

## Contribuições do Modelo Simplificado de Gestão por Competências para uma Secretaria Municipal de Saúde\*


Alessandro Albini<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0929-6042>

Aida Maris Peres<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2913-2851>

Maria de Lourdes de Almeida<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7547-2991>

**Objetivo:** apresentar as contribuições do Modelo Simplificado de Gestão por Competências em uma secretaria municipal de saúde. **Método:** pesquisa de métodos mistos integrados do tipo exploratório-descritivo. Aplicou-se o modelo em município sul-brasileiro, nas etapas documental, questionário, mapeamento de lacunas e proposta educacional. **Resultados:** na primeira etapa, após levantamento documental, foram descritas 14 competências essenciais gerais e escolhido um questionário com competências essenciais específicas, sendo realizada confirmação de correlação entre elas; na segunda, obteve-se o grau de importância das competências e o grau de expressão da competência no trabalho, após preenchimento dos questionários por 74 gestores da saúde pública municipal; na terceira, adotou-se fórmula para o grau de prioridade de capacitação e sua classificação; a quarta etapa apresentou proposta educacional para o desenvolvimento de uma das competências com maior grau de prioridade. **Conclusão:** o modelo traz contribuições pela descrição de competências essenciais gerais, após levantamento documental, pela realização da correlação entre um questionário contendo competências essenciais específicas com as competências essenciais gerais, pelo mapeamento de lacunas e pela proposta de trilhas de aprendizagem para o desenvolvimento de competências.

**Descritores:** Gestão em Saúde; Saúde Pública; Enfermagem em Saúde Pública; Competência Profissional; Avaliação de Desempenho Profissional; Educação Continuada.





\* Este artigo refere-se à chamada temática "Tecnologias educacionais e métodos pedagógicos inovadores na formação de recursos humanos em saúde". Artigo extraído da dissertação de mestrado "Contribuições do Mapeamento de Competências na Gestão da Saúde Pública Municipal", apresentada à Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais, Secretaria Municipal de Saúde, São José dos Pinhais, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

### Como citar este artigo

Albini A, Peres AM, Almeida ML. Contributions of the Simplified Competency Management Model to a Municipal Health Secretariat. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3429. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3385.3429>.

## Introdução

A gestão por competências é relativamente nova no Brasil, mas tem aumentado em importância, sendo considerada sinônimo de boa prática de gestão<sup>(1)</sup>. Desde a promulgação do Decreto nº 5.707/2006, que consolidou a gestão por competências como um dos modelos a serem seguidos pela administração federal, há busca e aplicação de novos modelos na perspectiva da gestão por competências para o setor público<sup>(2)</sup>.

Modelos de gestão por competências estão presentes nos setores públicos e privados de muitos países, mas vários deles são complicados e conceitualmente focam nas necessidades do passado e presente. O contraponto seriam modelos simplificados de gestão por competências dinâmicos voltados aos conhecimentos, às habilidades e aos comportamentos que serão essenciais aos gestores no futuro<sup>(3)</sup>. A gestão por competências também é aplicada em países que possuem sistemas nacionais de saúde, como o Canadá, que trabalha com competências essenciais em saúde pública desde 2008<sup>(4)</sup>.

A Associação de Escolas de Saúde Pública na Região da Europa publicou sua primeira edição da Lista Europeia de Competências Essenciais para o Profissional de Saúde Pública em 2006<sup>(5)</sup>. A Associação é formada por escolas de saúde de países como a Dinamarca, Bélgica, Suíça, França, Reino Unido, Holanda, Polônia, Sérvia, Hungria e outros, apresentando a quinta edição da Lista Europeia de Competências Essenciais em 2018<sup>(6)</sup>.

Genericamente, as competências essenciais (*core competencies*) fornecem parâmetros para a execução dos serviços em saúde pública, pois tratam do acesso a serviços de saúde, vigilância, prevenção de doenças e danos, promoção e proteção à saúde<sup>(4)</sup>. Especificamente no Reino Unido, o documento *Public Health Skills and Knowledge Framework* 2016 aborda a necessidade de uma estrutura de competências para tratar de temas como resultado, descrição de atividades e funções dos profissionais, desenvolvimento profissional, currículo educacional e descrição das funções na saúde pública<sup>(7)</sup>.

Na América Latina, em 2013, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), emitiu um documento chamado *Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para Las Américas* (MRCESP)<sup>(8)</sup>, instrumento que define conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a força de trabalho da saúde pública. Também reconhece que a garantia do cumprimento de obrigações em saúde pública depende de gestores competentes, ainda com insuficientes ofertas de capacitação<sup>(8)</sup>.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) demanda de seus gestores compromissos locais e

regionais, participação em variados conselhos, criação e cumprimento de instrumentos de gestão, além da constante avaliação de órgãos de fiscalização e controle social. Entretanto, alguns gestores não estão preparados para assumir a função de gestão, mesmo possuindo excelentes credenciais acadêmicas<sup>(9)</sup>.

As competências essenciais aprimoram a saúde pública ao contribuir com o desenvolvimento do trabalho em equipe, a capacidade de análise situacional, planejamento e aprimoramento dos serviços de saúde baseados em evidências e focados na população de forma equânime e ética<sup>(4)</sup>. No desenvolvimento de competências, pressupõe-se o equilíbrio entre interesses e necessidades da organização e do indivíduo com seus conhecimentos, habilidades e atitudes. Destarte, a consequência do investimento no saber agrega valor não apenas na excelência e sustentabilidade da organização, mas também no valor social do indivíduo<sup>(10)</sup>.

Devido à complexidade dessa temática, considera-se que a apresentação de modelos que correlacionem competências específicas e gerais, por meio de um mapeamento capaz de apontar seu grau de prioridade e estratégias educacionais para o desenvolvimento de competências do gestor de saúde pública, ainda é uma lacuna de conhecimento a ser preenchida. Nesse sentido, presume-se que o sistema de saúde também pode não somente se beneficiar da descrição de competências essenciais para a saúde pública, mas também desenvolver novas tecnologias e ferramentas<sup>(11)</sup> que apresentem como a gestão por competências pode ser implantada.

Por conseguinte, este estudo teve como objetivo apresentar as contribuições de um Modelo Simplificado de Gestão por Competências (MSGC)<sup>(1)</sup> para os gestores de serviços próprios de saúde pública de uma Secretaria Municipal de Saúde (SEMS).

## Método

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos integrados, do tipo exploratório descritivo, que combina como critério classificatório as abordagens qualitativa e quantitativa, a partir de seus objetivos<sup>(12)</sup>.

