

Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE
Centro de Educação Letras e Saúde- CELS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira

MICHELE DOS SANTOS HORTELAN

**Mapeamento de competências de gestores da atenção em saúde pública em municípios
de região de fronteira**

Foz do Iguaçu

2019

MICHELE DOS SANTOS HORTELAN

Mapeamento de competências de gestores da atenção em saúde pública em municípios de região de fronteira

Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira.

Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Linha de Pesquisa do orientador: Políticas de saúde em região de fronteira

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

Foz do Iguaçu

2019

HORTELAN, M. S. Mapeamento de competências de gestores da atenção em municípios de região de fronteira. 99 f. Dissertação Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador (a): Maria de Lourdes de Almeida. Foz do Iguaçu, 2019. Michele dos Santos Hortelan.

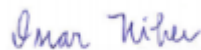
Aprovado em: 06/02/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Aida Maris Peres

Universidade Federal do Paraná



Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

Universidade Estadual do Oeste do Paraná



Prof. Dra. Maria de Lourdes de Almeida (Orientador)

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, que sempre me deram suporte para chegar até o fim desta caminhada, a minha família em especial aos meus pais Edleusa Lopes dos Santos Hortelan e João Ronaldo Hortelan por todo incentivo e ensinamentos de todos esses anos de vida.

Ao meu esposo Pedro Eduardo Pereira por sempre me apoiar nas decisões acadêmicas, me incentivar a escrever mais e mais, pelo incentivo financeiro durante o programa de mestrado, sem isso não teria sido possível chegar até aqui.

Aos meus amados amigos Jennifer Angel, Eduardo Neves da Cruz, Noemi Dantas, Taigra Morgana, Jéssica Thais, Janielle Chrislaine Moro, Pedro Henrique Bruniski, Sinval Hortelan Junior, Mariana Fachine e Valdenísia Cavalheiro por todo apoio e compreensão nestes dois anos, além dos incentivos para continuar em busca da realização dos meus sonhos.

Aos meus avós Brandina Aranha Hortelan, Arthur Hortelan, Maria Luiza da Conceição “*In Memoriam*”, que não podem estar presentes neste grande momento da minha vida.

E a minha querida orientadora Maria de Lourdes de Almeida, por todos os momentos de orientação e apoio.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira e a todos os docentes do curso.

À Professora Dra. Maria de Lourdes de Almeida, orientadora, pela contribuição profissional e acadêmica, pelo incentivo e dedicação em aprimorar meus conhecimentos na pesquisa e pela amizade que construímos neste período.

À Professora Dra. Aida Maris Peres e ao Professor Dr. Oscar Kenji Nihei por aceitarem participar da banca de qualificação e defesa deste trabalho.

Ao Professor Dr. Marcos Arcoverde pela ajuda e incentivo na análise quantitativa desta pesquisa.

Aos Professores Dra. Sheila Cristina Brischiliari, Dr. Luciano de Andrade e Dr. Oscar Kenji Nihei por todo incentivo na área da pesquisa desde a graduação.

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

RESUMO

Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) também fazem parte da saúde pública e atuam de forma direta e indireta na atenção à saúde. Podemos assim conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com desavenças, sugerir métodos, protocolos e indicadores de referência para analisar as ações das equipes de saúde. O Brasil é um território atípico, pois faz fronteira com quase todos os países da América do Sul, contudo os países que fazem fronteira com o Brasil não possuem um sistema de saúde gratuito como é o caso do SUS. O objetivo desta pesquisa é realizar o mapeamento das competências dos gestores de saúde pública que atuam em cidades lindeiras de uma região de fronteira. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem quantitativa para mapeamento de competências essenciais de gestores em saúde pública dos municípios lindeiros de região de fronteira. Foi utilizado o teste não paramétrico Exato de Fisher, foram considerados um nível de significância com p-valor menor ou igual à 0,05, sendo realizadas no programa R. A pesquisa contou com a participação de 12 municípios lindeiros, onde 62 gestores de saúde pública responderam o questionário em sua totalidade, a análise documental do trabalho utilizou a lei 8080/90 e a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 como bases para identificar as competências necessárias para o gestor, com relação a caracterização dos participantes houve predomínio do sexo feminino (87,09%) que possuíam especialização (51,61%) e são enfermeiras (58,06%). As análises das bivariáveis mostraram uma proporção maior de homens que se dizem mais competentes mesmo sendo a minoria, já com relação ao nível de escolaridade verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade mais competências apresenta, sendo assim, os que possuem especialização, mestrado e doutorado. Já o mapeamento de competências, identificou duas lacunas de conhecimento no domínio 2 “Vigilância e controle de danos” e 6 “Saúde global e internacional”. Conclui-se que a lacuna encontrada no mapeamento está intimamente relacionada com a região de fronteira, pois por se tratar de locais de fácil trânsito de pessoas de uma fronteira para a outra é perceptível a dificuldade de controlar os riscos e danos à doença, já em relação à saúde global, o Brasil não possui parcerias binacionais com países fronteiriços que oficializem acordos de atendimento um com o outro.

Palavras-chave: Competência Profissional, Saúde Pública, Gestor de Saúde, Saúde na Fronteira.

ABSTRACT

The managers of the Unified Health System (SUS), are also part of public health and act directly and indirectly in health care, we can thus conceptualize health management as the ability to deal with disagreements, suggest methods, protocols, reference indicators for analyze the actions of the health teams. Brazil is an atypical territory, since it borders almost all the countries of South America, however, the countries bordering Brazil do not have a free health system such as SUS. The objective of this research is to map the competencies of public health managers who work in border cities in a border region. This is an exploratory descriptive research of a quantitative approach for mapping the essential competences of managers in public health in the neighboring municipalities of the border region. Fisher's exact non-parametric test was used, a significance level with p-value less than or equal to 0.05 was considered, being performed in program R. The research counted on the participation of 12 municipalities where 62 managers of public health answered the questionnaire in its entirety, the documentary analysis of the work used the law 8080/90 and the National Policy of Basic Attention of 2017 as bases to identify the necessary competencies for the manager, regarding the characterization of the participants there was predominance of sex (87.09%) who had specialization (51.61%) and are nurses (58.06%). The analysis of bivariates showed a greater proportion of men who claim to be more competent even though the minority, with regard to the level of schooling, it was found that the higher the level of schooling, the more competencies they present, and thus those with a master's degree and PhD. Competence mapping identified two knowledge gaps in domain 2 "Surveillance and damage control" and 6 "Global and international health". It is concluded that the gap found in the mapping is closely related to the border region, since it is a place where people can easily transit from one border to another is perceptible to the difficulty of controlling risks and damages to the disease, regarding global health, Brazil does not have binational partnerships with border countries that formalize service agreements with one another.

Key words: Professional Competence, Public Health, Health Manager, Border Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas da pesquisa.....	38
Figura 2. Mapa de localização dos 15 municípios limieiros da região Oeste do Paraná.....	39
Figura 3. Fluxograma de gerenciamentos dos municípios limieiros do Oeste do Paraná	40
Figura 4. Representação gráfica da frequência da moda, utilizando à escala de likert do questionário Marco Regional das Competências Essenciais em Saúde Pública	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Competência para os Profissionais	23
Tabela 2. Domínios e número de competências do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública	36
Tabela 3. Caracterização do fluxograma de gerenciamento dos municípios limieiros por cidade no período de 2018.....	41
Tabela 4. Análise documental dos municípios do questionário Marco Regional das Competências Essenciais em Saúde Pública	45
Tabela 5. Caracterização dos gestores dos municípios limieiros que atuam na atenção em saúde pública no período de 2018	47
Tabela 6. Frequência e porcentagem da moda, utilizando à escala de likert do questionário Marco Regional de Competências em Saúde Pública, no período de 2018	48
Tabela 7. Análise bivariada entre as competências por domínio e sexo dos gestores dos municípios limieiros, no período de 2018	50
Tabela 8. Análise bivariada entre as competências por domínio e a escolaridade dos gestores dos municípios limieiros, no período de 2018.....	51
Tabela 9. Análise bivariada entre as competências por domínios e pos especialização/mestrado/doutorado, dos gestores dos municípios limieiros, no período de 2018.....	52
Tabela 10. Análise bivariada entre as competências por domínios e possuir ou não especialização em qualquer área, no período de 2018.....	53
Tabela 11. Análise bivariada entre as competências por domínio com os gestores enfermeiros que atuam nos municípios limieiros, no período de 2018	55
Tabela 12. Mapeamento de competência dos 12 municípios limieiros do Oeste do Paraná, utilizando do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública, no período de 2018, domínios 1, 2 e 3.....	58
Tabela 13. Mapeamento de competência dos 12 municípios limieiros do Oeste do Paraná, utilizando do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública, no período de 2018, domínios 4, 5, e 6.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição das competências dos gestores em saúde pública em nível da esfera federal, estadual e municipal, descritos na Lei 8080/90.....	26
Quadro 2. Domínios do instrumento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública e suas definições	33

LISTA DE SIGLAS

ABC- Agência Brasileira de Cooperação

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselhos das Secretárias Municipais de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

GM – Gabinete do Ministério

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MRCESP - Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Plano de Atenção Básica

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

SESA – Secretária Estadual de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVO GERAL.....	17
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	18
4.1. A SITUAÇÃO DA SAÚDE NA FRONTEIRA	18
4.2. COMPETÊNCIAS	21
4.3. COMPETÊNCIAS DE GESTORES PARA ATENÇÃO À SAÚDE	24
4.4. MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS	28
4.5 MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A SAÚDE PÚBLICA (MRCESP)	33
4.6 MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS DE GESTORES DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA	37
5. METODOLOGIA	38
5.1. TIPO DE ESTUDO	38
5.2. LOCAL DE ESTUDO.....	38
5.3. INSTRUMENTO UTILIZADO	40
5.4. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
5.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES.....	42
5.6. COLETA DE DADOS	42
5.7. ANÁLISE DE DADOS	43
5.8. ASPECTOS ÉTICOS	44
6.RESULTADOS.....	45
6.1. ANÁLISE DOCUMENTAL	45
6.2. ANÁLISE QUANTITATIVA.....	46
7. DISCUSSÃO.....	60
8. CONCLUSÕES.....	67
10. REFERÊNCIAS	69
ANEXO 1. QUESTIONÁRIO MARCO REGIONAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA.....	76
ANEXO 2. 56 COMPETÊNCIAS DO QUESTIONÁRIO MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA	94

1. INTRODUÇÃO

A palavra competência vem sofrendo alterações no decorrer do tempo. A mesma está relacionada com a capacidade de cumprir tarefas e é composta pelo conjunto de conhecimento, habilidades e atitudes. Três pilares essenciais para responder os desafios do mundo globalizado, contudo a competência se volta para indivíduos que tenham estas três características e que sejam capazes de desenvolver seu trabalho de forma efetiva (CORREA, 2015).

Na saúde pública não basta apenas ter profissionais de saúde alocados em unidades básicas de saúde, eles devem ter competências para ter êxito em seu trabalho (TILSON, 2004). A definição de competência nessa área não difere muito do conceito geral, pois requer dos profissionais da saúde habilidades e atitudes necessárias para solucionar problemas da comunidade de maneira eficiente, efetiva e alcançar sucesso no desempenho do sistema de saúde (OPAS, 2013).

Sendo assim, os chamados gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) também fazem parte da saúde pública e atuam de forma direta e indireta na atenção à saúde. Podemos assim conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com desavenças, sugerir métodos, protocolos e indicadores de referência para analisar as ações das equipes de saúde (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Portanto, os gestores necessitam de uma organização exemplar principalmente na questão financeira, levando em consideração que o repasse realizado pelo Plano de Atenção Básica (PAB) consiste em um valor *per capita* nacional estipulado em R\$10 habitantes/ ano, repasse da União aos municípios para manter a atenção básica (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018). Isso explica porque os municípios apresentam déficits financeiros no setor saúde, contudo existem cidades onde o problema é ainda maior, o que impossibilita uma boa assistência à saúde. São os casos dos municípios fronteiriços que aumentam seus gastos com a populações flutuantes que não são contabilizadas pelo governo federal, já que este realiza o repasse financeiro a partir da população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contudo esta população utiliza o sistema de saúde brasileiro (SILVA; UGOSKI; DRAVANZ, 2017).

O Brasil é um território atípico, pois faz fronteira com todos os países da América do Sul exceto Equador e Chile, portando o país tem dez fronteiras internacionais, totalizando 16.885,7 quilômetros de extensão, onze estados, 588 municípios o que significa que 27% do

território brasileiro está localizada em região de fronteira. Toda esta extensão territorial está dividida em três arcos: Norte, Central e Sul, pesquisas destes arcos mostram diferenças entre eles, o Norte há predominância de floresta Amazônica, já o Central possui uma grande área agrícola e o Sul investe plantação de grãos e agropecuária (BRASIL, 2017).

Contudo, os países que fazem fronteira com o Brasil não possuem um sistema de saúde gratuito como é o caso do SUS. O que causa a vinda de brasileiros e estrangeiros que moram nos países vizinhos para fazer uso de forma gratuita do sistema, causando uma sobrecarga que afeta principalmente a qualidade do atendimento prestado, aumento das contas públicas ocasionando déficits e abandono de tratamentos são problemas comuns que gestores destas regiões precisam lidar diariamente (GADELHA; COSTA, 2007; GIOVANELLA et al., 2007).

Na década de 1970 e 1980 na região sul do país houve a construção da Hidrelétrica de Itaipu que acarretou no alagamento de municípios que se situavam as margens do Rio Paraná, estas cidades são conhecidas como municípios lindeiros ao Lago de Itaipu e são compostos por 15 municípios: Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Missal, Medianeira, Santa Helena, Diamante D'Oeste, São José das Palmeiras, Entre Rios D'Oeste, Pato Bragado, Marechal Candido Rondon, Mercedes, Terra Roxa e Guaíra (FLORES et al, 2017). Estes municípios fazem fronteira direta com o Paraguai ou estão localizados na linha de fronteira (XAVIER; ENDLICH, 2013).

Consequentemente, vê-se a necessidade de realizar o mapeamento de competências de gestores de saúde pública em região de fronteira. A presente pesquisa tem a intenção de analisar as competências de profissionais que ocupam cargos de gestão pública em algum nível nos municípios lindeiros do Arco-Sul do Brasil que se localizam na região Oeste do Paraná.

Contudo, o mapeamento de competências proposto neste estudo é conhecido como diagnóstico das competências. Tem como propósito identificar o *gap* ou lacuna das competências essenciais, ou seja, verificar as divergências entre as competências necessárias para concretizar as estratégias corporativas e as competências internas existentes na organização propriamente dita (BRANDÃO, 2012).

O instrumento que será utilizado para a realização do mapeamento de competência foi construído a partir daquelas descritas no documento *Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública* (MRCESP), que verifica os conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais relacionados aos serviços de saúde pública necessárias para que o trabalho ocorra de forma adequada nesses locais (OPAS, 2013).

Considerando o quão específico e complexo se torna a prestação de serviços em saúde pública em municípios fronteiriços, surge então a questão da pesquisa: Quais as competências essenciais dos gestores de saúde pública que atuam na atenção à saúde pública em municípios lindeiros que fazem fronteira com o Paraguai?

2.JUSTIFICATIVA

Percebe-se a existência de escassez de estudos voltados para o mapeamento de competência de gestores em saúde pública em região de fronteira, pois apesar deste ser uma questão central para a realização de um gerenciamento adequado, o assunto tem sido esquecido pelas organizações e pelos profissionais que atuam na gestão de pessoas, e muito incipiente na área da saúde. Estudos nacionais de Brandão (2012) detalham a técnica de mapeamento em diferentes instituições empresariais, dando assim suporte para que seja replicado em outros setores.

Segundo Fragelli (2012) houve uma mudança no perfil da saúde pública mundial, com a diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas e com o aumento do número de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e os profissionais de saúde não estão preparados para tais mudanças. Sendo assim, verifica-se que há muito mais a ser discutido sobre competências em todas as áreas profissionais que atendem a saúde pública, pois estes devem estar preparados para as mudanças epidemiológicas ocorridas no sistema.

Este estudo será realizado nos municípios lindeiros do Oeste do Paraná, estes municípios possuem características em comum, como o atendimento a grande escala a uma população flutuante de estrangeiros, déficits nas contas públicas relacionadas à pacientes fronteiriços, falta de profissionais para atendimento devido ao aumento da demanda, são problemas comuns para todos os municípios que pertencem à faixa de fronteira do Brasil (SILVA; UGOSKI; DRAVANZ, 2017; GIOVANELLA et al., 2007).

