
() 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
() 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
() 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
() 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
() 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
() 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
() 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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 do direito fundamental à saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática

5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

1. Não tenho conhecimento do assunto
 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros
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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta 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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros

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

Esta página deverá ser destacada do questionário e dobrada, evitando qualquer tipo de identificação pessoal ao questionário respondido.

Por favor, informe seus dados pessoais a seguir completando as lacunas com as informações solicitadas ou assinalando com um “X” a resposta que representa sua situação atual:

Sexo: Feminino Masculino **Idade:** _____

Escolaridade:

- Ensino Médio Completo Graduação em Andamento Graduação Completa
 Especialização em andamento Especialização Completa Mestrado em andamento
 Mestrado completo Doutorado em andamento Doutorado completo
 Pós-Doutorado em andamento Pós-Doutorado completo **Outro:** _____

Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva? SIM NÃO

Área e ano de conclusão dos estudos: _____

Cargo que ocupa:

- Diretoria Chefia de Divisão Chefia de Setor Coordenadoria

Departamento que atua: _____

Tempo de experiência em gestão (total em anos - somados nesta instituição e outras):

- De 1 a 6 meses De 6 meses a 1 ano De 1 a 2 anos
 De 2 a 3 anos De 3 a 4 anos De 4 a 5 anos

Outro: _____

Tempo de trabalho como gestor na atual instituição, mesmo que em diferentes departamentos ou setores:

- De 1 a 6 meses De 6 meses a 1 ano De 1 a 2 anos
 De 2 a 3 anos De 3 a 4 anos De 4 a 5 anos

Outro: _____

Número aproximado de trabalhadores subordinados a sua gestão: _____

Já havia participado de processo de mapeamento de competência? SIM NÃO

Entende que o mapeamento de competências pode contribuir para a gestão do SUS? SIM NÃO

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

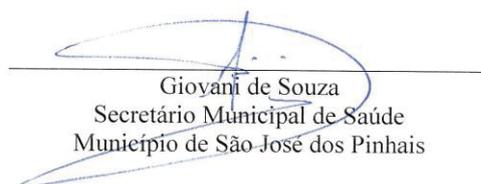
Rua Mendes Leitão, 3049
São José dos Pinhais – Paraná
CEP: 81.005-150
FONE (41) 3381-6371

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado e identificado, autorizo a pesquisa realizada na Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, com o Título **CONTRIBUIÇÕES DO MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA**, pela pesquisadora principal responsável Professora Dra. Aida Maris Peres e pesquisador servidor responsável Alessandro Albini da Universidade Federal do Paraná (UFPR), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-PR em 24/05/2017 (Parecer nº 2.080.532 / CAAE: 67007517.6.3001.0100), representando a Instituição Coparticipante (Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais), a divulgar o local da realização da pesquisa; ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais-PR.

A presente autorização abrange tanto em mídia impressa (livros, catálogos, revista, jornal, entre outros) como também em mídia eletrônica (internet, *vídeos*, documentários, televisão, entre outros), podendo ser utilizados em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o acima descrito.


Giovani de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Município de São José dos Pinhais

São José dos Pinhais, 10 de agosto de 2018.