Na apresentação das contribuições do MSGC, utilizou-se a abordagem qualitativa durante a etapa documental do MSGC, na qual se buscou o significado das palavras, frases e orações no estudo dos documentos oficiais encontrados, indicando a visão de futuro, missão, objetivos estratégicos, relatórios de gestão, estatuto do servidor público municipal e indicadores de desempenho<sup>(1)</sup>. A abordagem quantitativa ressaltou as contribuições do MSGC com o mapeamento de lacunas na sua segunda etapa, realizada com análise multivariada dos dados por meio de técnicas

estatísticas, como a análise de componentes principais e de consistência interna<sup>(1)</sup>. Na terceira etapa, para os testes de consistência interna da coleta dos dados, utilizou-se o coeficiente *alpha* de Cronbach por Domínio após Análise de Componentes Principais (ACP), por meio do *software* estatístico *Predictive Analytics Software* (PASW Statistics) 18.0.0, anteriormente chamado de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

O presente estudo foi realizado entre outubro de 2017 e junho de 2018 na SEMS de São José dos Pinhais, localizado no estado do Paraná, Sul do Brasil, com cerca de 320 mil habitantes e rede própria da saúde pública municipal, composta por 46 serviços (Hospital e Maternidade Municipal, Centros de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento, Centro de Especialidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Laboratório Municipal, Unidade de Vigilância a Zoonoses, Farmácias Básicas, Farmácia Especial e Unidades Básicas de Saúde), com aproximadamente 2.300 servidores públicos, dentre os quais 91 são gestores.

Os gestores são denominados diretores, chefes ou coordenadores por meio de função gratificada, no caso dos servidores estatutários, ou por cargo em comissão, indicados por critérios técnicos ou político-partidários pelo Secretário Municipal de Saúde e endossado pelo Chefe do Executivo. Quanto à conceituação do termo gestor ou gerente, são considerados, neste estudo, sinônimos, tal

como no município pesquisado. Os critérios de inclusão foram baseados na tipicidade do cargo que os gestores de saúde pública dos serviços próprios da SEMS exercem (Direção, Chefia ou Coordenação). Incluíram-se indivíduos com responsabilidade de dirigir, chefiar ou coordenar um departamento, divisão ou serviço de saúde pública da SEMS que exerciam atividades de decisão, mediação, planejamento, controle e avaliação, independentemente de sexo, idade, escolaridade, formação profissional, se servidor efetivo ou comissionado, tempo no cargo ou tempo de experiência em gestão.

A definição de competência utilizada neste estudo foi com base em autor<sup>(13)</sup>, que propõe o seguinte: "competência é um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo". Por sua vez, a competência organizacional foi difundida internacionalmente com o termo de competência essencial (*core competency*)<sup>(13)</sup>, a qual abrange um conjunto de habilidades ou aptidões que une esforços individuais (fusão da expertise com o novo) por meio da harmonia, comunicação, comprometimento e organização do trabalho em suas várias funções, que, por fim, apresentam resultados positivos.

À vista disso, foi proposta a aplicação de um MSGC com quatro etapas: documental, questionário, mapeamento de lacunas e proposta educacional (Figura 1).

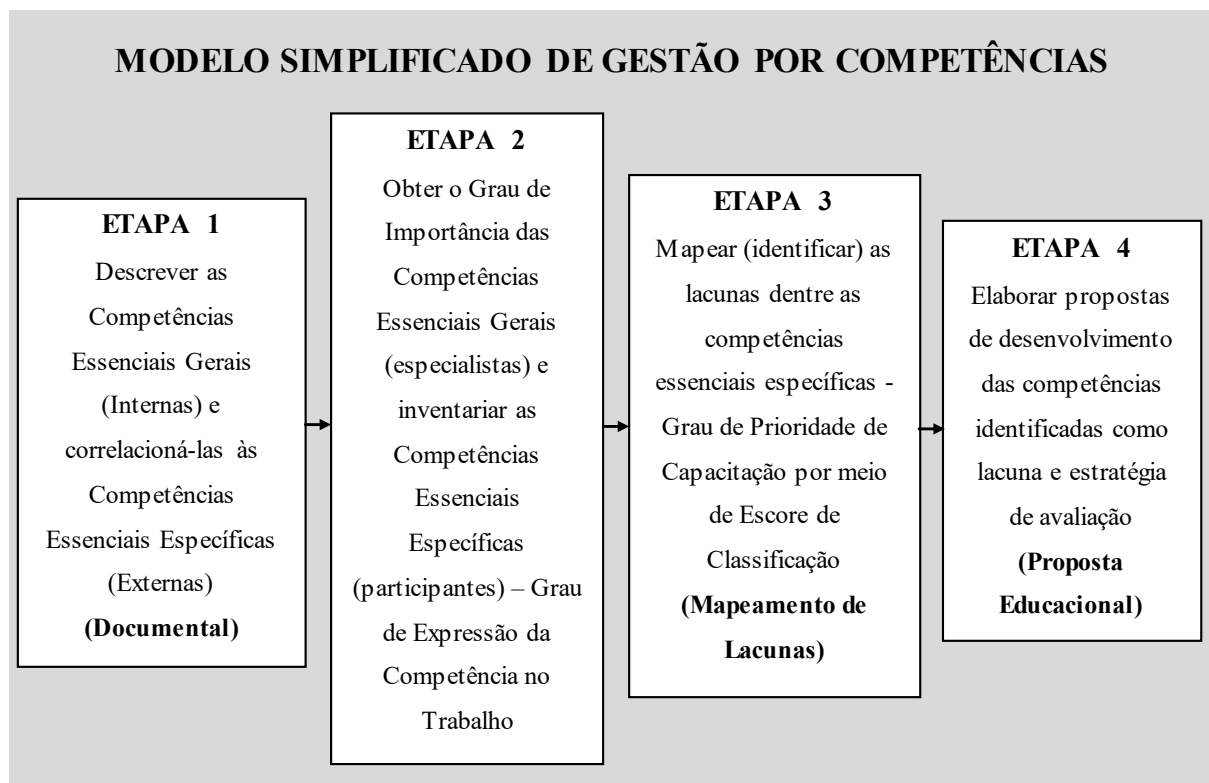


Figura 1 - Modelo Simplificado de Gestão Por Competências

Na primeira etapa do MSGC, realizou-se a coleta de dados documental nos meses de outubro e novembro de 2017. As fontes foram os documentos oficiais da Prefeitura Municipal e SEMS, que abordavam atribuições ou descrição de cargos relativos à gestão e à estratégia organizacional da instituição. Esses documentos (regimentos, normas, estatutos, portarias, planos de ação e relatórios de gestão), com potencial de interpretação e descrição de conteúdo, eram referentes às competências dos gestores<sup>(1)</sup>.

Após o estudo dos documentos oficiais, as competências essenciais gerais da SEMS foram descritas, indicando a composição de um desempenho ou comportamento esperado de ação por meio de um verbo ou um objeto de ação acompanhado de uma condição e um critério (padrão de qualidade)<sup>(14)</sup>. Em seguida, realizou-se a correlação entre as competências essenciais gerais descritas para a SEMS e as competências essenciais específicas, ou externas, compreendidas como válidas para a necessidade local, sendo escolhido o documento da OPAS MRCESP<sup>(8)</sup>.