Além das características citadas à cima, durante as décadas de 1970 a 1980, ocorreu a construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu a maior das Américas em produção de energia, o que causou diversos impactos ambientais, implicações sociais e econômicas que afetou principalmente os municípios lindeiros margeados à beira do Rio Paraná que sofreram com perda de território após a inundação, contudo, após construção da hidrelétrica esses municípios passaram por uma reorganização da sua base produtiva, devido à modernização da técnica de produção agrícola, da expansão agropecuária local e do esgotamento da fronteira do agronegócio (PIFFER, 1999).

A partir de 1985 com o início do funcionamento da usina, os municípios afetados passaram a receber uma compensação financeira chamada de *royalties*, como forma de restituição das perdas territoriais das áreas alagadas pelo rio (XAVIER; ENDLICH, 2013). Os *royalties* são repassados de acordo com a extensão da área submersa pelo lago e a quantidade de energia gerada, é um recurso a mais que estes municípios recebem que podem ser destinados a qualquer área municipal que apresentam déficits (ITAIPU, 2017).

A maioria dos municípios lindeiros faz fronteira com o Paraguai e recebem uma demanda de pacientes maior que a do seu município todo mês, estes pacientes atravessam o rio em barcas em caso de fronteiras fluviais e passam a ponte no caso da fronteira térrea em busca de atendimento tanto de saúde quanto de programas sociais existentes no Brasil, porém eles não podem adquiri-los, pois se tratando de estrangeiros não possuem documentação brasileira necessária para se enquadrar nestes programas (SILVA, 2014).

Também existem os chamados “brasiguaios” que são brasileiros que vivem no Paraguai e também não conseguem acesso à saúde, pois esbarram nos fatores burocráticos do sistema que seria a documentação adequada para realizar o atendimento desta população, sendo necessário que comprovem residência no Brasil, algo que não torna o atendimento impossível, já que buscam meios ilegais para tais feitos (SILVA; UGOSKI; DRAVANZ, 2017).

O principal problema do gestor em saúde pública em região de fronteira, é que não há políticas públicas específicas para estas regiões, o programa SIS-Fronteira, que tinha enfoque de atuar na saúde desta região foi finalizado, porém não houve propostas de substituição ou ampliação do mesmo, deixando um problema para a saúde das cidades que fazem parte da faixa de fronteira do Brasil (BRASIL, 2016).

Portando, este trabalho pretendeu mapear as competências dos gestores que atuam na saúde pública nas regiões lindeiras de fronteira para verificar se existe lacuna da competência para a gestão da saúde nestas áreas. Vale considerar que, não se trata do trabalho de um gestor com problemas rotineiros, pois conforme evidenciado acima os problemas das regiões de fronteira vão muito além da falta de funcionários para o melhor atendimento, soma-se a dificuldade de gerir a saúde de brasileiros e população transfronteiriça.

3. OBJETIVO GERAL

Realizar o mapeamento das competências essenciais dos gestores de saúde pública que atuam em municípios limieiros na região Oeste do Paraná.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar quais as principais competências requeridas dos profissionais que ocupam cargos de gestão na atenção à saúde pública em municípios limieiros da região Oeste do Paraná, através da análise documental;
- Identificar as competências expressas pelos profissionais que ocupam cargos de gestão na atenção à saúde pública em municípios limieiros da região Oeste do Paraná em sua prática profissional;
- Apontar o *gap* ou lacuna existentes entre as competências expressas pelos gestores e aquelas identificadas como essenciais para a gestão da atenção à saúde pública em municípios limieiros da região Oeste do Paraná por meio do mapeamento de competências.

4.REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

4.1. A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA

O Brasil está localizado na porção centro-oriental na América do Sul, banhado a leste pelo oceano Atlântico, possui 24.253 km de fronteira sendo 7.367 km marítimos e 16.885 km do Oiapoque ao Chuí que fazem fronteira do Amapá com a Guiana Francesa e Rio Grande do Sul com o Uruguai respectivamente, este termo é comumente utilizado para mostrar que o país faz fronteira de uma ponta a outra, Norte- Sul (BRASIL, 2016).

Portanto, com exceção do Chile e do Equador, o Brasil faz fronteira com todos os países da América do Sul. Sendo as fronteiras ao norte com Guiana Francesa, Suriname e Venezuela; a noroeste Colômbia; oeste Peru e Bolívia; a sudeste Paraguai e Argentina e sul Uruguai (BRASIL, 2016).

A faixa ou zona de fronteira caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura, que abrange 588 municípios, dos quais 30 são cidades gêmeas e 120 estão situados dentro da linha de fronteira, e o restante pertencem a 11 estados, sendo eles: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina, esta área corresponde a 27% do território nacional, ou seja, 19% de toda a população brasileira. O Brasil busca uma atualização desta faixa de forma compatível com sua localização estratégica (BRASIL, 2016; BRASIL, 2005).

Uma dos maiores desafios do Brasil é tratar de forma adequada as regiões fronteiriças, pois são locais onde os órgãos de segurança pública tem obrigação de oprimir e reprimir a violência e a criminalidade dos três arcos do Brasil: Arco Norte composto por Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre; Arco Central: Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; Arco Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o livre acesso às fronteiras não trazem apenas prejuízos financeiros mais também aumento do contrabando e tráfico de drogas (BRASIL, 2016).

Devido ao extenso território fronteiro do Brasil com os países da América Latina, e principalmente com os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), os fenômenos de intensificação do livre comércio apresentam reflexos sobre o setor social, além de problemas já existentes nas linhas de fronteiras, ou seja, a diferença nos programas sociais entre os países vizinhos, desse modo os municípios fronteiriços brasileiros têm tido dificuldade em proporcionar atenção integral à saúde aos seus usuários conforme descrito no SUS, devido à

escassez de recursos humanos, equipamentos para realização de procedimentos de alta e média complexidade, distância entre estes municípios e os grandes centros de saúde, entre outros apresentados anteriormente (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

Uma dificuldade sofrida pelos gestores de saúde pública nestas regiões é realizar planejamento em saúde pelo número populacional, pois existe uma população flutuante que utiliza o SUS, mas não é contabilizada para o repasse de recursos financeiros (GADELHA; COSTA, 2007).

Até o ano de 1991, quando foi criado o MERCOSUL não havia no território brasileiro nenhuma política pública voltada para o território fronteiriço, pois então, com o processo de integração econômica, foi a hora de encarar o problema da superlotação dos serviços de saúde, não só pelo uso dos estrangeiros mais também de brasileiros que têm moradia em outros países, exigindo direitos específicos para os cidadãos fronteiriços (PEITER, 2007).

Sendo assim, o governo brasileiro estudou a situação e criou o SIS-Fronteira, com a portaria GM/ MS n. 1.120, de julho de 2005. O objetivo original do programa era ampliar a capacidade operacional de 121 municípios de até 10 km da linha de fronteira, por meio de compensação orçamentária, uma vez que a população flutuante não era contabilizada nos gastos públicos brasileiros (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015).

Contudo, o SIS-Fronteira foi composto basicamente por três fases: a primeira fase se daria por um diagnóstico situacional da saúde e da infraestrutura disponível, caracterização, quantificação e a identificação da clientela, deveria ser apresentado um plano operacional formulado pela gestão municipal juntamente a Universidade Federal do estado solicitante; a segunda fase realizaria a qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de serviços à saúde nos municípios fronteiriços; e finalmente a terceira fase seria de consolidação de serviços e ações dos municípios de fronteira (BRASIL, 2005).

Porém, a portaria 1.188 e 1.189 de 2006 revogaram parcialmente a portaria 1.120 de 2005, estabeleceram uma mudança nos objetivos, etapas, prazos e mecanismos de repasses de recursos financeiros para a implantação do projeto, sendo estas mudanças:

- 1) Reduziram os objetivos do programa para apenas “promover a integração e ações de serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir na organização e fortalecimento dos sistemas de saúde locais”;
- 2) Desvinculação da necessidade de o Plano Operacional previam a realização do Programa de Qualificação da Gestão, estabelecendo assim que o plano seria integrado ao Plano Municipal de Saúde;
- 3) Extinguiria da figura da Comissão Tripartite de Acompanhamento e

Avaliação, responsável pelos encaminhamentos dos processos de avaliação;

4) Extinguiram a parcela única prevista para 2005 e o repasse mensal dos municípios para a fase II, estipulando a transferência da verba no início da fase, e os da fase III iria ser repassado conforme a necessidade apontada no Plano Operacional que foi aprovado;

5) Possibilitaram a utilização dos recursos das fases II e III para a aquisição de materiais de consumo, equipamentos, unidade móvel, reformas, construção, ampliação, pagamento de serviços prestados por pessoa física, sem qualquer vínculo com a administração Pública Federal, Estadual e Municipal, conforme estabelecido em Diagnóstico Local e Plano Operacional;

6) Extinguiram a “Comissão Local de Saúde”, definindo o Plano Operacional como parte do Plano Municipal de Saúde, sendo avaliado apenas pela Comissão Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestora Bipartite estadual;

7) Ampliaram dos objetivos da fase II, acrescentando a execução das ações prioritárias estabelecidas no Plano Operacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Estas alterações foram justificadas, pois houve mudança nas coordenações do projeto em nível federal (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015). Segundo informações de manuais da saúde o programa SIS-Fronteira foi encerrado em 2014, e não foi substituído por nenhum outro.

É importante lembrar que este programa não implementava o atendimento ao paciente fronteiriço, mas sim, melhorava as redes de atenção em cidades fronteiriças melhorando o atendimento para a população local (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015).

O governo estadual do Paraná criou o programa Saúde do Viajante em 2015, que tem por objetivo realizar a promoção, prevenção e atenção à saúde desta população no estado, visando sua proteção, assim como a população do estado para evitar disseminação de doenças e agravos controláveis, o principal repasse vem do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, este repasse será feito a municípios que possuem grande fluxo sazonal de pessoas (SESA, 2015).

Entre as cidades beneficiadas está Foz do Iguaçu que está entre as cinco cidades mais

visitadas do país e faz fronteira com Cidade Del Leste que pertence ao Paraguai e Porto Iguazu pertencente à Argentina, sendo assim uma tríplice fronteira, a grande maioria da população flutuante deste município chegam pela via térrea, ou seja, pelas rodovias (SESA, 2015).

Este programa não está implantado em todo o país, contudo percebe-se a preocupação do estado para esta população flutuante, a princípio parece um programa voltado para os turistas e não para a população transfronteiriça, mas este tipo de ação gera brechas para implementação de novas políticas públicas nacionais que atendam a área de fronteira do Brasil, pois se sabe que há mais uma grande parte da população brasileira residente nestes locais e atualmente não existe nenhum programa nacional que atenda esta população de forma diferenciada (SESA, 2015; BRASIL, 2016).

Recentemente, a diretoria do conselho de desenvolvimento dos municípios lindeiros ao lago de Itaipu, encaminhou reivindicações para o Ministério da Saúde, a fim de buscar soluções ao atendimento de pacientes fronteiriços na região, visto que há uma sobrecarga de atendimento nos municípios devido à vinda de pacientes paraguaios, isso pode ser comprovado pelo número de cartões SUS cadastrado nesta região, excedendo muitas vezes o número de moradores de suas respectivas cidades (EBERHART, 2017).

4.2. COMPETÊNCIAS

Diante das mudanças ocorridas no mundo globalizado o termo competência vem ganhando destaque e sofrendo alterações no decorrer dos anos. Sendo assim, competência está relacionada à capacidade humana de realizar tarefas específicas, em que estas se transformem em elementos primordiais para que as organizações aprimorem os seus negócios. As empresas precisam dispor de um grupo de pessoas que possuam conhecimentos, habilidades e atitudes para responder a perspectiva da globalização, contudo são necessários trabalhadores que desenvolvam suas atividades de forma efetiva e que ao final consigam atingir os objetivos propostos pela organização (CORREA, 2015).

A palavra competência assume uma posição de destaque uma vez que faz parte de temas amplamente relevantes em todo o mundo do trabalho como postura crítica, conhecimento atualizado, profissionalização, aprimoramento profissional entre outros, exige-se uma análise mais profunda dos seus conteúdos teóricos (DOMENICO; IDE, 2006).

Em 1973 McClelland diferenciou competência como “uma característica subjacente de uma pessoa que é ocasionalmente relacionada com um desempenho superior em relação a

uma tarefa ou em uma determinada situação”, diferenciava-se assim competência de aptidões: talento natural da pessoa, ao qual pode ser aprimorado e de habilidades: demonstração de um talento particular e de conhecimentos: o que uma pessoa precisa saber para desenvolver determinada tarefa (MCCLELLAND, 1973; FLEURY; FLEURY, 2001).

Todavia, na década de 1980, Richard Boyatzis identificou competência como sendo um desempenho superior (BOYATZIS, 1982). Neste contexto o conceito de competência é o conjunto de habilidades, conhecimento e atitudes, ou seja, conjunto de capacidades humanas, que explicam o melhor desempenho, sendo estes fundamentados na inteligência e personalidade dos indivíduos (FLEURY; FLEURY, 2001).

Seguindo pela história em 1990 os autores Prahalad e Hamel, diferenciaram “competências organizacionais” e “competências essenciais” sendo respectivamente, aquelas necessárias para cada função e aquelas que seguem os seguintes critérios de seleção: oferecem benefícios verdadeiros aos clientes, são autênticos e difíceis de replicar dando acesso a diferentes tipos de empresas (HAMEL; PRAHALAD; PORTER, 1999).

Siqueira (2002) modifica essa definição competências individual: que representam expectativas em relação ao desempenho de indivíduos no seu ambiente de trabalho, são conhecidas também como competências humanas ou profissionais e organizacionais: que representam expectativas em relação ao desempenho da organização inteira ou por suas unidades produtoras, é conhecida também como competências institucionais.

Contudo, Zarifin (2001) definiu três elementos para competências: Iniciativa e responsabilidade profissional em situações de confronto; inteligência prática apoiada em conhecimentos previamente adquiridos, com intuito de ser modificados à medida que as situações se complicam; faculdade de mobilização e compartilhamento de desafios, assumindo assim áreas de maior responsabilidade.

Sendo assim, Fleury (2001) se refere à competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agregam valor econômico à instituição e social ao indivíduo” (Tabela 1).

Tabela 1: Competências para os profissionais.

Saber agir	Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir.
Saber mobilizar recursos	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências.
Saber comunicar	Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos.
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se.
Saber engajar-se e comprometer-se	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se.
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

Fonte: Fleury; Fleury, 2001.

Neste trabalho será abordado o tipo de competência individual, este tipo de competência é o conjunto de aprendizado social, implica saber como agir, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades para os demais colegas (FLEURY; FLEURY, 2001).

Contudo, existem categorias que diferenciam as competências organizacionais, que são de importante valor (DUTRA, 2014):

Competências essenciais são fundamentais para as estratégias organizacionais e centrais se efetivarem; competências distintivas são reconhecida pelos clientes por diferenças competitivas do mercado; competências de unidades de negócio contemplam o número de atividades esperada que a organização seja capaz de cumprir; competências de suporte são atividades que servem de alicerces para outras atividades maiores realizadas na empresa; capacidade dinâmica é a condição organizacional de se adaptar cotidianamente as competências exigidas pelo ambiente.

Sendo assim, Dutra (2014) ainda explica como alcançar as competências individuais através de três eixos: entrega exigida pela organização, ou seja, a origem dessa entrega, deveria estar descrita no planejamento estratégico da organização; caracterização da entrega

esta descreve a entrega requerida pelo indivíduo que deveria ser facilmente identificável e de maneira mais objetiva; forma de mensurar a entrega, além da descrição da entrega, o maior desafio seria criar uma escala para mensurá-la.

Sendo assim, as competências individuais não devem ser vistas de forma singular e sim atreladas as competências essenciais da organização, para que a entrega que se espera do profissional seja ligada ao que é essencial, assim estarão mais orientados no desenvolvimento de suas atividades e com possibilidades de ocuparem melhores cargos na instituição.

4.3. COMPETÊNCIAS DE GESTORES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de gestão se dá como o gerenciamento do conjunto de ações estratégicas nas instituições, de maneira holística, visando atingir os objetivos da instituição, portanto, para ser gerente de um local necessita de uma contínua aprendizagem do profissional, social e cultural, deve-se manter sempre em estado alerta, para não permitir que as mudanças o envolvam de forma negativa, sem que haja aviso prévio (MARTINS; CARNEIRO, 2014).

Já o conceito de competência gerencial advém de uma visão mais ampla e quesitos que vão além do próprio conhecimento administrativo (FLEURY; FLEURY, 2001). A capacidade gerencial considerada rara porque exige habilidades complexas como: capacidade analítica, de julgamento, de decisão, de lideranças de enfrentar riscos e incertezas, além do que na atualidade há uma necessidade que os dirigentes tenham capacidade de realizar negociação dos interesses e demandas da organização de forma ambígua e diversificada (CAMPOS, 2007).