A segunda etapa do MSGC foi aplicada, para coleta de dados, por meio de um questionário de autoavaliação semiestruturado, traduzido e adaptado à realidade brasileira<sup>(15)</sup>, baseado no MRCESP<sup>(8)</sup>. O questionário é constituído por níveis de respostas de cinco pontos intervalares pré-definidos, bivalentes, assimétricos - escala tipo Likert de cinco pontos -, apresentado em 56 questões ou competências essenciais divididas em seis Domínios: Domínio 1 - Análise da Situação de Saúde; Domínio 2 - Vigilância e Controle de Riscos e Danos; Domínio 3 - Promoção da Saúde e Participação; Domínio 4 - Políticas, Planificação, Regulação e Controle; Domínio 5 - Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos; e Domínio 6 - Saúde Internacional e Global<sup>(8)</sup>.

Os resultados das questões estruturadas (competências essenciais específicas) são apresentados por meio de medida de tendência central (média aritmética) e medida de dispersão (desvio-padrão). As médias podem variar entre 1 e 5, sendo 1 o menor valor referente ao desconhecimento da competência essencial específica e 5 representando que a competência é colocada em prática, com a possibilidade de ensinar a competência a outros.

Na terceira etapa do MSGC, foi realizado o mapeamento de lacunas, resultado da fórmula GP = GIC (5 - GEC), adaptada da apresentada por Brandão<sup>(1)</sup>, sendo o Grau de Importância da Competência (GIC) o resultado apontado por gestores

especialistas<sup>(15)</sup>, conforme a diferente importância compreendida para a gestão<sup>(16)</sup>. O número cinco é referente ao número de pontos da escala tipo Likert.

Por sua vez, o Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC) foi elaborado por meio da resposta dos gestores participantes do estudo. Assim, ao aplicar a fórmula, com utilização da planilha eletrônica *Microsoft Excel 2007*<sup>®</sup>, foi possível gerar a representação numérica da lacuna entre as competências essenciais específicas por meio de classificação do Grau de Prioridade de Capacitação (GP).

Na quarta etapa do MSGC, no mês de março de 2018, discutiu-se a proposta educacional durante reunião com quatro representantes da Escola de Saúde Pública Municipal (ESP), responsável pela execução das ações educacionais, onde foram evidenciadas as possibilidades de desenvolvimento de competências apresentadas como lacunas por meio de trilhas de aprendizagem<sup>(1)</sup>.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 2.068.137 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 67007517.5.3001.0100. Atendeu às recomendações éticas para pesquisas com seres humanos, contidas na Resolução nº 466/2012.

## Resultados

Como resultado da primeira etapa, após busca nos acervos físicos e digitais da SEMS, Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico e Prefeitura Municipal, realizou-se a consulta documental em dezoito documentos oficiais do município, com possível potencial de interpretação e descrição de conteúdo referente às competências dos gestores, levantamento realizado no mês de novembro de 2017. Após leitura minuciosa dos dezoito documentos encontrados, compreendeu-se que somente três documentos oficiais destacavam-se pelo potencial para interpretação e descrição de conteúdo referente ao conceito de competência. Os documentos selecionados foram Lei Orgânica Municipal, Estatuto do Servidor e o Mapa Estratégico da Prefeitura Municipal. Em nenhum deles foram encontradas, de forma clara, as funções, atribuições, qualificações, perfil ou responsabilidades, para qualquer nível da gestão (Secretariado, Diretoria, Chefia ou Coordenação). Entretanto, os três documentos oficiais selecionados por seu conteúdo serviram como fundamento para a descrição de 14 competências essenciais gerais para a SEMS, conforme a Figura 2.

VERBO	OBJETO DA AÇÃO	CONDIÇÃO	CRITÉRIO OU RESTRIÇÃO
- Ter (OE*); - Criar (M <sup>†</sup> ).	- Cidadãos/Sociedade (OE*)	- Saudáveis e Seguros (OE*); - Oportunidades (VF <sup>†</sup> ); - Qualidade de Vida (VF <sup>†</sup> ).	- Desenvolvimento integral e sustentável (M <sup>†</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL I: Proporcionar aos cidadãos o desenvolvimento integral e sustentável para o melhoramento da qualidade de vida com saúde e segurança, respeitando a cultura e valores locais.			
- Estimular (OE*)	- Hábitos saudáveis de vida (OE*).	- Sustentável (M <sup>†</sup> ); - Qualidade de Vida (VF <sup>†</sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL II: Propiciar momentos de educação em saúde com compromisso da promoção de hábitos saudáveis, sustentabilidade e qualidade de vida para transformação das condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde.			
- Estimular (OE*)	- Desenvolvimento das regiões (OE*).	- Qualidade de Vida (VF <sup>†</sup> ).	- Priorizando os mais vulneráveis (OE*); - Justiça (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL III: Formular estratégias regionais para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida, priorizando as regiões mais vulneráveis, conforme avaliação da situação de saúde da população local e suas tendências.			
- Promover (OE*); - Manter (M <sup>†</sup> ).	- Descentralização dos serviços públicos (OE*).	- Integral (M <sup>†</sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ); - Justiça (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IV: Identificar vazios assistenciais e promover a descentralização dos serviços públicos em saúde para a garantia da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.			
- Melhorar (OE*).	- Estruturas físicas nas áreas críticas da Prefeitura (OE*).	- Integral (M <sup>†</sup> ); - Presteza no atendimento (E <sup>  </sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ); - Justiça (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL V: Coordenar a manutenção e/ou ampliação das estruturas físicas de prestação de serviços de saúde existentes para a garantia da universalidade do acesso e integralidade do atendimento em saúde.			
- Implantar (OE*); - Criar (M <sup>†</sup> ).	- Gestão compartilhada dos serviços públicos municipais (OE*).	- Integral (M <sup>†</sup> ); - Presteza no atendimento (E <sup>  </sup> ); - Aperfeiçoamento de suas atribuições (E <sup>  </sup> ); - Atualizar e expandir seus conhecimentos profissionais (E <sup>  </sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VI: Implantar a gestão compartilhada dos serviços públicos municipais e promover integração, comprometimento e respeito entre eles e aperfeiçoamento de suas atribuições para com a sociedade.			
- Tornar (OE*), - Cumprimento (L <sup>¶</sup> ).	- Processos de análises (OE*); - Fiscalizações (OE*); - Atos e regulamentos (L <sup>¶</sup> ); - Leis, decretos e regulamentos (L <sup>¶</sup> ).	Mais ágeis e eficazes (OE*); - Cidade Moderna (VF <sup>†</sup> ); - Boa execução (L <sup>¶</sup> ); - Presteza no atendimento (E <sup>  </sup> ); - Aperfeiçoamento de suas atribuições (E <sup>  </sup> ).	- Justiça (VA <sup>§</sup> ); - Transparência (VA <sup>§</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ); - Inovação (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VII: Prestar vigilância em saúde no atendimento de processos de análise e fiscalização, com justiça e transparência, oferecendo serviços mais ágeis, modernos, inovadores e eficazes para a promoção do respeito e proteção da sociedade.			
-- Melhorar (OE*).	- Comunicação (OE*); - Gestão da Informação (OE*).	- Oportunidades (VF <sup>†</sup> ); - Presteza no atendimento (E <sup>  </sup> ).	- Transparência (VA <sup>§</sup> ); - Inovação (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL VIII: Comunicar-se com o cidadão, oferecendo-lhe informações relevantes em linguagem clara, objetiva, acessível e inovadora.			
- Otimizar (OE*), - Cumprimento (L <sup>¶</sup> ).	- Eficiência do gasto governamental (OE*); - Atos e regulamentos (L <sup>¶</sup> ); - Leis, decretos e regulamentos (L <sup>¶</sup> ).	- Qualidade (VF <sup>†</sup> ); - Boa execução (L <sup>¶</sup> ); - Zelo e Dedicção (E <sup>  </sup> ); - Moralidade administrativa (E <sup>  </sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ); - Ética (VA <sup>§</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ); - Transparência (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL IX: Gerenciar a eficiência do gasto governamental e a qualidade dos serviços públicos municipais com zelo, legalidade, comprometimento, ética, respeito, transparência e moralidade administrativa.			
- Aumentar (OE*).	- Participação de recursos externos nos investimentos municipais (OE*).	- Oportunidades (VF <sup>†</sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL X: Formular estratégias de estabelecimento de parcerias, cooperação técnica e captação de recursos externos para investimentos em serviços públicos municipais.			
- Desenvolver (OE*).	- Lideranças (OE*).	- Oportunidade (VF <sup>†</sup> ); - Atualizar e expandir seus conhecimentos profissionais (E <sup>  </sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XI: Formular estratégias para o desenvolvimento e destaque das lideranças entre os servidores municipais, atualizando e expandindo seus conhecimentos profissionais.			
- Estimular (OE*).	- Bom clima organizacional (OE*).	- Motivação (OE*); - Espírito de cooperação e solidariedade (E <sup>  </sup> ).	- Ética (VA <sup>§</sup> ); - Respeito (VA <sup>§</sup> ); - Justiça (VA <sup>§</sup> ); - Transparência (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XII: Desenvolver processos motivacionais e de mediação de conflitos para estímulo da coesão, harmonia e bom clima organizacional no trabalho, com ética, respeito, justiça e transparência.			

VERBO	OBJETO DA AÇÃO	CONDIÇÃO	CRITÉRIO OU RESTRIÇÃO
- Alinhar (OE*), - Cumprimento (L <sup>¶</sup> ).	- Competências (OE*); - Atos e regulamentos (L <sup>¶</sup> ); - Leis, decretos e regulamentos (L <sup>¶</sup> ).	- Necessidades apontadas pela administração (OE*); - Boa execução (L <sup>¶</sup> ); - Aperfeiçoamento de suas atribuições (E <sup>  </sup> ).	- Comprometimento (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIII: Alinhar as competências gerenciais dos gestores municipais ao compromisso com as necessidades apontadas pela administração em cumprimento de leis, decretos e regulamentos.			
- Estabelecer (OE*).	- Políticas (OE*).	- Valorização de pessoas (OE*); - Conhecer a legislação específica relativa às suas atribuições e à sua vida funcional (E <sup>  </sup> ).	- Meritocracia (OE*); - Oportunidade (VA <sup>§</sup> ); - Justiça (VA <sup>§</sup> ); - Transparência (VA <sup>§</sup> ).
COMPETÊNCIA ESSENCIAL GERAL XIV: Implementar políticas e processos de educação corporativa, avaliação de desempenho e sistema de recompensa abalizados na justiça, transparência e meritocracia.			

\*OE = Objetivos Estratégicos; <sup>¶</sup>M = Missão; <sup>¶</sup>VF = Visão de Futuro; <sup>§</sup>VA = Valores; <sup>||</sup>E = Estatuto dos Servidores Municipais; <sup>¶</sup>L = Lei Orgânica Municipal

Figura 2 - Descrição das Competências Essenciais Gerais da Secretaria Municipal de Saúde conforme documentação oficial municipal. São José dos Pinhais, PR, Brasil, 2017-2018

Em seguida, as 14 competências essenciais gerais descritas para a SEMS foram correlacionadas aos seis domínios de competências essenciais específicas (ou externas) do questionário baseado no MRCESP. Assim, demonstrou-se que o questionário selecionado (externo), com competências específicas, detém potencial para o desenvolvimento das competências gerais descritas (internas).

O Domínio 1 (Análise da Situação de Saúde)<sup>(8)</sup> foi correlacionado à Competência Essencial Geral (CEG) III, o Domínio 2 (Vigilância e Controle de Riscos e Danos)<sup>(8)</sup> à CEG VII, o Domínio 3 (Promoção da Saúde e Participação)<sup>(8)</sup> às CEG I, II, VIII, o Domínio 4 (Políticas, Planificação, Regulação e Controle)<sup>(8)</sup> às CEG IX, XI, XII, XIII e XIV, o Domínio 5 (Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos)<sup>(8)</sup> às CEG IV e V, e, finalmente,

o Domínio 6 (Saúde Internacional e Global)<sup>(8)</sup> às CEG VI e X.

Na segunda etapa do MSGC, aplicou-se questionário entre outubro de 2017 e janeiro de 2018. Dos 91 gestores abordados, 85,71% (n=78) preencheram o questionário, entre 22 e 50 minutos. Quatro questionários que apresentaram incompletude foram removidos do estudo para garantia da qualidade dos dados coletados, sendo computados 81,39% (n=74) dos questionários.

O resultado do mapeamento de lacunas da terceira etapa, conforme a Tabela 1, apresenta as lacunas dentre as competências essenciais à saúde pública. Por meio do resultado de GP, são as competências essenciais com escore mais alto, apresentado com Prioridade Moderada (Figura 3). Dentre as 56 competências essenciais, oito foram identificadas como lacunas.