Contudo, a gestão das organizações de saúde se torna um importante instrumento para a efetividade de políticas públicas, que é de primordial importância para o modo que o serviço se organiza, sendo assim se torna necessário que os gestores tenham uma postura de coordenação para administrar, compatibilizando as diretrizes de planejamento, negociar com instâncias superiores e procurar melhorar o trabalho da equipe local (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Portanto, o gestor de saúde enquanto líder precisa saber trabalhar com sua equipe de uma maneira que possa expandir os conhecimentos e habilidades do grupo, tendo como objetivo desenvolver o crescimento contínuo do grupo de trabalho, além de saber lidar com as adversidades, conflitos e instabilidades do cotidiano (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Contudo para ser gestor do SUS, se torna necessário saberes e práticas a fim de que

possam cumprir suas funções e atribuições, sendo necessário um conjunto de habilidades, conhecimentos, experiência na administração pública, governança, planejamento e cuidados em saúde para realizar corretamente as políticas de atenção à saúde (CONASEMS, 2016).

Sendo assim, a Lei nº 5.707 de 2006 que regula a Política Nacional de Desenvolvimento Pessoal, define gestão de competências como “a gestão 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” (GIUDICE, 2012).

Contudo, se torna importante a diferença entre gerência e gestão. Gerência: administração de um órgão ou unidade de saúde que tem como característica serem prestadores de serviços ao SUS; Gestão: capacidade de comandar um sistema de saúde, atuando na coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).

No Brasil, a saúde pública faz parte do Sistema Único de Saúde criado pela Lei Orgânica- 8.080 de 1990 utilizam-se como apoio à lei principal as normas reguladoras, a NOB 01/93 diz respeito ao gerenciamento do processo de descentralização dos gestores públicos e explica como funcionam as comissões intergestoras. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por integrantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); no âmbito estadual funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) integrada por dirigentes da Secretaria Estadual e de órgãos representantes das Secretarias Municipais de Saúde do estado; já na esfera municipal é composto pelo Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1993).

Sendo assim, entende-se como gestores no SUS representantes de cada esfera do governo, nacional, estadual e municipal, que sejam capazes de exercer quatro funções primordiais: formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação dos sistemas redes e prestadores públicos ou privados; prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Contudo, já existem as competências traçadas para os gestores das três esferas da saúde que atuam no SUS, sendo elas Federais, Estaduais e Municipais, que serão apresentadas respectivamente no Quadro 1 (BRASIL, 1990):

Quadro 1: Descrição das competências dos gestores em saúde pública em nível de esfera federal, estadual e municipal, descrito na Lei 8080/90.

Competências do Gestor Federal	Competência do Gestor Estadual	Competência do Gestor Municipal
<ul style="list-style-type: none"> - Formular, fiscalizar e financiar políticas de nutrição e alimentação; - Participar da criação e implementação de políticas de controle as agressões ao meio ambiente, saneamento básico e condições de trabalho; - Definir e organizar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, laboratoriais, saúde pública, vigilância sanitária e epidemiológica; - Participar da criação de normas e mecanismos de controle de agravos sobre o meio ambiente que possa repercutir na saúde humana, nas políticas de saúde do trabalhador; - Coordenar e participar das ações de vigilância epidemiológica; - Estabelecer protocolos e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, esta execução pode ser complementada pelos estados, municípios e Distrito Federal; - Criar indicadores para o 	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer a descentralização para serviços e ações de saúde municipal; - Verificar, controlar e avaliar a hierarquização das redes do SUS; - Realizar apoio técnico e financeiros aos municípios, executar supletivamente ações e serviços de saúde; - Administrar em caráter complementar ações e serviços de: Vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e saúde do trabalhador; - Cooperar juntos aos órgãos de controle os agravos do meio ambiente que causem danos a saúde humana; -Participar da formulação da execução de saneamento básico; - Participar das ações de controle e avaliação das condições do ambiente de trabalho; - De forma suplementar, 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações dos serviços de saúde; - Realizar o planejamento, programação e organização de rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com o governo do estado; - Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições do ambiente de trabalho; - Realizar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação, saneamento básico e saúde do trabalhador; - Executar no âmbito municipal a política de insumos e medicamentos a saúde; - Participar da fiscalização das ações contra o meio ambiente que agridam a saúde humana, atuando junto aos órgãos municipais, estaduais e

<p>controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo humano;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover alianças com órgãos de fiscalização e entidades profissionais de profissionais da área da saúde; - Formular, avaliar, criar normas e participar da execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em conjuntos com outros departamentos do governo; - Identificação dos serviços estaduais e municipais que são referência nacional de padrões técnicos de assistência à saúde; - Controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias utilizadas na saúde; - Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal para o desenvolvimento da sua atuação institucional; - Definir normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e serviços privados que prestam assistência à saúde; - Estabelecer a descentralização para unidades federais e para os municípios, de abrangência estadual e municipal; 	<p>formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, referência estadual e regional; - Controlar a rede estadual de laboratórios de saúde e hemocentros e gerenciar as unidades que permaneçam em suas organizações administrativas; - Criar normas em caráter suplementar para controle e avaliação das ações e serviços de saúde; - Estabelecer normas e padrões em caráter suplementar a procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; - Colaborar com a união da execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; - Acompanhar a avaliação e 	<p>federais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar consórcios administrativos intermunicipais; - Administrar laboratórios públicos de saúde e hemocentros; - Participar com a União e estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; - Celebrar contratos e convênios com entidades prestadores de serviços privados em saúde, controlar e avaliar sua execução; - Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; - Padronizar complementarmente as ações e serviços de saúde no seu âmbito de atuação.
---	--	--

<p>-Padronizar e organizar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, hemoderivados e hemocomponentes;</p> <p>- Fiscalizar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde respeitando as competências estaduais e municipais;</p> <p>- Elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, juntamente com os estados, municípios e Distrito Federal;</p> <p>- Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em âmbito nacional, juntamente com os estados, municípios e Distrito Federal.</p>	<p>divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da União.</p>	
---	--	--

Fonte: Adaptado de Brasil (1990).

4.4. MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS

O mapeamento de competência tem como propósito identificar o *gap* ou lacuna de competência, ou seja, a discrepância entre as competências necessárias para realizar as tarefas organizacionais e as competências internas já existentes na organização (CARBONE., et al 2009).

O passo inicial desse processo consiste na identificação prévia das competências necessárias para a realização dos objetivos da organização, para realizar essa identificação é feita uma pesquisa teórica prévia para conhecer tais competências essenciais, além de um teste piloto e aplicação de um instrumento previamente com pessoas das organizações que

serão pesquisadas (BRANDÃO, 2012).

Brandão (2012) descreve quatro etapas para que o mapeamento seja realizado de forma adequada, sendo elas:

1) **Captação de competências:** refere-se às competências externas selecionadas e sua integração com o ambiente da referida organização. No caso da competência individual as empresas utilizam de técnicas de recrutamento e seleção em que realizam a contratação do indivíduo que possui as competências que ela necessita. Na competência organizacional ocorre por meio de associações de empresas para obter ou compartilhar competências organizacionais;

2) **Desenvolvimento das competências:** refere-se ao aprimoramento interno de competências individuais da empresa, ocorre por meio de aprendizagem que podem ser formais ou informais. A formal ocorre através de ações intencionais e planejadas para o desenvolvimento da competência como é caso de realização de cursos, seminários, orientação com coaching, entre outros meios de aprendizado. A informal é quando não possui o apoio do próprio emprego, pode ser por intercâmbio, leitura de livros ou solicitação de ajuda de colegas;

3) **Acompanhamento e Avaliação:** funciona como feedback, os resultados alcançados são comparados com aqueles esperados, nesta etapa é realizada a monitorização da execução do trabalho e também os indicadores de desempenho, tendo como objetivo corrigir eventuais erros, posteriormente verifica-se se as ações adotadas pela organização foram eficazes para promover a captação ou desenvolvimento de competências. Nesta etapa conseguiram-se informações que subsidiam as etapas anteriores do processo, causando uma revisão na estratégia da organização, no mapeamento de competências e nos processos anteriores;

4) **Retribuição:** a instituição poderia reconhecer premiar ou remunerar de forma diferenciada as pessoas que mais contribuíram para o alcance dos resultados, ou seja, que possuem as competências, servindo de estímulo para a manutenção das competências desejadas e a correção das que não foram alcançadas.

Com o mapeamento é possível organizar, sistematizar e evidenciar as

competências encontradas nas organizações, e a partir daí identificar os pontos fortes e as lacunas de conhecimentos da instituição, e assim tomar decisões de mudanças organizacionais, como investir em educação profissional, treinamentos de equipes e realização de novas contratações (TORRES; ZAVIANI; SILVA, 2012).

Existem métodos, técnicas e instrumentos para que seja realizado de forma sistematizada o mapeamento de competências. A primeira etapa desse processo se dá pela análise documental ou de conteúdo que é uma das técnicas utilizadas. Baseia-se em examinar documentos da organização, tendo como objetivo interpretar e descrever seu conteúdo, por meio de categorias de análise e identificar elemento que permitam fazer interferências relevantes sobre competências (BRANDÃO, 2012).

A análise documental é composta por quatro etapas: a pré-análise; análise, análise propriamente dita e tratamento dos resultados (BRANDÃO, 2012).

- **Pré- Análise:** refere-se à definição dos objetivos do trabalho, a escolha do material a ser analisado e elaboração de indicadores para interpretação de conteúdo. Após a escolha dos documentos pode-se realizar a separação por categorias para que as competências mapeadas estejam dentro destas categorias pré-estabelecidas.
- **Análise:** consiste na codificação e categorização das informações. A codificação é o processo pelo qual o material analisado é agrupado em unidades o que permite uma descrição mais detalhada do documento, sendo nesta etapa que os conteúdos dos documentos são interpretados, para dar origem às descrições das competências.

A categorização pode ser estabelecida primeiramente, porém se não for realizada assim, não há problema de se estabelecer na codificação dos dados, no caso quando a análise dos dados for realizada.

- **Análise propriamente dita:** procura identificar diferentes competências das achadas anteriormente e classificá-las nas categorias pré-estabelecidas. Se houver uma competência que não se enquadra nas categorias existentes, o pesquisador cria uma nova categoria e assim sucessivamente, até que todas as competências mapeadas se enquadrem nas categorias.
- **Tratamento do resultado:** última etapa da análise documental consiste em registrar as frequências absolutas e relativas em que as competências mapeadas são mencionadas ou referidas nos documentos analisados.

Para realizar este procedimento, o autor refere que a quantidade de vezes que a

competência foi mencionada nos documentos é chamada de frequência absoluta, já o percentual de vezes que ela foi referida é conhecido como frequência relativa. Esta forma, é possível quantificar o número de vezes que as competências aparecem no documento estudado.

A etapa seguinte do mapeamento de competência é a coleta de dados, que pode ser realizada por entrevista; grupo focal e questionário. Vale salientar que neste estudo, o questionário foi à técnica escolhida para a coleta de dados, mesmo assim serão apresentadas a seguir as três modalidades (BRANDÃO, 2012):

✓ **Entrevista:** técnica muito comum para realizar o mapeamento. O entrevistador utiliza um roteiro pré-estabelecido com questões semiestruturadas, neste tipo de coleta há uma flexibilidade maior nas questões, por se tratarem de perguntas abertas em que questões relevantes são observadas como: situações que o mesmo pode observar no ambiente de trabalho, expectativas dos clientes com a empresa, competências relevantes para o desenvolvimento do seu cargo de forma efetiva, crenças, pensamentos e outras questões que possam interferir na identificação de competências relacionadas ao sucesso da empresa.

✓ **Grupo focal:** técnica que envolve uma discussão objetiva sobre determinado assunto, coordenada por um moderador, que introduz um tema ao grupo participante e direciona a discussão sobre o tema. Quando é utilizado esse modelo no mapeamento de competências há um roteiro pré-estabelecido com direcionamento do assunto assim como na técnica anteriormente apresentada.

✓ **Questionário:** o instrumento é autopreenchido, ou seja, os próprios participantes leem e preenchem, são constituído por quatro partes: 1) apresentação, momento em que são descritos os objetivos do instrumento e solicitada à participação da pesquisa; 2) enunciado explicando como deve ser realizado o correto preenchimento e devolução do questionário; 3) itens ou questões que dão corpo ao instrumento e que devem ser respondidas e 4) campo para coleta de dados sociodemográfico do participante como gênero, idade, nível de escolaridade, local de trabalho, cargo que exerce, entre outros.

Existem os questionários não estruturados que se constitui de perguntas e são comumente utilizados no mapeamento, além de instrumentos semiestruturado. Estes são compostos por questões fechadas e abertas e os estruturados que possuem apenas questões objetivas (BRANDÃO, 2012). Após a aplicação do questionário é realizada a análise de dados quantitativos ou qualitativos para verificar o resultado das competências expressas pelos

participantes (BRANDÃO, 2012).

O mapeamento tem ainda a fase observacional, que consiste no detalhamento comportamental, que não envolve questionamentos e respostas, tanto verbal como escritas, entre os participantes e o pesquisador (BRANDÃO, 2012).

Carbone, et al (2009) ressalta as vantagens desta técnica no processo de mapeamento, pois há possibilidade de examinar detalhadamente o desempenho de pessoas e grupos no local de trabalho, identificando assim dados que poderiam ser omitidos pelos participantes da pesquisa, no caso da coleta de dados ter sido realizada pelas técnicas já mostradas nesta pesquisa.

O diagnóstico da necessidade de capacitação se dá após a realização do mapeamento, pois se verifica que as competências que obtiveram piores avaliações são as que apresentam maiores necessidades de aprimoramento dos profissionais que participaram da pesquisa. A partir deste resultado será escolhido o tipo de solução para o preenchimento lacuna encontrada (BRANDÃO, 2012).

Contudo, para o mapeamento de competências deste estudo, serão utilizadas como parâmetro para a avaliação as competências essenciais para os profissionais de saúde pública descritas no Marco Regional de Competências para a Saúde Pública, sugeridos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 2013.

4.5. MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA (MRCESP)

Em 2010 a OPAS reuniu 12 países da América Latina para construir o instrumento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde (MRCESP), ele busca estratégias para fortalecer a capacidade do sistema de saúde público e tem como propósito impulsionar, planos de fortalecimento e capacitação dos recursos humanos da saúde (CONEJERO, et al 2013). A novidade do MRCESP é ele permitir identificar quais competências essenciais nos profissionais que atuam na atenção a saúde pública, independente da profissão que exercem, apenas medindo conhecimentos comuns ao local onde atuam (CONEJERO, et al 2013).

O processo de formação metodológica do MRCESP se divide em quatro fases: 1) a OPAS convocou uma equipe com expertise para definir as competências em saúde pública, esta equipe eram profissionais de diferentes instituições regionais e se reuniram em um workshop no Instituto Nacional de Saúde Pública no México em agosto de 2010. Estes estudiosos verificaram que não existia nenhum estudo da América Latina e Caribe que

definissem as competências profissionais para atuar em saúde pública, apenas em atenção hospitalar (CONEJERO, et al 2013).

Foram encontrados estudos do Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, onde definiam competências segundo profissão e força de trabalho, contudo após várias discussões dos experts ficou decidido que: As competências essenciais não seriam elaboradas a partir da prática profissional; Que seria definido domínios de competências essenciais, estes foram definidos a partir de um documento da OPAS “*Describe el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública*” (OPAS, 2013).

Seguindo estes estudiosos foram estabelecidos seis domínios que estão apresentados no Quadro 2, partindo destes foram estabelecidas sete dimensões transversais: planejamento, gestão, evolução, comunicação, liderança, investigação e tecnologias da informação. Todos os domínios e suas dimensões combinam com os principais objetivos da prática da saúde: autoridade sanitária nacional, administração descentralizada, gestão de serviços e ambientes comunitários (CONEJERO, et al 2013; ALMEIDA, 2017).

Quadro 2: Domínios do instrumento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública e sua definição.

Domínios	Definição
Domínio 1: Análise da situação de saúde.	Refere-se a uma avaliação da situação de saúde de toda a população, tendências para tomadas de decisão e definição de políticas públicas de saúde.
Domínio 2: Vigilância e controle de riscos e danos.	Tem relação com os riscos contínuo de ocorrências, aumento dos riscos e danos saúde necessários para controle da população. Está na capacidade de realizar pesquisas de vigilância para prever surtos epidêmicos, maneiras de como as doenças se apresentam sendo transmissíveis ou não, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais que possam prejudicar a saúde.