Tabela 1 - Mapeamento de lacunas - identificação do grau de prioridade de capacitação (GP). São José dos Pinhais, PR, Brasil, 2017-2018 (n=74)

Competência Essencial Específica	Grau de Importância da Competência (GIC <sup>†</sup> )	Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC <sup>‡</sup> )	Grau de Prioridade de Capacitação (GP*) GP* = GIC <sup>†</sup> (5 - GEC <sup>‡</sup> )
<b>Domínio 1</b>	<b>4,56</b>	<b>3,62</b>	<b>6,3</b>
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 1	4,62	3,57	7
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 2	4,51	3,36	7
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 3	4,52	3,72	6
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 4	4,55	3,62	6
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 5	4,74	3,59	7
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 6	4,52	3,58	6
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 7	4,39	3,93	5
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 8	4,67	3,49	7
DO <sup>§</sup> 1CO <sup>  </sup> 9	4,54	3,73	6
<b>Domínio 2</b>	<b>4,56</b>	<b>3,11</b>	<b>8,6</b>
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 1	4,66	3,22	8

Competência Essencial Específica	Grau de Importância da Competência (GIC <sup>†</sup> )	Grau de Expressão da Competência no Trabalho (GEC <sup>‡</sup> )	Grau de Prioridade de Capacitação (GP*) GP* = GIC <sup>†</sup> (5 - GEC <sup>‡</sup> )
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 2	4,59	2,97	9
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 3	4,46	3,11	8
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 4	4,53	3,41	7
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 5	4,51	3,23	8
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 6	4,53	3,32	8
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 7	4,51	3,50	7
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 8	4,55	3,20	8
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 9	4,64	3,27	8
DO <sup>§</sup> 2CO <sup>  </sup> 10	4,39	2,93	9
<b>DO<sup>§</sup>2CO<sup>  </sup>11</b>	<b>4,56</b>	<b>2,82</b>	<b>10</b>
<b>DO<sup>§</sup>2CO<sup>  </sup>12</b>	<b>4,66</b>	<b>2,80</b>	<b>10</b>
<b>DO<sup>§</sup>2CO<sup>  </sup>13</b>	<b>4,64</b>	<b>2,89</b>	<b>10</b>
<b>DO<sup>§</sup>2CO<sup>  </sup>14</b>	<b>4,66</b>	<b>2,81</b>	<b>10</b>
<b>Dominio 3</b>	<b>4,52</b>	<b>3,47</b>	<b>6,9</b>
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 1	4,47	3,73	6
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 2	4,52	3,61	6
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 3	4,51	3,14	8
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 4	4,47	3,77	5
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 5	4,66	3,30	8
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 6	4,46	3,46	7
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 7	4,44	3,53	7
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 8	4,42	3,41	7
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 9	4,45	3,39	7
DO <sup>§</sup> 3CO <sup>  </sup> 10	4,76	3,34	8
<b>Dominio 4</b>	<b>4,7</b>	<b>3,61</b>	<b>6,5</b>
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 1	4,78	3,54	7
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 2	4,66	3,81	6
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 3	4,74	3,57	7
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 4	4,78	3,76	6
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 5	4,58	3,59	6
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 6	4,60	3,69	6
DO <sup>§</sup> 4CO <sup>  </sup> 7	4,80	3,32	8
<b>Dominio 5</b>	<b>4,65</b>	<b>3,67</b>	<b>6,2</b>
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 1	4,41	3,81	5
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 2	4,73	3,66	6
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 3	4,74	3,72	6
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 4	4,56	3,46	7
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 5	4,78	3,55	7
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 6	4,74	3,43	7
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 7	4,49	3,91	5
DO <sup>§</sup> 5CO <sup>  </sup> 8	4,73	3,78	6
<b>Dominio 6</b>	<b>4,65</b>	<b>2,97</b>	<b>9,4</b>
DO <sup>§</sup> 6CO <sup>  </sup> 1	4,62	3,05	9
DO <sup>§</sup> 6CO <sup>  </sup> 2	4,67	3,12	9
<b>DO<sup>§</sup>6CO<sup>  </sup>3</b>	<b>4,68</b>	<b>2,77</b>	<b>10</b>
<b>DO<sup>§</sup>6CO<sup>  </sup>4</b>	<b>4,66</b>	<b>2,84</b>	<b>10</b>
<b>DO<sup>§</sup>6CO<sup>  </sup>5</b>	<b>4,73</b>	<b>2,91</b>	<b>10</b>
DO <sup>§</sup> 6CO <sup>  </sup> 6	4,69	3,03	9
DO <sup>§</sup> 6CO <sup>  </sup> 7	4,69	3,35	8
<b>DO<sup>§</sup>6CO<sup>  </sup>8</b>	<b>4,49</b>	<b>2,72</b>	<b>10</b>

\*GP = Grau de Prioridade de Capacitação; <sup>†</sup>GIC = Grau de Importância da Competência; <sup>‡</sup>GEC = Grau de Expressão da Competência no Trabalho; <sup>§</sup>DO = Domínio do Questionário Respondido; <sup>||</sup>CO = Competências do Questionário Respondido

Desse mapeamento, destacam-se as lacunas no Domínio 2 (Competências Essenciais 11, 12, 13 e 14) - referentes à gestão de riscos, redução de risco à saúde, resposta imediata e reconstrução, todas referentes a desastres - e no Domínio 6 (Competências Essenciais 3, 4, 5 e 8), no qual as competências essenciais, mapeadas como lacunas, abordam iniciativas de natureza transnacional, saúde global e saúde internacional.

A consistência interna dos dados coletados demonstra alto coeficiente para o alpha de Cronbach (confiabilidade), para os dados coletados em todos os domínios e construtos de segunda ordem (resultados acima de 0,75).

Como resultado, também foi adaptada uma Classificação por Escores de indicação do GP, conforme a Figura 3.

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

\*GP = Grado de Prioridad de Capacitación

Figura 3 - Classificação do Grau de Prioridade de Capacitação

Como resultados da quarta etapa, após encontro com a equipe da ESP, uma das competências essenciais específicas identificadas com maior GP (DO2CO11) foi selecionada para ser utilizada

como exemplo na definição de conteúdos e tema de ensino, por meio do Conhecimento, Habilidades e Atitudes (CHA)<sup>(17)</sup>, conforme a Figura 4.