<p>Domínio 3: Promoção da saúde e participação social</p>	<p>A promoção da saúde é o processo político e social que envolve ações diretas que buscam fortalecer as habilidades, capacidades e condições para modificar condições sociais, ambientais e econômicas que possam impactar a saúde.</p>
<p>Domínio 4: Política, planejamento, regulamento e controle.</p>	<p>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 de regulamentar, fiscalizar e realizar cooperações internacionais, podendo também ter a capacidade de estabelecer novas leis e regulamentos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis e com proteção aos cidadãos.</p>
<p>Domínio 5: Equidade ao acesso, e qualidade nos serviços individuais e coletivos</p>	<p>Uma das condições essenciais na prática da Saúde Pública é garantir o acesso aos serviços, os quais devem ser disponibilizados universalmente sem nenhum tipo de barreiras, promovendo a qualidade e a segurança em seu provimento, desde o enfoque multisetorial para a solução das iniquidades na atenção à saúde da população</p>
<p>Domínio 6: Saúde internacional e saúde global.</p>	<p>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,</p>

	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.
--	--

Fonte: Adaptado de Almeida (2016).

As competências essenciais em saúde pública foram elaboradas a partir da pergunta a seguir “O que você deve saber, saber fazer e como fazer ser o componente de recursos de saúde humanas nos domínios substantivos de saúde pública definidos?”. Para a formulação das competências foram considerados um conjunto de valores que incluem equidade, igualdade, justiça social, desenvolvimento sustentável, saúde coletiva, intersectorialidade, interdisciplinaridade, igualdade de gênero, diversidade, autodeterminação, capacitação e participação social e comunitária (OPAS, 2013).

A segunda fase do Marco foi “Desenvolver as competências essenciais”, para cada domínio foi utilizado dois critérios de trabalho: experiência e composição multidisciplinar, a equipe regional era composta por 225 membros de 12 países, estes grupos apresentaram uma proposta inicial com 88 habilidades. A terceira fase do projeto consistia na validação cruzada, começou a construção do instrumento utilizando a metodologia de domínios, onde reduziram de 88 para 64 habilidades iniciais (CONEJERO, et al 2013; OPAS, 2013; ALMEIDA, 2017).

Na quarta fase, foram realizados dois workshops o 1º no mês de março em Medellín-Colômbia e o 2º no mês de junho em Lima-Peru, e o 3º foi organizado na cidade de Trinidad e Tobago em outubro de 2011, onde especialistas validaram a relevância do marco regional (CONEJERO, et al 2013).

A Tabela 2 apresenta os seis domínios e suas competências em cada, totalizando 56 competências essenciais em saúde pública no instrumento.

Tabela 2: Domínios e número de competências do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública.

	Domínios	Competências por domínio
1	Análise da situação da saúde.	09
2	Vigilância e controle de riscos e danos.	14
3	Promoção da saúde e participação social.	10
4	Políticas, planificação, regulação e controle.	07
5	Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos.	08
6	Saúde Internacional e saúde global.	08
	Total	56

Fonte: OPAS, 2013.

Sendo assim, em longo prazo deve-se estabelecer o perfil das competências de saúde pública, a fim de facilitar a melhoria da elaboração de planos, estratégias, capacitação e conhecimento dos profissionais tanto regionais como nacionais (OPAS, 2013).

Este instrumento foi desenvolvido, pois havia a necessidade da América do Sul avaliar as condições de trabalho dos profissionais da saúde pública, porém não continham nenhum instrumento adequado para realizá-lo (OPAS, 2013).

Contudo, a identificação das competências essenciais da saúde pública permite a sociedade conhecer o que pode esperar dos profissionais, a partir das competências que podemos identificar o que os profissionais sabem e devem fazer, portanto, a sociedade será capaz de conhecer as funções desses profissionais (OPAS, 2013).

O MRCESP é dividido em seis domínios que foram descritos no Quadro 2. Estes domínios têm por objetivo traçar competências essenciais para os profissionais, Almeida (2016), realizou a adaptação transcultural da versão original em espanhol para o português, das competências sugeridas pela OPAS.

4.6. MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS DE GESTORES DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

A técnica de mapeamento de competências é uma metodologia que pode ser realizada em qualquer área profissional, pois tem como objetivo identificar lacunas de conhecimentos que devem ser aprimorados (BRANDÃO, 2012). Existem estudos que utilizam esta metodologia em áreas distintas, como pedagogia, psicologia, fonoaudiologia, educação e na enfermagem hospitalar (JUNIOR; FAIAD; RÊGO, 2018; SANTOS-MELO et al, 2017; PERES et al, 2017; ALFIERI; ALEBBI; BEDINI et al , 2017).

Entretanto não foi encontrado na literatura o mapeamento de competências de gestores que atuam na atenção básica de municípios de fronteira, tornando essa pesquisa inédita quanto a esta temática.

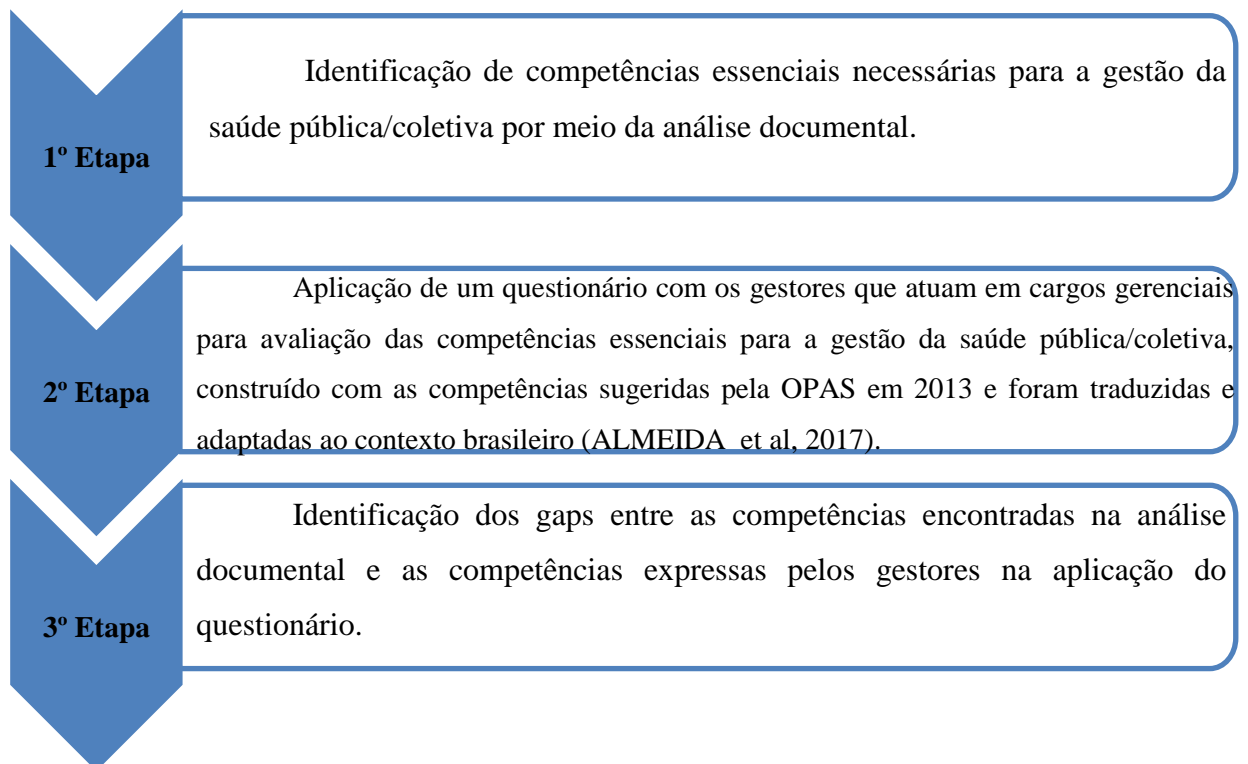
5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem quantitativo para mapeamento de competências essenciais de gestores em saúde pública dos municípios lindeiros à fronteira do Oeste do Paraná.

A pesquisa exploratória tem como objetivo trazer maior proximidade com o problema que será abordado, pode ser composto por levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas experientes no assunto e análise de documentos que estimulem a compreensão dos resultados (GIL, 2008). Já a pesquisa descritiva, tem por objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, uma de suas características é a utilização de coleta de dados padronizada, sendo questionários ou observação sistemática (GIL, 2008).

Figura 1: Etapas da pesquisa.



5.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado com gestores de saúde pública municipais de 14 municípios lindeiros do Oeste do Paraná, sendo eles: Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São

Miguel do Iguçu, Medianeira, Itaipulândia, Missal, Santa Helena, Diamante D'Oeste, São José das Palmeiras, Pato Bragado, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Terra Roxa e Guáira (LINDEIROS, 2017). O município de Entre Rios D'Oeste não aceitou participar da presente pesquisa.

Figura 2: Mapa da localização dos 15 Municípios Lindeiros da Região Oeste do Estado do Paraná.



Fonte: LINDEIROS, 2017.

5.3. INSTRUMENTO UTILIZADO

A pesquisa foi realizada com base no instrumento que foi construído a partir da tradução e adaptação transcultural para a realidade brasileira por Almeida (2016) das competências descritas no documento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP) da OPAS. O instrumento é composto por seis domínios, possui 56 questões objetivas com escalas para respostas tipo likert (Anexo 1).

5.4. PARTICIPANTES DA PESQUISA

O instrumento foi aplicado em 145 profissionais que ocupam cargos gerenciais nos níveis da saúde pública nos municípios limieiros do Oeste do Paraná que estão na faixa de fronteira.

Figura 3: Fluxograma de Gerenciamento dos Municípios Linieiros do Oeste do Paraná.

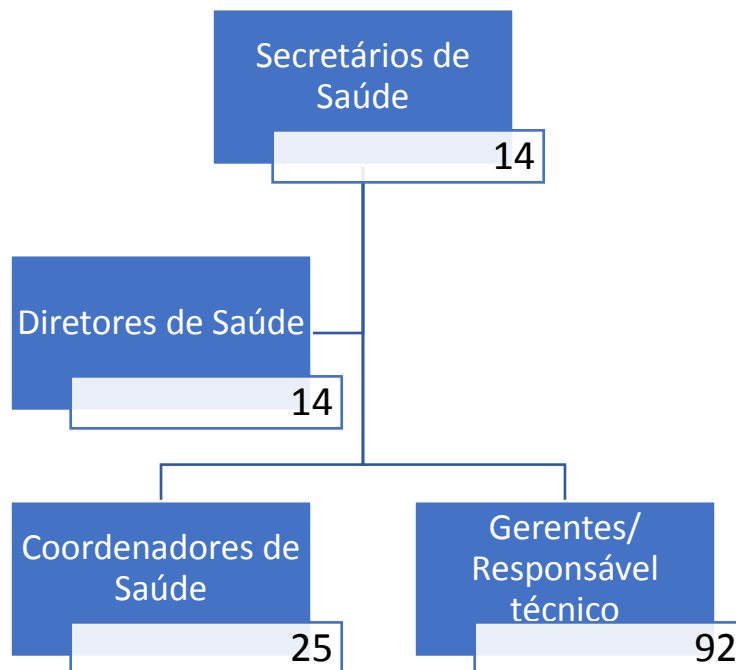


Tabela 3: Caracterização do fluxograma de gerenciamento dos municípios limieiros por cidade no período de 2018.

Municípios Limieiros	Secretários de Saúde	Diretores de Saúde	Coordenadores/ Supervisores	Gerentes/Responsáveis técnicos	Total por municípios
Foz do Iguaçu	1	8	10	28	47
Santa Terezinha de Itaipu	1	3	7	0	11
São Miguel do Iguaçu	1	2	0	11	14
Medianeira	1	1	3	7	12
Itaipulândia	1	0	2	7	10
Missal	1	0	0	7	8
Santa Helena	1	0	0	4	5
São José das Palmeiras	1	0	0	2	3
Diamante D'Oeste	1	0	0	2	3
Pato Bragado	1	0	0	3	4
Marechal Candido Rondon	1	0	1	10	12
Mercedes	1	0	1	3	5
Terra Roxa	1	0	1	5	7
Guaíra	1	0	0	3	4
Total por cargo	14	14	25	92	145

Fonte: Dados disponibilizados pelas prefeituras dos 14 municípios limieiros.

5.5. VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

A variável dependente é composta pelas competências essenciais que cada gestor necessita admitir expressar na prática profissional nos domínios: 1) Análise da situação da saúde; 2) Vigilância e controle de riscos e danos; 3) Promoção da saúde e participação social; 4) Políticas, planificação, regulação e controle; 5) Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos; 6) Saúde internacional e saúde global.

Já as variáveis independentes são relacionadas a caracterização do sujeito que os gestores responderam antes de entrar nas 56 questões do MRCESP.

5.6. COLETA DE DADOS

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada em duas etapas:

1^a etapa: análise de documentos das secretarias de saúde, ministério da saúde como Lei Orgânica, Decretos, Ofícios, Estatuto do Servidor, Memorandos, Relatórios de Gestão, Indicadores de Desempenho, Mapa de Planejamento Estratégico, Missão, Visão de Futuro e Objetivos da Organização entre outros para identificação das competências essenciais requeridas para a prática profissional dos gestores (BRANDÃO, 2012).

A pesquisa documental é realizada através da análise de documentos, considerados autênticos, isto é, não passíveis de fraudes. Nas ciências sociais têm sido utilizados com mais frequência, neste estudo esta análise será realizada a fim de identificar características comuns entre os gestores dos diferentes municípios pesquisados, com análise de arquivos públicos, dados de registros (normas legais e administrativas) e arquivos eletrônicos para obter maiores informações sobre o método de pesquisa (GIL, 2008).

A partir da análise documental optou-se em utilizar as competências essenciais para gestores em saúde pública descritas na Lei nº 8080/1990 também chamada de Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde e as do Programa Nacional de Atenção Básica (2017), em que apesar dos anos que pesaram uma lei da outra, elas se completam em questões de competências necessárias para atuar na saúde pública (BRASIL, 1980; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2^a etapa: Aplicação de questionário semiestruturado para mapear as competências que são expressas pelos profissionais que atuam em cargos de gestão. O instrumento foi construído com as competências essenciais descritas no documento O Marco das Competências Essenciais em Saúde Pública que foi traduzido e adaptado a realidade brasileira

para mapear competências de gestores que atuam na atenção básica á saúde pública/coletiva.

O participante será orientado a responder as questões relacionadas ao perfil do gestor, que se totalizam em 13 sendo nove objetivas e três subjetivas, além de avaliar a competência descrita e responder uma das opções da escala tipo likert, no final de cada questão há uma questão subjetiva onde o participante poderá inserir comentários sobre o como desenvolver a competência referida, o instrumento será encaminhado ao participante via e-mail com auxílio do programa SuveyMonkey (ALMEIDA, 2016).

O período da coleta de dados foi de fevereiro a junho de 2018, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – CEP da Universidade Estadual do Oeste do Paraná CAAE 78555917.3.0000.0107.

5.7. ANÁLISE DOS DADOS

Este teste tem como premissa avaliar se duas condições são significativamente equivalentes, ou seja, no presente caso se as competências essenciais estabelecidas são expressas pelos gestores de saúde pública. Para realizar a avaliação de competências dos gestores em saúde pública por domínio, utilizamos o teste não-paramétrico Exato de Fisher, pois este teste trabalha com comparações 2x2, é indicado para amostras pequenas, tem como objetivo determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada ou de valores extremos (GUIMARÃES, 2014).

Foram realizados testes comparativos entre variáveis do sujeito e domínios avaliados, no qual foram consideradas as que assumirão um nível de significância com p-valor menor ou igual à 0,05, sendo realizadas no programa R, pacote Package, título analysis and visualization likert items, versão 1.3.5 (R CORE TEAM, 2017).

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel, como o instrumento utilizado possui a escala tipo likert foi realizado o agrupamento das respostas em grupos A, B e C.

Grupo A: Não possui conhecimento sobre o assunto/ Já ouvi falar mais tenho pouco conhecimento sobre o assunto, likert 1, 2; **Grupo B:** Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática/ Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia aplica-lo na prática, likert 3, 4; **Grupo C:** Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-los a outros, likert 5.

Foi utilizado a medida de tendência central Moda que se caracteriza pelo valor observado com mais frequência em um conjunto de dados (GOLÇALVES, 2018). As análises foram agrupadas por domínios, quando houve maior frequência dos Grupos B e C foi

considerado que o gestor apresenta competências, já quando houve predomínio do Grupo A demonstrará que o mesmo não possui a competência referida.

Após de obter os resultados dos dados, será realizado o mapeamento de Competências para identificar a lacuna (*gap*) das competências essenciais identificadas na primeira etapa na pesquisa documental, e as competências expressas pelos gestores com a aplicação do instrumento, conforme o preconizado por Brandão (2012).