Competência Essencial Selecionada	CONHECIMENTOS (Pensamento Estratégico) SABER - O QUE / SABER POR QUE	HABILIDADES (Gerenciamento de Processos) SABER – COMO	ATITUDES (Motivação) DETERMINAÇÃO
<b>DO*2CO*11</b> Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil;</li> <li>- Conhecer a classificação de desastres;</li> <li>- Conhecer os meios de prevenção de desastres</li> <li>- Saber quais são os principais desastres que acometem o município;</li> <li>- Saber os efeitos dos desastres nos serviços de saúde municipal;</li> <li>- Realizar contato e aproximação com a Defesa Civil;</li> <li>- Conhecer as áreas de risco no município;</li> <li>- Saber sobre planejamento e gestão de riscos de desastres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Técnica:</b> Planejamento;</li> <li>- <b>Interpessoal:</b> Comunicação com a Defesa Civil Municipal e Estadual;</li> <li>- <b>Conceitual:</b> Trabalho intersetorial;</li> <li>- <b>Tomada de Decisão:</b> reconhecer problemas e oportunidades;</li> <li>- <b>Gerenciamento:</b> Estabelecer prioridades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciativa; Vontade;</li> <li>Trabalho em equipe; Disposição;</li> <li>Coragem;</li> <li>Altruísmo; Empatia</li> </ul>

\*DO = Domínio; \*CO = Competência Essencial Específica

Figura 4 - Exemplo de Definição de Conteúdo e Tema de Ensino – Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA). São José dos Pinhais, PR, Brasil, 2017-2018

Como proposta de aprendizagem, as opções podem ser individualizadas conforme aspirações e preferências de cada gestor, ou seja, algumas das opções que podem compor trilhas de aprendizagem para desenvolver a competência essencial específica apontada como lacuna<sup>(1)</sup> - participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos (DO2CO11) - são:

- Curso de educação à distância (Tema: Sistema de comando de incidentes);

- Palestra presencial (Tema: Tecnologias e inovações para prevenção de desastres);

- Livro (Redução de vulnerabilidade a desastres: do conhecimento à ação);

- Artigo (A Política Nacional de Proteção e Defesa Civil: os desastres como problema político);

- Vídeos (Vulnerabilidade a desastres: olhares sobre o passado, o presente e o futuro);

- Páginas na internet (Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais,



Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil e Sistema Informatizado de Defesa Civil do Governo do Estado do Paraná – Relatório de Ocorrências);

- *Mentoring* (Apoio profissional e pedagógico referente a desastres);
- Fórum (Prevenção aos riscos de desastres);
- Oficina (Gestão integral de riscos e desastres);
- Curso de Especialização (Gestão de desastres em proteção e Defesa Civil).

Por fim, como resultado do estudo e busca de técnicas de avaliação para percepção do desenvolvimento da competência essencial específica, identificada como lacuna após a trilha de aprendizagem ser percorrida, tem-se a proposta de indicadores de impacto nas seguintes categorias: Nível (indivíduo ou organização), Complexidade da Medida (profundidade e ou amplitude), Instrumento de Coleta de Dados (questionário ou análise documental), Fonte de Coleta de Dados (chefia ou colegas) e Impactos Observados (melhoria da competência ou avanços e conquistas)<sup>(18)</sup>.

A profundidade refere-se aos avanços no desempenho das atividades relacionadas aos objetivos e conteúdos ensinados (competências essenciais) e impacto no trabalho. A amplitude, por sua vez, refere-se aos efeitos positivos em outras atividades não diretamente relacionadas aos objetivos e conteúdos ensinados<sup>(18)</sup>.

No caso de Nível de Avaliação do impacto no indivíduo, sugere-se um questionário para medição da Complexidade da Medida quanto à profundidade (primeiras seis questões) e amplitude (últimas seis questões), para aplicação após o atendimento do gestor à sua trilha de aprendizagem, com 12 questões com respostas estruturadas em escala Likert de concordância<sup>(18)</sup>.

Para mensurar o Nível de Avaliação do impacto na organização, propõe-se a Complexidade da Medida somente em profundidade e, como Instrumento de Coleta de Dados, a análise documental. As Fontes de Coleta de Dados são os Instrumentos de Gestão do SUS e os Impactos Observados são os avanços e conquistas referentes à competência desenvolvida, registrados nos instrumentos de gestão, como o Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

## Discussão

Referente à primeira etapa (documental), destaca-se a contribuição do MSGC à constatação, durante a busca por documentos oficiais, da ausência de descrição das funções, atribuições, qualificações, perfil ou responsabilidades dos gestores (secretariado, diretor, chefe ou coordenador). O desempenho do gestor depende de especificações claras

e fornecidas pela organização, com descrição de cargos atualizada, abordando as responsabilidades e deveres por departamento. Assim, a descrição de cargos é como um mapa rodoviário de onde e como se quer chegar<sup>(19-20)</sup>.

A primeira etapa do MSGC também proporcionou à instituição a descrição de 14 competências essenciais gerais inéditas, que potencializam a implantação de metas e estratégias organizacionais a promover motivação, monitoramento, avaliação, coordenação e sincronia dos esforços nos diferentes serviços, bem como a acelerar os processos decisórios da administração pública por meio do compartilhamento de objetivos definidos<sup>(21)</sup>. Outra contribuição da primeira etapa é a correlação entre as competências essenciais gerais específicas descritas para a instituição (SEMS) e os seis Domínios do MRCESP<sup>(8)</sup>, questionário escolhido como instrumento de coleta de dados, que contém as competências essenciais específicas (ou externas).

Entende-se que, para colocar o MSGC em prática, pode-se escolher qualquer questionário contendo competências específicas. No entanto, orienta-se que seja feita a correlação com as competências essenciais gerais para que não sejam despendidos esforços, ao apontar lacunas ou tempo em projetos educacionais, para desenvolver competências essenciais externas, que nada somam ao esperado pela administração pública.

Como contribuição da segunda etapa do MSGC, há a apresentação da avaliação das competências essenciais específicas por especialistas, resultando, assim, no GIC. Dessa forma, as competências recebem resultado individualizado, distante de um ideal unânime dentre todas as competências para uma proposição de nível de aceitabilidade, que pode variar muito ou pouco, entre uma competência e outra, pois sem tal avaliação, dentre as inúmeras competências gerais e específicas existentes, o discernimento das prioridades seria dificultoso<sup>(22)</sup>. Nessa mesma segunda etapa, define-se o GEC, quando o respondente do questionário realiza uma autoavaliação quanto à posse de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para colocar a competência essencial específica em prática.

Na terceira etapa do MSGC, a fórmula adaptada da apresentada por Brandão<sup>(1)</sup> apresenta-se como uma ferramenta de contribuição efetiva, pois, além da praticidade e simplicidade na utilização, tem como resultado o GP, proporcionando foco nas competências essenciais específicas apontadas como lacunas, ou seja, com maior pontuação. Ainda na terceira etapa do MSGC, a Classificação do GP contribui para a avaliação dos resultados da fórmula aplicada, ao observar-se que os gestores participantes apresentam resultados satisfatórios, pois apresentaram somente oito lacunas

(do total de cinquenta e seis), com o escore máximo sendo 10 (prioridade moderada).

As quatro lacunas do Domínio 2 (Vigilância e Controle de Riscos e Danos), apresentadas na terceira etapa do MSGC, abordam competências essenciais específicas, referentes ao planejamento intersetorial de gestão de riscos de desastres naturais, tecnológicos, biológicos e reconstrução pós-desastres, com a identificação do dano e reabilitação imediata. A relevância para o município de tais competências essenciais, identificadas como lacunas relacionadas a desastres, se confirma pelo relato da Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil do Estado, já que, no ano de 2016, o município deste estudo apresentou o maior número de ocorrências em seu estado: 17 desastres<sup>(23)</sup>.