5.8. ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - CEP com seres Humanos na Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE, com CAAE: 78555917.3.0000.0107 e aprovada com Parecer nº 2.442.192.

Os dados foram coletados somente após informações sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na plataforma online de preenchimento do instrumento.

6.RESULTADOS

6.1. ANÁLISE DOCUMENTAL

Foi realizada à pesquisa documental em documentos do governo em busca de competência essenciais para gestores de saúde pública que atuam em região de fronteira, contudo não foram encontradas as competências dos gestores desta região específica descrita.

Sendo assim, foram realizadas buscas específicas de saúde em região de fronteira onde foram analisados do SIS-Fronteira, as Portarias 1.188 e 1.189 de 2006, documentos que explicam o programa saúde do viajante, entre outros.

Contudo foram utilizados a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) e a Lei 8080/90 para verificar se as competências do MRCESP estavam de acordo com as que o Ministério da Saúde estabelece para gestores municipais que atuam em território nacional. Portanto, na Tabela 4 será apresentado os domínios do instrumento MRCESP e os documentos utilizados que contemplam na literatura competências para os mesmos.

Tabela 4: Análise documental dos municípios do questionário Marco Regional das Competências Essenciais em Saúde Pública.

Domínios	Referência para Avaliar Competências
1- Análise da Situação de Saúde.	Art.18, parágrafo I da Lei 8080/90. PNAB, 2017.
2- Vigilância e Controle de Riscos e Danos.	Art. 18, parágrafo IV da Lei 8080/90. PNAB, 2017.
3- Promoção da Saúde e Participação Social.	PNAB, 2017.
4- Políticas, Planificação, Regulação e Controle.	Art. 18, parágrafo VII, VIII e IX da Lei 8080/90.
5- Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos.	Art. 18, parágrafo XII da Lei 8080/90. PNAB, 2017.
6- Saúde Internacional e Saúde Global.	PNAB, 2017.

Fonte: (Lei 8080/90; PNAB, 2017)

Percebe-se que apesar dos anos que separam uma publicação da outra há similaridades nas competências descritas para os gestores municipais, tanto da Lei 8080/90 quanto da

PNAB (2017), mostrando que a última referência veio para acrescentar competências para o gestor municipal, mesmo o documento sendo focado apenas na saúde pública ele continua enfatizando o gerenciamento da saúde pública, algo que já era proposto desde a criação do SUS em 1990.

6.2. ANÁLISE QUANTITATIVA

Este trabalho foi realizado em 12 municípios limítrofes do Oeste do Paraná sendo: Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Medianeira, Itaipulândia, Missal, Santa Helena, Marechal Cândido Rondon, Diamante D'Oeste, Mercedes, Terra Roxa e Guaíra. O município de Entre Rios D'Oeste não aceitou participar da pesquisa, gestores de Pato Bragado e São José das Palmeiras não responderam o questionário por completo.

A coleta de dados foi de fevereiro a junho de 2018, onde foi entrado em contato com todas as prefeituras via telefone, solicitando que repassem o e-mail dos gestores da atenção básica dos municípios, foi enviado o questionário semiestruturado para ser preenchido na plataforma online SurveyMonkey, ficou estabelecido na primeira rodada de e-mail 30 dias para responder o questionário, após este período foi reenviado um e-mail lembrete que o participante teria mais 15 dias para responder o questionário e um terceiro e-mail lembrete estipulava mais sete dias restantes para resposta.

Preencheram o questionário completo 63 participantes, porém um foi excluído, pois, não respondeu as questões referentes à caracterização do participante, fator relevante para a pergunta de pesquisa. Portanto o trabalho contou com 62 participantes que responderam o questionário em sua totalidade.

Na presente pesquisa, houve predomínio de participantes do sexo feminino (87,09%), com gestores em sua maioria especializado (51,61%), como profissão predominante neste cargo temos os enfermeiros (58,06%), dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Caracterização dos gestores dos municípios limieiros que atuam na atenção em saúde pública no período de 2018.

Características do gestor	(N)	(%)
Sexo		
Feminino	54	87,09
Masculino	8	12,90
Total	62	100
Formação		
Ensino básico	4	6,45
Graduação incompleta	2	3,22
Graduação	16	25,80
Especialização	32	51,61
Mestrado	7	11,29
Doutorado	1	1,61
Total	62	100
Profissão		
Enfermeiro (a)	36	58,06
Técnico na área da saúde	6	9,67
Técnico de outras formações	7	11,41
Médico		
Dentista	4	6,45
Outras formações de nível superior.	3	4,83
Total	62	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 6 e figura 4 apresentam a frequência das respostas e a porcentagem das respostas da escala de Likert do questionário MRCESP utilizado neste estudo, para extração destes dados foi utilizado a moda da moda, ou seja, como utilizamos a moda para analisarmos nossos dados, agrupamos eles por domínio, e utilizamos a moda deste agrupamento.

Observou-se que houve predominância de respostas em todos os domínios da seleção Grupo B se refere a “Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática/ Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia aplica-lo na prática”, demonstrando que apresentam competências nos seis domínios sendo eles: Domínio 1: Análise da situação de saúde; Domínio 2: Vigilância e controle de riscos e danos; Domínio 3: Promoção da saúde e participação social; Domínio 4: Políticas, planejamento, regulamento e controle; Domínio 5: Equidade do acesso, e qualidade nos serviços individuais e coletivos; Domínio 6: Saúde

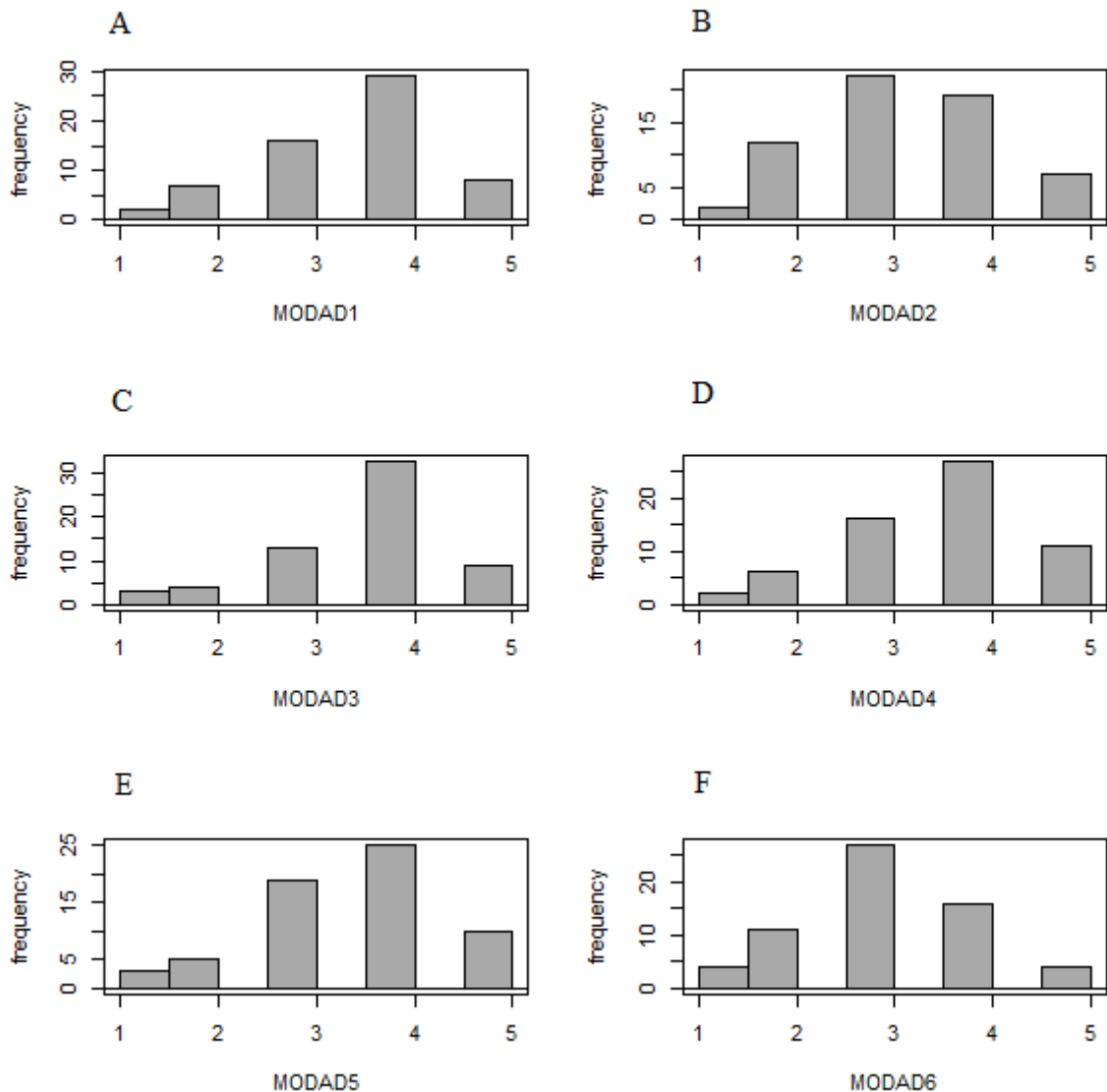
Global.

Tabela 6: Frequência e porcentagem da moda, utilizando à escala de likert do questionário Marco Regional de Competências em Saúde Pública, no período de 2018.

Domínios	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	(Fre)	(%)	(Fre)	(%)	(Fre)	(%)
Domínio 1	9	14,51	45	72,58	8	12,91
Domínio 2	14	22,58	41	66,12	7	11,30
Domínio 3	7	11,30	46	74,19	9	14,51
Domínio 4	8	12,91	43	69,35	11	17,74
Domínio 5	8	12,90	44	70,96	10	16,14
Domínio 6	15	24,19	43	69,35	4	6,46

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4: Representação gráfica da Frequência da moda, utilizando à escala de Likert do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP).



Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados apresentados a seguir, na Tabela 7, são referentes às respostas dos domínios comparados com o sexo dos gestores, as mulheres possuíam predominância de competências do Grupo B “Tenho conhecimento limitado do assunto para aplicação na prática/ Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia aplica-lo na prática”, já nos homens a maioria das respostas contemplou o Grupo C “Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-los a outros”. Nesta pesquisa consideramos o Grupo B e C com competências, contudo os gestores que estão no Grupo C realizam a atividade na prática mostrando-se competentes em sua magnitude, sendo assim apresentou predominância neste

grupo do sexo masculino.

Os domínios que apresentaram p-valor significante foram 1, 2, 3 e 6. Portanto, o grupo masculino apresentou maior percentual de indivíduos no grupo C, quando comparado as mulheres.

Tabela 7: Análise bivariada entre as competências por domínio e sexo dos gestores dos municípios lindeiros, no período de 2018.

Domínios	G. A		G. B		G. C		p-valor Teste de Fisher
	Fem (Fre) (%)	Mas (Fre) (%)	Fem (Fre) (%)	Mas (Fre) (%)	Fem (Fre) (%)	Mas (Fre) (%)	
Domínio 1	9 16,7	0 0	40 74,1	3 62,5	5 9,3	3 37,5	0,05
Domínio 2	14 25,9	0 0	36 66,7	5 62,5	4 7,4	3 37,5	0,03
Domínio 3	7 13	0 0	42 77,8	4 50	5 9,3	4 50	0,02
Domínio 4	7 13	1 12,5	39 72,2	4 50	8 14,8	3 34,5	0,24
Domínio 5	8 14,8	0 0	39 72,2	5 62,5	7 13	3 37,5	0,16
Domínio 6	13 24,1	2 25	40 74,1	3 37,5	1 1,9	3 37,5	0,005

Fonte: Dados da pesquisa.

Contudo, quando comparamos os domínios com os níveis de escolaridade graduação, pós-graduação, mestrado/doutorado e sem graduação, percebemos que os gestores que apresentam mestrado/doutorado possuem competências em todos os domínios alcançando respostas do Grupo B e C, em contrapartida os gestores que não possuem graduação apresentam apenas respostas do Grupo A e B, demonstrando que os cursos de stricto senso de mestrado e doutorado, aumentam as competências dos profissionais na sua área de atuação, mostrando que profissionais com estes cursos não devem ficar restritos apenas a carreira acadêmica. Com relação ao nível de significância apenas o domínio 5 não apresentou, demonstrando a confiabilidade da análise referida dados apresentados na Tabela 8.

Tabela 8: Análise bivariada entre as competências por domínio e a escolaridade dos gestores dos municípios lindeiros, no período de 2018.

Domínios	Grupo A		Grupo B		Grupo C		p-valor
	(Fre) (%)		(Fre) (%)		(Fre) (%)		Teste de Fisher
Domínio 1							0,03
Graduação	4	25	11	68,8	1	6,2	
Especialização	3	9,4	26	81,2	11	9,4	
Mestrado/Doutorado	0	0	4	50	4	50	
Sem graduação	2	33,3	4	66,7	0	0	
Domínio 2							0,01
Graduação	4	31,2	11	68,8	0	0	
Especialização	6	18,8	23	71,9	3	9,4	
Mestrado/Doutorado	0	0	4	50	4	50	
Sem graduação	3	50	3	50	0	0	
Domínio 3							0,05
Graduação	2	12,5	14	87,5	0	0	
Especialização	3	9,4	25	78,1	4	12,5	
Mestrado/Doutorado	0	0	3	37,5	5	62,5	
Sem graduação	2	33,3	4	66,7	0	0	
Domínio 4							0,0005
Graduação	2	12,5	11	68,8	3	18,8	
Especialização	3	9,4	27	84,4	24	6,2	
Mestrado/Doutorado	1	12,5	1	12,5	6	75	
Sem graduação	2	33,3	4	66,7	0	0	
Domínio 5							0,11
Graduação	2	12,5	13	81,2	1	6,2	
Especialização	4	12,5	24	75	4	12,5	
Mestrado/Doutorado	0	0	4	50	4	50	
Sem graduação	2	33,3	3	50	1	16,7	
Domínio 6							0,001
Graduação	5	31,2	11	68,8	0	0	
Especialização	7	21,9	25	78,1	0	0	
Mestrado/Doutorado	0	0	4	50	4	50	
Sem graduação	3	50	3	50	0	0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Sendo assim, a Tabela 9 apresenta os dados comparativos de ter ou não pós-

graduação/mestrado/doutorado e apresentam as competências nos seis domínios do MRCESP. Em todos os domínios os gestores que possuíam alguma das três especializações citadas estiveram no Grupo B ou C, apresentando significância em todos os domínios, portanto ter um maior nível de instrução faz com que o gestor se sinta mais competente para ocupar cargos de gestão em saúde pública.

Tabela 9: Análise bivariada entre as competências por domínios e possuir especialização/mestrado/doutorado, dos gestores dos municípios limieiros, no período de 2018.

Domínios	Grupo A		Grupo B		Grupo C		p-valor
	(Fre) (%)		(Fre) (%)		(Fre) (%)		Teste de Fisher
Domínio 1							0,01
Especialização/Mestrado/							
Doutorado	9	16,7	41	75,9	4	7,4	
Sim	0	0	4	50	4	50	
Não							
Domínio 2							0,004
Especialização/Mestrado/							
Doutorado	14	25,9	37	68,5	3	5,6	
Sim	0	0	4	50	4	50	
Não							
Domínio 3							0,001
Especialização/Mestrado/							
Doutorado	7	13	43	79,6	4	7,4	
Sim	0	0	3	37,5	5	62,5	
Não							
Domínio 4							0,0001
Especialização/Mestrado/							
Doutorado	7	13	42	77,8	5	9,3	
Sim	1	12,5	1	12,5	6	75	
Não							
Domínio 5							0,02
Especialização/Mestrado/							
Doutorado	8	14,8	40	74,1	6	11,1	
Sim	0	0	4	50	4	50	

Não						
Domínio 6						0,00009
Especialização/Mestrado/						
Doutorado	15	27,8	39	72,2	0	0
Sim	0	0	4	50	4	50
Não						

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 10 foi apresentado o cruzamento dos domínios com ter ou não pós-graduação/Especialização em qualquer área, em todos os domínios houve predominância das respostas do Grupo B tendo ou não pós-graduação, contudo podemos perceber também o predomínio do Grupo A nos seis domínios no grupo que não possui pós-graduação/especialização, apresentando p-valor significativo nos domínios dois e três, demonstrando que não ter pós-graduação está relacionado a não ter competência nestes domínios.

Tabela 10: Análise bivariada entre as competências por domínios e possuir ou não especialização em qualquer área, no período de 2018.