Destaca-se que essa não é uma preocupação somente no cenário brasileiro. Na África, a Organização Mundial da Saúde, em parceria com instituições de treinamento em saúde pública, conduziu um estudo-piloto sobre o desenvolvimento de competências essenciais e currículo de treinamento sobre Gerenciamento de Risco e Desastres<sup>(24)</sup>.

Por sua vez, as quatro lacunas do Domínio 6 (Saúde Internacional e Saúde Global) tratam de competências essenciais, referentes às iniciativas intersetoriais, de natureza transnacional, para superar desigualdades, e à saúde global, como contrastes entre sistema públicos de saúde, e sua influência nas reformas em matéria de saúde, bem-estar, segurança social e captação de fundos, importantes ao município que, além de possuir um aeroporto internacional, se localiza em região vulnerável (metropolitana).

Em relação à análise estatística de componentes principais e consistência interna dos dados coletados, os resultados de confiabilidade (coeficiente *alpha* de Cronbach) foram altos para todos os domínios, mesmo com o número de itens por domínio, em sua maioria, inferior a dez questões<sup>(25)</sup>, nível de intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. No entanto, ressalta-se que a realização da análise estatística não é mandatória para a utilização do MSGC.

Por outro lado, caso sejam coletados dados para pesquisa científica, recomenda-se que haja no mínimo 50 participantes<sup>(26)</sup>. Além disso, após a extração de fatores com a adequada rotação, indicam-se que sejam realizados teste de adequação da amostra, teste de esfericidade, teste de modelo fatorial, análise paralela, valor determinante, resíduo não redundante, remoção de possíveis *outliers* e, se necessário, máxima verossimilhança, *goodness-of-fit index* e *adjusted goodness-of-fit index*, antes de calcular o coeficiente *alpha* de Cronbach.

A quarta etapa do MSGC contribui ao exemplificar como a competência essencial específica, mapeada como lacuna, pode ser decomposta em conhecimentos, habilidades e atitudes, norteando, assim, a definição de conteúdo e o tema de ensino para o desenvolvimento da competência sobre desastres. Uma estrutura educacional é um conjunto de competências que leva em consideração o desempenho baseado em necessidades educacionais, experiência pessoal, papel profissional e função no planejamento, mitigação, reposta e recuperação de desastres<sup>(27)</sup>.

A educação baseada em competência ou *Competency-Based Education* (CBE) parte do princípio de que diferentes conjuntos de competências são viáveis de serem personalizados para diferentes necessidades de educação nas profissões da saúde, favorecendo a flexibilidade de tempo, lugar ou ritmo de aprendizagem, com múltiplos caminhos<sup>(28)</sup>. A permeabilidade da educação superior, que avança para o campo do desenvolvimento profissional, tem sido de interesse na Europa e nos Estados Unidos, ao vislumbrar maiores potenciais de inovação com a ativação de caminhos de aprendizagem pessoais flexíveis (*learning paths*)<sup>(29)</sup>.

Estudo realizado com gestores da atenção primária à saúde no Sul do Brasil apontou a falta de capacitação como motivo de insatisfação, e a educação permanente em saúde como estratégia para a aprendizagem significativa, com eixo metodológico nos seus processos de trabalho<sup>(30)</sup>. Esse panorama converge para a utilização do MSGC que, por sua vez, contribui para a sistematização em sequência da reflexão e identificação de problemas (identificação de lacunas), bem como da busca por soluções práticas após o desenvolvimento de competências específicas.

O processo de remanejamento do foco da transferência de conhecimento para o desenvolvimento de competências deve decorrer da sintonia da teoria para as situações reais de trabalho, buscando a excelência na prática da saúde pública e diminuindo a distância entre o que se aprende e o que se pratica<sup>(31-32)</sup>, pois a educação formal, por si só, mesmo que em saúde pública, não desenvolve, ou pouco desenvolve, as competências essenciais esperadas de um gestor<sup>(33-34)</sup>. Nesse sentido, este estudo propõe a elaboração das trilhas de aprendizagem para o desenvolvimento de qualquer competência essencial identificada como lacuna. Parte-se da premissa que, quando não se expressam as competências esperadas, é possível gerenciar o desenvolvimento das competências no enfrentamento de complexidades e demandas em evolução<sup>(35)</sup>.

A proposta de trilhas de aprendizagem para a gestão pública ainda é incipiente e pouco conhecida como alternativa às grades de treinamento. Como estratégia de

promoção do desenvolvimento de competências ao unir as expectativas da organização com as características e perfil de cada pessoa, as trilhas podem ser caracterizadas como estratégias empíricas e não sistemáticas<sup>(36)</sup>, mesmo que ofereçam conveniências para o aprendizado organizacional.

A formatação que pode ser escolhida para as trilhas de aprendizagem é vasta e ilimitada, inclusive contando com os recursos da Ciência da Informação para organizar e representar a informação<sup>(36)</sup>, além de outros mais conhecidos, como palestras, seminários, cursos presenciais e à distância, conferências, viagem de estudo, curso de especialização, livros, manuais, artigos, filmes, fóruns, sites, vídeos, *coaching* e *mentoring*. Como exemplo de recurso, o *mentoring* é utilizado há mais de uma década no arcabouço de pesquisas no âmbito da saúde, além de estar presente em situações de ensino. Também é apropriado em casos específicos de trabalho e no desenvolvimento de competências de lideranças<sup>(37)</sup>.

O *mentoring*, reconhecido e recomendado como solução inovadora, de baixo custo no desenvolvimento de competências, tem sido implementado em instituições de saúde, com a permanência temporária de um mentor, visitas por mentor itinerante, time de mentores itinerantes multiprofissionais, um mentor para dois serviços de saúde ou gestor-mentor permanente<sup>(38)</sup>.

Sem avaliação, o ciclo ensino-aprendizagem não é encerrado. A contribuição da quarta etapa é também referente às técnicas de avaliação para percepção do desenvolvimento da competência essencial específica identificada como lacuna. Considera-se importante a avaliação dos resultados de impacto das atividades de aprendizagem pelo indivíduo, na retroalimentação para o devido aperfeiçoamento do modelo e para a organização, na garantia de que os esforços despendidos estão sendo efetivos ao dispostos<sup>(18)</sup>.

Como limitações deste estudo, aponta-se que o questionário utilizado não aborda aspectos financeiros da gestão, e estes não foram explorados. Além disso, devido ao tempo de validade determinado do MSGC, possivelmente cerca de seis meses<sup>(1)</sup>, existe demanda de novas aplicações do modelo para continuidade do processo, visto que os serviços, contextos e seus atores são dinâmicos.