Domínios	Grupo A		Grupo B		Grupo C		p-valor
	(Fre) (%)		(Fre) (%)		(Fre) (%)		Teste de Fisher
Domínio 1							0,08
Especialização							
Não	6	27,3	15	68,2	1	4,5	
Sim	3	7,5	30	75	7	17,5	
Domínio 2							0,03
Especialização							
Não	8	36,4	14	63,6	0	0	
Sim	6	15	27	67,5	7	17,5	
Domínio 3							0,02
Especialização							
Não	4	18,2	18	81,8	0	0	
Sim	3	7,5	28	70	9	22,5	
Domínio 4							0,5
Especialização							
Não	4	18,2	15	68,2	3	13,6	
Sim	4	10	28	70	8	20	

Domínio 5							0,4
Especialização							
Não	4	18,2	16	72,7	2	9,1	
Sim	4	10	28	70	8	20	
Domínio 6							0,1
Especialização							
Não	8	36,4	14	63,6	0	0	
Sim	7	17,5	29	72,5	4	10	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os dados apresentados na Tabela 5 mostram que os gestores de saúde pública dos municípios lindeiros são em sua maioria enfermeiros, sendo assim a Tabela 11 realizou a comparação entre os domínios com ser ou não enfermeiro, nesta análise percebeu-se que em todos os domínios os enfermeiros mantiveram-se no Grupo B, contemplando competência em sua grande maioria, porém o extremo Grupo A “Não tenho conhecimento sobre o assunto” e Grupo C “Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-los a outros”, foram quase que equiparados nas suas frequências. Sendo assim, podemos dizer que os enfermeiros possuem competências para os cargos, porém nenhum dos domínios apresentou p-valor expressivo.

Tabela 11: Análise bivariada entre as competências por domínio com os gestores enfermeiros

que atuam nos municípios limieiros, no período de 2018.

Domínios	Grupo A		Grupo B		Grupo C		p-valor Teste de Fisher
	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	
Domínio 1							0,91
Enfermeiro							
Não	4	15,4	18	69,2	4	15,4	
Sim	5	13,9	27	75	4	11,1	
Domínio 2							0,39
Enfermeiro							
Não	8	30,8	16	61,5	2	7,7	
Sim	6	16,7	25	69,4	5	13,9	
Domínio 3							0,13
Enfermeiro							
Não	5	19,2	16	61,5	5	19,2	
Sim	2	5,6	30	83,3	4	11,1	
Domínio 4							0,37
Enfermeiro							
Não	5	19,2	16	61,5	5	19,2	
Sim	3	8,3	27	75	6	16,7	
Domínio 5							0,31
Enfermeiro							
Não	5	19,2	16	61,5	5	19,2	
Sim	3	8,3	28	77,8	5	13,9	
Domínio 6							1
Enfermeiro							
Não	6	23,1	18	69,2	2	7,7	
Sim	9	25	25	69,4	2	5,6	

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 12 e 13 são referentes ao mapeamento de competências dos gestores de atenção em saúde pública dos 12 municípios limieiros pesquisados. Diamante d'Oeste contou com dois entrevistados, em que nos primeiros cinco domínios apresentaram resposta do Grupo B e C, sendo assim apresentavam competências, contudo no domínio seis um dos participantes ficou no Grupo A (50%), mostrando que o mesmo não apresenta conhecimento ou competências neste domínio referente a saúde global.

O município a seguir trata-se de uma tríplice fronteira, Foz do Iguaçu contou com 21

participantes sendo considerado o município com mais participantes desta pesquisa, em todos os domínios houveram respostas do Grupo A, B e C, contudo o Grupo B e C predominou em todos os domínios, todavia os domínios 2 e 6 foram onde apresentaram a maior porcentagem no Grupo A (19%) se igualando nos Grupo B (76,2%) e C (4,8%), mostrando uma lacuna de conhecimento neste domínios. Já o município de Guaíra que faz fronteira direta com o Paraguai contou com apenas um participante, o mesmo respondeu todos os domínios no grupo B, demonstrando que tem a competência, porém não aplica e não sabe ensiná-la.

Já o município de Itaipulândia contou com cinco participantes, onde estes nos domínios 1, 2 e 6, 40% responderam estar no Grupo A que não possuem competência e 60% no Grupo B que tem, porém não aplica, já no domínio 3 o grupo A apareceu com 20% e o B com 80%, nos domínios 4 e 5 foram os que eles mais apresentaram competências ficando nos Grupos B e C. Sendo assim percebe-se que a lacuna deste município se encontra nos domínios 1, 2 e 6 onde tiveram mais respostas do grupo A.

Referente a cidade de Marechal Candido Rondon, esta contou com quatro participantes onde nos seis domínios apresentaram 50% das respostas no Grupo A e 50% no grupo B, demonstrando assim que em todos os domínios possuem lacunas e os que têm competência não são capazes de aplica-las ou dissemina-las.

A cidade de Medianeira contou com seis participantes, apenas no domínio seis (16,7%) responderam estar no Grupo A, já o restante predominou Grupo B e C, o domínio dois foi o que mais apresentou competência do Grupo C com 33,3% já o restante predominou domínio B onde têm o conhecimento, mas não aplicam na prática e não sabem ensiná-las. Podemos perceber então que o déficit do conhecimento está no domínio seis referente à saúde global.

O município de Mercedes contou com três gestores, onde nos seis domínios houve predomínio do Grupo B, pode-se dizer então que estes gestores têm o conhecimento, contudo não aplicam ou disseminam os mesmos. Já Missal teve dois participantes onde nos domínios 2, 3, 4 e 5 todos disseram estar no Grupo B, contudo nos domínios 2 e 6 percebe-se que houve 50% de respostas no grupo A e B, sendo estes considerados as lacunas de conhecimentos deste município.

Já na cidade de São Miguel do Iguaçu, houve seis participantes, em todos os domínios as respostas forma as mesmas Grupo A (16,7%) e Grupo B (83,3%) não houve resposta do Grupo C em nenhum dos domínios, demonstrando que há competência em todos os domínios, porém nenhum gestor participante coloca em prática ou consegue disseminá-la. Em Santa Helena foram quatro participantes nos domínios 1, 2, 4 e 6 houve resposta do Grupo A (25%),

seguido de Grupo B (50%) e C (25%), já os domínios 3 e 5 houve predomínios do Grupo B (75%) e C (25%), verifica-se lacunas nos domínios 1, 2, 4 e 6.

No município de Santa Terezinha de Itaipu teve um total de seis participantes, em todos os domínios houveram respostas do Grupo A, B e C. O que chama atenção neste município é que o domínio 2 e 3 apresentaram maior número de respostas do Grupo A (33,3%) e 50%, 33,3% do Grupo B e C respectivamente, o domínio 3 também apresentou 50% do grupo C, o restante houve predomínio de grupo B. O domínio 6 chama atenção pois houve a mesma porcentagem nos três grupos com 33,3% cada. Percebe-se que a lacuna de conhecimento neste município se encontra nos domínios 2 e 6.

Com relação ao município de Terra Roxa, contou com dois gestores, em que 100% responderam estar no grupo B, nos domínios 1, 2, 3, 5 e 6, apenas no domínio 4 houve 50% no Grupo B e C. Sendo assim este município possui competência em todos os domínios, porém apenas 50% conseguem aplica-las na prática e disseminá-la no domínio 4, o restante apenas têm o conhecimento delas.

Percebe-se então que a lacuna de conhecimentos nos municípios limítrofes predominante se encontram nos domínios 2 e 6, onde o primeiro está relacionado à “Vigilância e controle de danos” esta lacuna pode estar relacionada por se tratar de uma região de fronteira, onde verificamos que o controle de doenças e surtos fica comprometido, devido às fronteiras térreas ou de fácil acesso onde o vetor das doenças tem trânsito livre.

Quanto ao domínio 6 o mesmo trata-se da “Saúde internacional e saúde global” no caso de região de fronteira a saúde global acontece de forma indireta, os transfronteiriços vêm até o Brasil em busca de saúde, contudo não temos a capacidade de realizar todo o atendimento, a lacuna neste domínio pode estar relacionada à falta de acordo binacionais para estabelecer regras para este atendimento.

Tabela 12: Mapeamento de competência dos 12 municípios lindeiros do Oeste do Paraná, utilizando do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública, no período de 2018, domínios 1, 2 e 3.

Municípios Lindeiros	Domínio 1						Domínio 2						Domínio 3					
	G.A		G.B		G.C		G.A		G.B		G.C		G.A		G.B		G.C	
	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)
Diamante d'Oeste	0	0	1	50	1	50	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0
Foz do Iguaçu	2	9,5	16	76,2	3	14,3	4	19	16	76,2	1	4,8	2	9,5	14	66,7	5	23,8
Guaíra	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0
Itaipulândia	2	40	3	60	0	0	3	60	2	40	0	0	1	20	4	80	0	0
Marechal Candido Rondon	2	50	2	50	0	0	2	50	2	50	0	0	2	50	2	50	0	0
Medianeira	0	0	6	100	0	0	0	0	4	66,7	2	33,3	0	0	6	100	0	0
Mercedes	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100	0	0
Missal	0	0	2	100	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2	100	0	0
São Miguel do Iguaçu	1	16,7	5	83,3	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0
Santa Helena	1	25	2	50	1	25	1	25	2	50	1	25	0	0	3	75	1	25
Santa Terezinha de Itaipu	1	16,7	2	33,3	3	0	2	33,3	1	16,7	3	50	1	16,7	2	33,3	3	50
Terra Roxa	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0

Tabela 13: Mapeamento de competência dos 12 municípios limieiros do Oeste do Paraná, utilizando do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública, no período de 2018, domínios 4, 5 e 6.

Municípios Lindeiros	Domínio 4						Domínio 5						Domínio 6					
	G.A		G.B		G.C		G.A		G.B		G.C		G.A		G.B		G.C	
	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)	(Fr)	(%)
Diamante d'Oeste	0	0	1	50	1	50	0	0	1	50	1	50	1	50	1	50	0	0
Foz do Iguaçu	3	14,3	14	66,7	4	19	4	19	12	57,1	5	23,8	4	19	16	76,2	1	4,8
Guaíra	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0
Itaipulândia	0	0	4	80	1	20	0	0	5	100	0	0	2	40	3	60	0	0
Marechal Candido Rondon	2	50	2	50	0	0	2	50	2	50	0	0	2	50	2	50	0	0
Medianeira	0	0	6	100	0	0	0	0	5	83,3	1	16,7	1	16,7	5	83,3	0	0
Mercedes	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100	0	0
Missal	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0	1	50	1	50	0	0
São Miguel do Iguaçu	1	16,7	5	8,3	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0
Santa Helena	1	25	1	25	2	50	0	0	3	75	1	25	1	25	2	50	1	25
Santa Terezinha de Itaipu	1	16,7	3	50	2	33,3	1	16,7	3	50	2	33,3	2	33,3	2	33,3	2	33,3
Terra Roxa	0	0	1	50	1	50	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0

7. DISCUSSÃO

A análise documental dessa pesquisa utilizou a lei 8080/90 e a nova PNAB (2017), mesmo com a diferença dos anos de publicação, percebe-se que nos dois documentos se enfatiza o gerenciamento como principais competências para atuar nestes cargos, tanto no primeiro documento que fala do gestor municipal, quanto no segundo que esclarece as competências do gestor da atenção básica em saúde no SUS, os dois documentos contemplam as competências presentes no MRCESP.

Trabalho realizado com objetivo de verificar o planejamento e a gestão por resultados do Ministério da Saúde, realizou uma comparação entre a lei nº 8080/90 em que estabelece as competências do governo federal frente à saúde e a lei nº 10.683/2003 que dispõe sobre a organização da presidência da república e o ministério. Na comparação das competências entre as duas leis, podemos perceber o que encontramos na presente pesquisa, similaridades entre as competências requeridas do Ministério da Saúde apesar do tempo de publicação de uma lei para a outra (PAULO, 2016).

Sendo assim, um estudo que realizou a análise documental da atenção básica encontrou 224 normas jurídicas relacionadas às ações, normas e estratégias que têm objetivo de melhorar o atendimento da atenção básica em saúde. Esses documentos foram divididos em duas categorias, a primeira diz respeito a documentos que estabelecem princípios, diretrizes, objetivos e organização das ações dos programas e estratégias; a segunda categoria estabelece documentos que trazem detalhes das políticas instituídas pelas normas que estão apresentadas na primeira norma. Esses documentos tem como prioridade melhorar o funcionamento do SUS a partir do gerenciamento dos programas estabelecidos do sistema (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO; et al, 2016).

Por mais que sejam criadas novas normas, para uma política de atenção pública ter efetividade é importante que ela seja implementada, pois apenas a publicação de uma normativa não significa que o serviço irá funcionar como proposto pelo projeto de saúde. O tema que diz respeito ao financiamento do SUS, chamou atenção nesta pesquisa porque as verbas repassadas pelo governo federal dependem do cumprimento de normas estabelecidas nos programas de saúde, sendo assim podemos dizer que o Ministério da Saúde mantém uma relação transversal com todos os municípios brasileiros (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO; et al, 2016). Contudo, percebe-se que o gerenciamento é crucial no gestor de saúde pública para que seja realizado a implementação dos projetos da forma mais adequada.

Foi feita recentemente uma pesquisa com estudantes de medicina na rede de atenção à

saúde que visa instituir a rotina da gestão do SUS nestes estudantes. O estudo relata a deficiência da estrutura das redes, a falta de gerenciamento do processo, causando sobrecarga dos níveis secundários e terciários de saúde, apesar da população entrevistada informar que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o melhor caminho para alcançar a saúde (COUTO et al, 2018).

Novamente, o gerenciamento aparece como uma estratégia de solução para os déficits no serviço de atenção à saúde, o que chama atenção da referente pesquisa é que foi realizada pela classe médica, uma forma de introduzir o gerenciamento na prática médico, algo distante da realidade dos mesmo, pois após o término da formação acadêmica os mesmos acabam focando mais na assistência direta ao paciente (COUTO et al, 2018).

O presente estudo contou com a participação de doze dos quinze municípios limieiros do Oeste do Paraná. Sessenta e dois gestores da atenção em saúde pública responderam o questionário autoaplicado, em que a maioria foi do sexo feminino, especializado e enfermeiros.

Estudo realizado na Colômbia com pessoal que desenvolvia as atividades dos programas de saúde pública contou com 71,6% participantes do sexo feminino, 24,6 % possuem nível superior completo e 20,5% são especialistas, 41,7% dos profissionais que participaram eram médicos, seguidos por enfermeiras com 31,5% (MOLINA et al, 2016). Já estudo realizado com gestores de diferentes instâncias na cidade de Chapecó - SC, contou com 23 participantes, em que em sua maioria era do sexo feminino, formadas em diferentes áreas da saúde que atuam na área em média a dois anos e meio (VENDRUSCULO et al, 2018). Estudo com gerentes de hospitais privados em São Paulo também mostrou predomínio de mulheres à frente da sua administração (BRITO et al, 2017). Verifica-se um predomínio de mulheres em cargos administrativos, mostrando melhor capacidade de gerenciamento.

Na presente pesquisa foi realizada a avaliação das competências na prática profissional dos gestores da atenção básica de saúde em municípios limieiros que estão localizados em região de fronteira, quando analisamos as competências por domínios, a maioria dos gestores contemplam o Grupo B “Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática/ Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia aplica-lo na prática”, quando comparamos os domínios com a variável sexo, percebemos significância estatística nos gestores do sexo masculino com p-valor significativo nos domínios 1, 2, 3, 4 e 6, relacionados à análise da situação de saúde; Vigilância e controle de riscos e danos; Promoção à saúde e participação social; Política, planejamento, regulamento e controle e Saúde global respectivamente.

Em pesquisa realizada com empreendedores de diversas empresas onde analisavam a chance de fechamento dos locais, foi verificado que se o gestor da referente empresa fosse mulher ela teria menos chance de encerrar as atividades da empresa, tal fato foi relacionado com à experiência anterior da gerente, no mesmo cargo ou como funcionária mostrando mais capacidade administrativa do que os homens (BERTOLAMI et al, 2018). O que chama atenção na presente pesquisa é que a maioria das participantes foram mulheres, contudo os homens apresentaram significância estatística em relação as competências.

Realizando uma busca histórica, podemos perceber que as mulheres são novas no ambiente de trabalho externo, já que antigamente os homens tinham papel de provedor familiar e a mulher de dona de casa e cuidadora de filhos. Contudo, hoje existem mulheres que ocupam altos cargos, antes ocupado exclusivamente por homens. Há maior dificuldade pela forma de agir, pela presença, pelo corpo e apesar dos tempos, as mulheres continuam com as tarefas domésticas e sendo responsáveis pelo cuidado do lar, o que difere é que hoje possuem jornadas duplas de trabalho, causando cansaço maior e diminuição de desempenho das mesmas, quando comparadas a homens que ocupam o mesmo cargo que elas (BRASIL, 2012).

Quando comparamos as competências por domínios com escolaridade percebemos que os gestores que apresentam mestrado e doutorado obtiveram respostas do Grupo B e C, onde o grupo C significa “Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros” e o B que foi exposto anteriormente, mostrando que os cursos de stricto sensu de mestrado e doutorado preparam profissionais para atuarem na prática e não apenas nas universidades como a grande maioria acredita.

Seguindo este contexto, estudo realizado na Colômbia com 672 gestores, identificou que 3,7% realizaram mestrado sendo em sua maioria nas áreas de saúde pública e educação, 20,5% possuíam especialização com predominância nas áreas de administração em serviços de saúde e auditoria em serviços de saúde, apenas 0,3% possui a titulação de doutor (MOLINA-MARIM et al, 2016). Demonstrando o encontrado na presente pesquisa, que a menor parte dos gestores possuem mestrado ou doutorado e sua grande maioria são especialistas no campo da saúde.

Durante o decorrer dos anos, houve um aumento significativo do número de cursos de mestrado e doutorado no Brasil, sendo assim, em 2016 tivemos a formação de 690 mestres e 321 doutores apenas na área de saúde coletiva, portanto o país possui um grande número de experts nessa área, as universidades não tem a capacidade de empregar todos estes profissionais, portanto eles estão no processo de migração para a categoria profissional

(NOVAES et al, 2018).

Em estudo realizado na escola de enfermagem de São Paulo mostrou o perfil dos egressos do curso de mestrado e doutorado na área de gerenciamento em enfermagem, foram inclusos na pesquisa 264 ex-alunos dos anos de 1978 a março de 2010, o estudo evidenciou que 42% dos egressos do curso do mestrado atuam no ensino e 80% do curso do doutorado, e que 25% dos mestres atuam na gerência e 23% em serviços de assistência, contudo percebe-se que os doutores se concentram mais na gerência do que na assistência (FELLI et al, 2011). Sendo assim o presente estudo mostra que mestres, doutores possuem competência para atuar frente a gestão em saúde pública, mas o número destes profissionais ainda é escasso, pois os mesmos estão concentrados nas universidades, como mostra o estudo anterior.

Além disso, vem aumentando o número de mestrados profissionais no país, um estudo realizado com coordenadores dos cursos do Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde, programa que tem como objetivo sistematizar e produzir conhecimentos teórico-prático que ampliassem as competências para o trabalho na atenção primária a saúde, a grade foi formada a fim do profissional adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar nesta área e compor as competências esperadas destes profissionais (ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016).

Sendo assim, podemos comparar as competências essenciais dos domínios do MRCESP, com as competências que o mestrado profissional em saúde pública direciona seus estudantes, estes profissionais devem adquirir as competências a seguir: Desenvolver ações na promoção da saúde; compreensão e atuação no modelo de atenção primária integral; gestão da clínica; utilização de informações e comunicação em saúde; planejamento e avaliação em saúde e competências para o trabalho de educação em saúde (ALMEIDA et al, 2017; ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016). Portanto, podemos relacionar a grade curricular dos profissionais que possuem mestrado profissional em saúde pública com contemplar as competências descritas no MRCESP, pois elas possuem grandes similaridades.

Com relação a profissão de gestor, percebe-se que nesta pesquisa predominou enfermeiros como gestores em saúde pública, contudo quando realizado o cruzamento não apresentou significância estatística em nenhum dos domínios, porém os mesmos permaneceram no Grupo B, sendo assim eles possuem competências mais não aplicam as mesmas.

Por outro lado, estudo realizado com coordenadores do curso de enfermagem e discentes do último ano do curso da região norte do Brasil mostra que o enfermeiro na saúde coletiva possui mais autonomia e segurança na realização do seu trabalho, verifica-se que a

competência de gerenciar serviços de saúde é realizada diariamente pelos menos na atenção básica de saúde (REGIS; BATISTA, 2015).

Já pesquisa realizada na região sul do Brasil com acadêmicos da graduação em enfermagem para identificar o *gap* na formação gerencial do enfermeiro apontou, a partir da referência do C- conhecimentos; H- habilidades e A- atitudes, em que as maiores lacunas encontradas foram em C: supervisão e auditoria; H- supervisão e recursos humanos, físicos e materiais e A- auditoria e supervisão (PERES et al, 2017). Estudo de revisão bibliográfica sobre competência profissional do enfermeiro hospitalar mostrou um déficit de artigos com esta temática, foram encontrados oito no total, sendo assim percebemos a escassez de pesquisas abordando este tema (ARAGÃO et al, 2016), tema ainda mais raro quando se trata de saúde pública, em que o enfermeiro possui mais autonomia, porém não atua como gerente de forma efetiva.

Dentre os estudos encontrados foi possível identificar um que realizou a validação de conteúdo de um instrumento que avalia as competências dos enfermeiros gestores. São divididos em três domínios, sendo eles: 1) Competências educacionais; 2) Competências administrativas e 3) Competências individuais (NOGUEIRA; CUNHA, 2018). Com estes estudos podemos perceber que o enfermeiro possui mais capacidade de gerenciamento pela sua formação de base, mas há déficits grandes de competências relacionados na supervisão, como o último estudo foi realizado com alunos é um *gap* que pode ser corrigido ainda na universidade.

A técnica de mapeamento de competências pode ser realizada em qualquer área profissional, pois busca identificar a lacuna de conhecimentos dos profissionais (BRANDÃO, 2012), sendo assim, são encontrados estudos desta metodologia na área da educação, em que abordam a lacuna de conhecimento pedagógicos administrativos de profissionais que atuam na educação a distância (JUNIOR; FAIAD; RÊGO, 2018), na área de psicologia, onde foi realizado o mapeamento das competências do psicólogo escolar (SANTOS-MELO et al, 2017), mapeamento da competência comunicativa na área da fonoaudiologia (BORREGO; BAHLAU, 2018), mapeamento para identificar os *gaps* na formação do enfermeiro (PERES et al, 2017) e mapeamento de competências do enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva (ALFIERI, ALEBBI, BEDINI et al, 2017).

Foi realizado o mapeamento de competência dos gestores que atuam na atenção básica à saúde, a partir das competências estabelecidas no Marco Regional de Competências em Saúde Pública (MRCESP) (ALMEIDA et al, 2017). As lacunas encontradas nos gestores dos 12 municípios participantes da pesquisa foram no domínio 2 Vigilância e controle de riscos e

danos, que estão relacionados a vigilância epidemiológica no controle de surtos e como se manifestam as doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes de trabalho ou exposição a substâncias tóxicas e agentes ambientais que possam causar danos à saúde.

Sendo assim, estudo realizado no Rio Grande do Sul em que fizeram uma série histórica de 2009 a 2015 com indicadores de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador, verificou que para fortalecer as ações de vigilância em saúde é necessário identificar os locais que possuem prioridade para garantir a equidade do acesso, sendo assim a avaliação dos indicadores produz evidências sobre a situação de saúde local, possibilitando uma territorialização dos locais de risco epidemiológicos e identificar suas áreas críticas (MONDINI; MENEGOLLA; SILVA, 2017).

Sabe-se que sistemas de vigilância sanitária e controle de danos à saúde são imprescindíveis para o funcionamento da saúde pública. Estudo realizado no Congo para avaliar a capacidade de profissionais das províncias do país sobre vigilância de doenças comuns na região. Foram entrevistados 47 agentes de saúde responsáveis pelo controle de doenças de 39 centros de saúde, 79% dos entrevistados afirmaram que não receberam nenhum tipo de treinamento, o restante recebeu treinamento de pessoas da comunidade, houve poucas visitas de supervisão cerca de 33% do esperado em unidades de saúde e 56% do esperado em centros de saúde (STOLKA et al, 2018). Este trabalho mostra o déficit de fiscalização e conhecimento dos profissionais sobre o tema abordado.

Por outro lado, a região de estudo do presente trabalho trata-se de uma região de fronteira, onde podemos observar uma migração pendular acentuada, isto é, um grande contingente de pessoas que migram para outro território para estudar ou trabalhar diariamente, pode observar este fato no local de estudo da referente pesquisa, portanto não é possível restringir o atendimento à saúde dessa população na rede de atenção básica, pois com isso estaríamos descumprindo um direito do SUS de universalidade do acesso (ZASLAYSKY; GOULART, 2017). Dificultando então o controle da vigilância dos fatores epidemiológicos e ambientais nestas localidades.

Tendo como base a Saúde Global e Internacional que compõe do Domínios 6 do MRCEP tem por definição um enfoque na saúde com perspectiva de direito universal e bem-estar social, sendo necessárias abordagem globais de saúde com respeito aos direitos humanos, soluções transnacionais, regionais e globais, melhorando as condições de saúde de todos os cidades do mundo, com uso de ferramentas sanitárias nacionais de diplomacia de saúde e cooperação técnica (ALMEIDA et al, 2017). Nota-se que há uma lacuna de

conhecimento por parte dos gestores em saúde pública neste domínio, o que chama atenção pela sua definição é que se refere à saúde de todos os cidadãos se enquadrando então a saúde dos transfronteiriços, portanto os participantes da pesquisa acabam tendo mais lacunas neste domínio.

O conceito de saúde global traz como ideia que a saúde de todas as pessoas do mundo devem ser mantida a partir de um esforço internacional coletivo, deve-se portanto compreender as dificuldades locais a partir de questões coletivas. O principal objetivo é que possam ser superadas as dificuldades mundiais de saúde de forma coletiva, com cooperação e sem limites fronteiriços (SAMPAIO; VENTURA, 2016).

Estudos mostram que a melhor forma de alcançar a saúde global é a partir de acordo binacionais e relações internacionais. O Brasil possui a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) em que possui cerca de 350 projetos concluídos, sendo em sua grande maioria na área da saúde (BUSS, 2018). Pesquisa de revisão integrativa, na qual o tema foi a integração de saúde nas fronteiras, obteve como resultado que acordos binacionais de saúde são alternativas possíveis para resolver problemas de logísticas, levando em consideração que as áreas de fronteiras são distantes dos grandes centros urbanos e muitas vezes o país vizinho fica mais próximo que o centro de referência do país de origem (SANTO-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018).

Estudo mostra que a região de fronteira possui peculiaridades em relação à assistência de saúde quando comparados a outras regiões, isso porque moradores de países vizinhos consideram que a saúde brasileira possua mais qualidade em relação aos países que fazem fronteira com o país, isto causa a vinda de estrangeiros para o Brasil acarretando então, a sobrecarga de estabelecimentos de saúde no país, porque além de estrangeiros, os próprios brasileiros, residentes dos outros países, acabam vindo até o território brasileiro receber atendimento (ZASLAYSKY; GOULART, 2017). Sendo assim, verificamos motivos para que haja a lacuna de competência neste domínio.

8. CONCLUSÃO

A presente pesquisa foi desenvolvida pela necessidade de se realizar o mapeamento de competências dos gestores que atuam na atenção básica de municípios limítrofes de uma região de fronteira, a fim de se identificar lacunas dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos mesmos e aprimorar métodos de preenchimentos das mesmas.

Contudo, verificou-se que o instrumento Marco Regional de Competências Essenciais

em Saúde Pública (MRCESP) atende as competências estabelecidas ao gestor de saúde pública municipal nas leis federais, sendo assim, foi possível utilizá-lo na avaliação da aplicabilidade das competências do marco.

A pesquisa demonstra que a maioria dos gestores que atuam nestas regiões são mulheres, enfermeiras, e o que chama atenção é que os participantes que possuem mestrado e doutorado se consideram mais competentes que os demais, mostrando que estes profissionais podem ser bem-sucedidos não só no ambiente acadêmico mas também em sua carreira profissional, podendo ser mais um local de atuação do mesmo.

Com relação ao mapeamento de competência, foi possível verificar lacuna nos 12 municípios estudados em dois domínios o relacionado à Vigilância e Controle de Riscos e Danos e Saúde Global e Internacional, estas intimamente relacionados com a localidade onde estes participantes atuam, pois regiões de fronteira são áreas de difícil controle de doenças e ao mesmo tempo locais de riscos de novas doenças no país. Já a saúde global é relacionada com o uso do SUS pelos estrangeiros que ultrapassam a fronteira para usufruir do nosso sistema.

Como limitação da pesquisa, não foi possível realizar a pesquisa nos 15 municípios lindeiros do Oeste do Paraná, devido a negativa de um destes. Outros dois que aceitaram participar da pesquisa, os gestores não responderam o questionário por completo e foram desconsiderados nesta pesquisa.

Como perspectiva de novos estudos, propõe-se realizar a análise qualitativa dos dados da referente pesquisa, para verificar na percepção dos mesmos, o que eles entendem por competências e quais as competências que devem ser expressas pelo gestor que atua na atenção em saúde pública.

Em um Modelo de Gestão por Competências o mapeamento é uma etapa e sua continuidade traz subsídios para o desenvolvimento de competências. Assim, esta pesquisa aponta para a necessidade de políticas e ações de educação permanente junto a estes gestores de saúde. Salienta-se ainda que deve ser estabelecida competências específicas para gestores que atuam nas regiões de fronteira, levando em consideração que se trata de uma região com total distinção das demais do território brasileiro, nestas localidades os gestores precisam trabalhar para atender a sua população local e a flutuante onde não recebem verbas para suprir os déficits orçamentários.

Dessa forma podemos afirmar que a lacuna do mapeamento de competência dos gestores de municípios lindeiros está inteiramente relacionada com o problema estrutural de onde vivem estes participantes, e que não pode ser resolvida sem o envolvimento do governo

federal, levando em consideração que a área de fronteira brasileira é muito extensa.

Os resultados deste trabalho devem ser apresentados para todos os gestores dos municípios limítrofes, a fim de que o município ofereça estratégias de educação permanente para que os mesmos adquiriam os conhecimentos, habilidades e atitudes, para aprimorar ou aprofundar estas competências.

9. REFERÊNCIAS

- ALFIERI, E., ALEBBI, U., BEDINI, M. G., BONI, G., FOÀ, C. Mapping the nursing competences in neonatology: a qualitative research. **Acta Biomedica Brasiliensia**. v. 88, n. 3, p. 51-58, 2017.
- ALMEIDA, M.L. **Competências essenciais de gestores para a saúde pública/coletiva**. Tese. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2016.
- ALMEIDA, M. L., PERES, A. M., FERREIRA, M. M. F., MANTOVANI, M. F. Translation and adaptation of the essential competencies in Public Health for human resources in health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017.
- ARAGÃO, C. O., TEÓFILO J. K. S., NETTO, J. J. M., SOARES, J. S. A., GOYANNA, N, F., CAVALCANTE, A. E. S. Competência do enfermeiro na gestão hospitalar. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. v. 17, n. 2, p. 66-74, 2016.
- BERTOLAMI, M., ARTES, R., GONÇALVES, P. J., HASHIMOTO, M., LAZARINI, S. G. Sobrevivência de empresas nascentes: Influência do capital humano, social, práticas gerências e gênero. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 22, n. 1, p. 311-335, 2018.
- BOYATZIS, R. E. The competent manager: A model for effective performance. **Wiley, New York**, 1982. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/smj.4250040413>. Acesso em: 02/09/2018 as 14h e 31min.
- BRANDÃO, H. P. **Mapeamento de competências: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2012.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, p. 248, 2003.
- _____. **Fronteiras do Brasil: Diagnóstico e agenda de pesquisa para política pública**. Brasília- DF. 2017.
- _____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- _____. **Instituto de pesquisa econômica aplicada**. Brasília-DF. 2012.
- _____. **Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: Interfaces**

com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras. Brasília- DF. 2016.

_____. Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira.** Brasília: Ministério da Integração Regional. 2005.

_____. **Norma Operacional Básica do SUS- 01/93. 1993.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 18/05/2017 às 21h:30 min.

BORREGO, M. C. M., BEHLAU, M. A mapping of the speech language pathology practice patgway in verbal expressivity in the work of communicative competence. **Communication Disorders, Audiology and Swallowing.** v. 30, n. 6, 2018.

BRITO, L. A. L., MALIK, A. M., BRITO, E., BULGACOY, S., ANDREASSI, T. Prática de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** v. 33, n. 3, 2017.

BUSS, P. M. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 6, p. 1.881-1.889, 2018.

CAMPOS, D. C. S. **Competências gerenciais dos pró-reitores em uma instituição de ensino superior: um estudo de caso na Universidade Federal de Viçosa.** Dissertação. Viçosa: Administração da Universidade Federal de Viçosa, 2007.

CASTRO, A. L. B., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Financiamento da atenção básica no SUS. **Anais Abrascão 2018.** Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf>. Acesso em: 08/10/2018 às 23h e 45 min.

CARBONE, P. P., BRANDÃO, H. P., LEITE, J. B. D. **Gestão por competências e gestão do conhecimento.** 3 ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

CONEJERO, J. S., GODUE, C., GUTIÉRREZ, J. F. G., VALLADARES, L. M., RABIONET, S., CONCHA, J., et al. Competencias esenciales en salud pública un marco regional para las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública.** v.3, n.1, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAL DE SAÚDE. **Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano.** COSEMS- RJ. 2016.

CORREA, G. C. Definição e desenvolvimento de competências: Um paradigma no processo estratégico. **Revista do CEPE.** v. 39. n. 67. p.103-116, 2015.

- COUTO, V. B. M., SANTOS, C. M. B., SAMPAIO, B. P., ALMEIDA, I. S., MEDEIROS, S. C., SANTOS, N. G. S., et al. Vivenciando a rede: Caminho para a formação do médico no contexto do SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 42, n. 2, p. 5-14, 2018.
- DOMINGOS, C. M., NUNES, E. F. P. A., CARVALHO, B. G., MENDONÇA, F. F. A legislação da atenção básica no sistema único de saúde: uma análise documental. **Caderno de Saúde Pública**. v. 32, n. 3, 2016.
- DOMENICO, E. B. L., IDE, C. A. C. As competências do graduado de enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 394-401, 2006.
- DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- EBERHART, J. V. **Lindeiros reivindicam sistema diferenciado para saúde na fronteira**. Noticiar comunicação. Disponível em: <http://www.uniaoagora.com.br/2017/06/lindeiros-reivindicam-sistema-diferenciado-para-saude-na-fronteira.html>. Acesso em: 16/10/2017 às 18 hr e 05 min.
- ENGSTROM, E. M., MOTTA, J. I., VENÂNCIO, S. A. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1.461-1470, 2016.
- FELLI, V. E. A., KURCGANT, P., CIAMPONE, M. H. T., FREITAS, G. F. F., OGUISSO, T., MELLEIRO, M. M., TRONCHIN, M. R., GAIDZINSKI, R. R. Perfil de egressos da pós-graduação stricto sensu na área de gerenciamento me enfermagem da EEUSP. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 45, 2011.
- FERNANDES, L. C. L., MACHADO, R. Z., ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, p. 1541-1555, 2009.
- FLEURY, M. T. L., FLEURY, A. **Construindo o conceito de competência**. RAC, Edição Especial. p. 183-196, 2001.
- FLORES, C., BESEN, F. C., ARAÚJO, T. V., SERAFIM JUNIOR, V. Impact of there sources of royalties from itaipu on the revenue and expediture of the municipalities lindeiros paranaenses. **Revista da UNIFEBE**, Brusque, v. 1, n. 21, 2017.
- FRAGELLI, T. B. O., SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em saúde pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-74, 2012.
- FERREIRA, C. M. P. G., MARIANI, M. A. P., NETO, A. F. O. O projeto sistema integrado

- de saúde das fronteiras em Corumbá- MS. **Revista GeoPantanal**. n. 18, p. 71-92, 2015.
- GADELHA, C. A. G., COSTA, L. Integração de fronteiras no contexto de uma política nacional desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública**, .v. 23,n. 2, p. 214-226, 2007.
- GALLO, E., COSTA, L., MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. **Organização Pan-Americana de Saúde**. p. 41-53, 2004.
- GIUDICE, S. R. 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.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIL, C. R. R., LUIZ, I. C., GIL, M. C. R. Gestão Pública em Saúde: O processo de trabalho na gestão do SUS. **Editora da Universidade Federal do Maranhão**. São Luís- MA, 2016.
- GIOVANELLA, L., GUIMARÃES, L., NOGUEIRA, V. M. R., LOBATO, L. V. C., DAMACENA, G. G. Saúde nas Fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteiras com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, cap 2, 2007.
- GONÇALVES, F. B. Estatística descritiva. 2018. Disponível em: <<http://www.est.ufmg.br/~fbgoncalves/C2.pdf>>. Acesso em: 03/11/2018.
- GUIMARÃES, P. Estatística não paramétrica. Universidade Federal do Paraná, Departamento de Estatística. 2014. Disponível em: <https://docs.ufpr.br/~prbg/public_html/ce050/aluno%202014%20np.pdf>. Acesso em: 03/11/2018
- HAMEL, G., PRAHALAD, C. K., PORTER, M. Estratégica: A busca da vantagem competitiva. **Editora Campus**. Rio de Janeiro. 1999.
- ITAIPU BINACIONAL. **Royalties**. Disponível em: <https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/royalties>. Acesso em: 16/09/2017 às 20:00hr.
- JUNIOR, F. A. C., FAIAD, C., RÊGO, M. C. B. Mapeamento de competências de suporte e de apoio pedagógica e administrativo de profissionais que atuam na modalidade a distância. **Revista em Educação**. n. 34, 2018.
- LINDEIROS. **Conselho de desenvolvimento dos municípios lindeiros ao lago de itaipu**. Disponível em: <https://www.lindeiros.org.br/lindeiros/paginas.php?idmat=907>. Acesso em: 21/05/2017 às 01 hr e 22 min.
- MARTINS, M., CARNEIRO, C. **Política da gestão do trabalho e a atenção em saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da atenção básica do município**

do Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9590>. Acesso em: 01/10/2017.

MCCLELLAND, D. C. Testing for competence rather than for “intelligence”. **Harvard University**. 1973.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.189 de 5 de junho de 2006**.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Programa Nacional de Atenção Básica.

MONDINI, R. P., MENEGOLLA, I. A., SILVA, E. V. Identificação das regiões de saúde do Rio Grande do Sul, Brasil, prioritárias para ações de vivigância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 10, p. 3.429-3.437, 2017.

MOLINA-MARIN G., OQUENDO, L. T., RODRÍGUEZ, G. S., VESGA, C. G., CAMPOS, N. L., PAYARES, R. A. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis em cinco ciudades colombianas, 2014. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**. v. 15, n. 30, 2016.

NOGUEIRA, V. O., CUNHA, I. C. K. O. Validação de conteúdo do perfil de competência de enfermeiros gestores de ensino superior. **Revista Cuidado**. v. 9, n. 1, p. 1998-2006, 2018.

NOVAES, H. M. D., WERNECK, G. L., CESSE, E. A. P., GOLDBAUM, M., MINAYO, M. C. S. Pós-graduação senso estrito em saúde coletiva e o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 2017-2035, 2018.

ORGANIZACIÓN PAN- AMERICANA DE LA SALUD. **Competencias esenciales em la salud publica: un marco regional para las Américas**. Washington, DC, 2013.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultado: o caso do Ministério da Saúde. **Physis**. v. 26, n. 3, p. 981-1007, 2016.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud em la frontera de Brasil: um enfoque geográfico. **Caderno de Saúde Pública**. v. 23, n. 2, p. 237-250, 2007.

PERES, A. M., EZEAGU, T. N. M., SADE, P. M. C., SOUZA, P. B., GÓMEZ-TORRES, D. Mapping competencies: Identifying gaps in managerial nursing training. **Texto Contexto em Enfermagem**. v. 26, n. 2, 2017.

PIFFER, M. Apontamentos sobre a base econômica da região Oeste do Paraná. In: CASSIMIRO F. F., SHIKIDA, P. F. A. (Org.). **Agronegócio e Desenvolvimento regional**. Cascavel: EdUNIOESTE, p. 207, 1999.

R, R. C. T. **R: A Language and Environment for Statistical Computing** Foundation for Statistical Computing. Vienna, AustriaR Foundation for Statistical Computing, 2017. Disponível em: <https://www.r-project.org/>.

- REGIS, C. G., BATISTA, N. A. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 4, p. 548-554, 2015.
- SANTOS-MELO, G. Z., ANDRADE, S. R., RUOF, A. B. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 31, n. 1, p. 102-107, 2018.
- SAMPAIO, J. R. C., VENTURA, M. La emergencia del concepto salud global: perspectivas para el campo de la salud pública. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. v. 5, n. 4, p. 145-155, 2016.
- SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Programa Saúde do Viajante (PESV)**. 2015.
- SILVA, N. R. P. J. **Possibilidades e limites para o acesso aos direitos socioassistenciais por cidadãos transfronteiriço**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2014.
- SILVA, V. R., UGOSKI, D. R., DRAVANZ, G. M. G. Negação dos direitos socioassistenciais para transfronteiriços indocumentados: desafios para as cidades gêmeas. **Texto & Contexto (Porto Alegre)**. v. 16, n. 1, p. 231-243, 2017.
- SIQUEIRA, M. M. M. Medidas do comportamento organizacional. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. especial, p. 11-18, 2002.
- STOLKA, K. B., NGOYI, B. F., GRIMES, K. E. L., HEMINGWAY-FODAY, J. J., LUBULA, L., MAGAZANI, A. N., et al. Assessing the surveillance system for priority zoonotic diseases in the Democratic Republic of the Congo, 2017. **Health Security**. v. 16, n. 1, 2018.
- TILSON, H., GEBBIE, K. M. The public health workforce. **Public Health**. v. 25, p. 341-356, 2004.
- TORRES, A. A. L., ZAVIANI, F., SILVA, S. M. Mapeamento de competências: ferramenta para a comunicação e a divulgação da científica. **Revista Transformação**, v. 3, n.24, p. 191-205, 2012.
- VANDERLEI, M. I. G., ALMEIDA, M. C. P. A. Concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.
- VENDRUSCULO, C., FERRAZ, F., PRADO, M. L., KLEBA, M. E. Instâncias intersetoriais de gestão: Movimentos para a reorientação da formação na saúde. **Revista Interface**, v. 22, n. 1, p. 1353-1364, 2018.
- XAVIER, D., ENDLICH, A. M. Municípios lindeiros ao lago de itaipu na microrregião de Toledo e a aplicação dos *Royalties*. **Geoiंगा: Revista do Programa de Pós-Graduação em**

Geografia de Maringá, v.5, n. 2, p.141-165, 2013.

ZASLAYSKY, R., GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 12, p. 3.981-3.986, 2017.

ZARIFIN, P. **Objetivo Competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

ANEXO 1. QUESTIONÁRIO MARCO REGIONAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA

Questionário N° _____

Informações:

Prezado profissional de saúde, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre competências do gestor que atua na atenção à saúde pública/coletiva em Região de fronteira.

O questionário é apresentado em duas partes. A primeira refere-se aos dados de caracterização dos respondentes e a segunda é composta por 56 questões estruturadas (fechadas) sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que foram traduzidas e adaptadas ao contexto brasileiro por especialistas em saúde pública/coletiva com a autorização desta entidade. Basta escolher e assinalar uma das opções expostas a fim de caracterizar e pontuar as competências essenciais desenvolvidas no seu trabalho para a atenção à saúde pública/coletiva. A pontuação em percentuais escolhidos permitirá realizar o mapeamento de competências do gestor. O tempo de preenchimento do questionário será em torno de vinte a trinta minutos.

Nessa pesquisa, competência individual não pode ser vista de forma singular, mas sim atrelada às competências essenciais da organização, pois a entrega esperada dos profissionais deve estar focada no que é essencial, pois assim estarão mais bem orientadas no desenvolvimento de suas atividades (DUTRA, 2014).

A sua participação é muito importante para a pesquisa e lhe será assegurado o anonimato das respostas. Agradecemos sua colaboração.

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. **Idade:** _____

2. **Gênero:** () masculino () feminino

3. **Formação:**
 - Ensino básico ()
 - Ensino médio completo ()
 - Ensino médio incompleto ()
 - Graduação () Ano de conclusão _____ Nome do curso: _____
 - Graduação incompleta ()
 - Especialização () Ano de conclusão _____ Nome do curso: _____
 - Mestrado () Ano de conclusão _____ Área: _____
 - Doutorado () Ano de conclusão _____ Área: _____

4. Profissão: _____

5. Tempo de trabalho na secretária de saúde _____

6. Tempo no cargo atual de gestão: _____

7. Nome atribuído ao cargo: _____

8. Como foi o processo para ocupar o cargo:

indicação análise de currículo prova específica interna outro: _____

9. A instituição solicitou algum pré-requisito para ocupar o cargo:

Sim

Não

Se sim, qual _____

10. Você possuía alguma experiência anterior em cargo de gestão?

sim

não

Se sim qual área/cargo: _____

Se sim, quanto tempo de experiência em cargo de gestão anterior _____

11. Número de pessoas sob sua responsabilidade: _____

12. Descreva suas atribuições ou atividades no cargo de gestão que atua:

13. Descreva quais competências você acha que precisa ter para desempenhar a sua função nesse cargo:

COMPETÊNCIAS DO GESTOR

A seguir, responda com a alternativa que expresse como você percebe as competências que desenvolve na sua atuação profissional, considerando a escala abaixo, assinale com um “X” nos parênteses à esquerda dos itens para indicar o quanto você concorda com cada competência.

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.

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) Recomendações 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.

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 priorizados.

- 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.

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.

1) Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que sustentam a gestão de políticas de modo a contribuir para a garantia da e do direito fundamental à saúde.

- 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.

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.

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?

ANEXO 2. 56 COMPETÊNCIAS DO QUESTIONÁRIO MARCO REGIONAL DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA

- Domínio 1: Análise da situação de saúde;
- 1. 1. Utilizar a estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.
- 1.2. Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.
- 1.3. Estabelecer prioridades de saúde pública para responder às necessidades da saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda pelos serviços de saúde.
- 1.4. Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções populacionais.
- 1.5. Recomendar ações em favor da saúde para diferentes audiências, públicos e de usuários do sistema de saúde, baseadas em evidência no novo conhecimento gerado mediante pesquisa.
- 1.6. Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.
- 1.7. 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.
- 1.8. Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores chave e disciplinas para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde desde o nível local até o nível global.
- 1.9. Administrar a informação, a pesquisa e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para melhorar os resultados das ações de saúde e contribuir para o bem-estar da população.

- Domínio 2: Vigilância e controle de riscos e danos.
- 2.1. Analisar as ameaças, riscos e danos da saúde para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e danos na saúde pública.

- 2.2. Realizar a gestão das redes, dos serviços e laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle na saúde pública.
- 2.3. 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.
- 2.4. 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.
- 2.5. Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.
- 2.6. Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes níveis setoriais e cidadãos para enfrentar os riscos e ameaças e danos à saúde.
- 2.7. 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.
- 2.8. Realizar pesquisas biomédica, sócio-demográfica, ambiental e operativa com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos.
- 2.9. Avaliar os processos críticos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas priorizados.
- 2.10. Estimar o risco de desastres para determinar sua dimensão.
- 2.11. Traçar planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.
- 2.12. Delinear projetos de intervenção para a redução de risco de desastres em saúde.
- 2.13. Executar a resposta imediata diante ameaças, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde.
- 2.14. Planejar e executar a reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.

- Domínio 3: Promoção da saúde e participação social

- 3.1. Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para ser capaz de realizar mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.
- 3.2. Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque de trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.
- 3.3. Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.
- 3.4. Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação para a sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.
- 3.5. Reconhecer as considerações éticas vinculadas aos enfoques de competências culturais para aplicá-las na prática da saúde pública em diferentes contextos.
- 3.6. Aplicar as modalidades e mecanismos que fomentam o empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.
- 3.7. Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção de Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes em atenção primária em saúde e nos serviços comunitários.
- 3.8. Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças em nível de atenção primária, na política de pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.
- 3.9. Promover, criar e fortalecer espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.
- 3.10. Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.

- Domínio 4: Política, planificação, regulação e controle.
- 4.1. Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que

fundamentam a gestão de políticas para contribuir para a garantia da equidade e do direito fundamental à saúde.

- 4.2. Proteger em toda política pública setorial o extra-setorial o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.
 - 4.3. Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a equidade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque na atenção primária.
 - 4.4. Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.
 - 4.5. 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.
 - 4.6. 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.
 - 4.7. Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.
-
- Domínio 5: Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos.
 - 5.1. Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque dos determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.
 - 5.2. Implementar planos, estratégias e ações que aumentem a equidade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção à saúde a população.
 - 5.3. Desenhar projetos e implantar práticas que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção de saúde.
 - 5.4. Promover garantias de qualidade nos serviços de saúde de acordo com os

padrões de segurança na gestão e práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população.

- 5.5 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.
- 5.6. 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.
- 5.7. Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e a confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.
- 5.8. Estimular e participar em equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

- Domínio 6: Saúde Internacional /global
- 6.1.Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global
- 6.2. 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.
- 6. 3. Promover iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas.
- 6. 4.Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social nas Américas.
- 6. 5.Contrastar diferentes sistemas de prestação de serviços e suas implicações nos usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, para utilizar essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.
- 6. 6.Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.

- 6. 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.
- 6. 8. Utilizar fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.