## Conclusão

Este estudo analisou as contribuições de um MSGC constituído por quatro etapas (documental, questionário, mapeamento de lacunas e proposta educacional) para uma SEMS, afigurando-se inédito na saúde pública brasileira.

Na primeira etapa, o MSGC trouxe contribuições ao constatar a inexistência da descrição das funções, atribuições, qualificações, perfil ou responsabilidades dos gestores (secretariado, diretor, chefe ou coordenador) em documentos municipais oficiais. Também exemplificou como as competências essenciais gerais podem ser descritas. Por fim, detalhou a correlação das competências essenciais gerais com questionários que continham competências essenciais específicas (externas). Na segunda etapa, o MSGC explicitou contribuições para a geração do Grau de Importância e do GEC por meio da análise de resultados do questionário. Na terceira etapa, o MSGC evidenciou contribuições sobre como gerar o GP ao realizar o mapeamento de lacunas por meio de fórmula e Classificação do GP. Na quarta etapa, o MSGC apresentou contribuições de como decompor uma competência essencial específica em Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, propôs a intervenção educacional individualizada por meio de Trilhas de Aprendizagem para desenvolver competências, além de apresentar técnicas de avaliação de impacto para a percepção do desenvolvimento da competência.

Como recomendação para futuros estudos, sugere-se que os especialistas consultados para gerar o Grau de Importância das Competências sejam do próprio serviço, pois a importância das diferentes competências é baseada em necessidades locais, contextos e pessoas. Além disso, a realização da etapa do mapeamento de lacunas deve ser separada pelos diferentes escalões de gestores e ou por departamentos, o que permite mais especificidade no planejamento das trilhas de aprendizagem.

## Referências

1. Brandão HP. Mapeamento de competências: ferramentas, exercícios e aplicações em gestão de pessoas. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
2. Montezano L, Medeiros BN, Pinheiro AO, Oliveira CAAM. Perception of public servants of a federal organization regarding the implementation of management by competencies. GeS. [Internet]. 2018 [cited Aug 23, 2020];13(34). Available from: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/2563>
3. Mau TA. Leadership competencies for a global public service. Int Rev Adm Sci. 2017 [cited Aug 18, 2020];83(1):3-22. Available from: <https://journals.sagepub.com/toc/rasb/83/1>. doi: <https://doi.org/10.1177/0020852315576706>
4. Ayeleke RO, North NH, Dunham A, Wallis KA. Impact of training and professional development on health management and leadership competence: a mixed methods systematic review. J Health Organ Manag. 2019;33(4):354-79. doi: <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2018-0338>

5. Anders F. Public health competences: from potential to action. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):733-4. doi: 10.1093/eurpub/ckw134
6. Foldspang A, Birt CA, Otok R. ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional. *Scand J Public Health*. 2018;46 Suppl 23:S1-52. doi: 10.1177/1403494818797072
7. Bornioli A, Evans D, Cotter C. Evaluation of the UK Public Health Skills and Knowledge Framework (PHSKF): implications for international competency frameworks. *BMC Public Health*. 2020;956(20). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09024-6>
8. Conejero JS, Godue C, Gutiérrez JFG, Valladares LM, Rabionet S, Concha J, et al Core competencies in public health: a regional framework for the Americas. *Rev Panamericana Salud Pública*. [Internet]. 2013 [cited May 28, 2017];34(1):47-53. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v34n1/07.pdf>
9. Palmer M, Hoffmann-Longtin K, Walvoord E, Bogdewic SP, Dankoski ME. A competency-based approach to recruiting, developing, and giving feedback to department chairs. *Academic Medicine*. 2015 Apr;90(4):425-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000647>
10. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito competência. *Rev Adm Contemp*. [Internet]. 2001 [Acesso 7 fev 2017];5(Spec. Iss):183-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
11. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problems and challenges faced by public managers in the health management process. *Rev Gestão Sist Saúde*. 2015 Jan-Jun;4(1):100-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i1.157>
12. Moscoso JN. Mixed methods in education research: towards a reflexive use. *Cad Pesqui*. 2017;47(164):632-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143763>
13. Prahalad CK, Hamel G. The Core Competence of The Corporation. *Harv Bus Rev*. [Internet]. 1990 May-Jun [cited Feb 7, 2018]:79-91. Available from: <http://web.b-ebshost.com.ez22.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b66cd391-f85f-4f48-b8a6-8f4181e723c2%40sessionmgr120>
14. Carbone PP, Tonet HC, Bruno JRS, Silva KIB. *Gestão por competências*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2016.
15. Almeida ML, Peres AM, Ferreira MMF, Mantovani MF. Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2896. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1684.2896>
16. Andrade CR, Ckagnazaroff IB. Selection and monitoring of public entrepreneurs using competency-based management. *Rev Adm Pública*. 2018;52(3):469-85. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7612169702>
17. Durand T. Forms of incompetence. In: Ron S, Heene A. Theory development for competence-based management. [Internet]. 2000 [cited Feb 27, 2017];6:2-23. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/265360782\\_Forms\\_of\\_Incompetence](https://www.researchgate.net/publication/265360782_Forms_of_Incompetence)
18. Araujo MCSQ, Abbad GS, Freitas TR. Evaluation of learning, reaction and impact of corporate training at work. *Psic Teor Pesq*. 2019;35:e35511. doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35511>
19. Raju KK, Banerjee S. A Study on Job Description and its Effect on Employee Performance: Case of Some Selected Manufacturing Organizations in the City of Pune, India. *IJLTEMAS*. [Internet]. 2017 Feb [cited Jul 12, 2018];6(2). Available from: <https://www.ijltemas.in/DigitalLibrary/Vol.6Issue2/01-10.pdf>
20. Jadhav ED, Holsinger JW, Anderson BW, Homant N. Leadership for Public Health 3.0: A Preliminary Assessment of Competencies for Local Health Department Leaders. *Front Public Health*. [Internet]. 2017 [cited Feb 16, 2020];5. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00272/full>. doi: 10.3389/fpubh.2017.00272
21. Nyström ME, Höög E, Garvare R, Bäck MA, Terris DD, Hansson J. Exploring the potential of a multi-level approach to improve capability for continuous organizational improvement and learning in a Swedish healthcare region. *BMC Health Services Res*. 2018;376(18). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3129-3>
22. Fraser M, Castrucci B, Harper E. Public health leadership and management in the era of public health 3.0. *J Public Health Manag Pract*. 2017 Jan-Feb;23(1):90-2. doi: 10.1097/PHH.0000000000000527
23. Governo do Estado do Paraná. Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil. Ocorrências de desastres no Paraná diminuíram 37,6% em 2016. [Internet]. 2016 [Acesso 5 jul 2018]. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=93141&tit=Ocorrencias-de-desastres-no-Parana-diminuiram-376-em-2016>
24. Olu O, Usman A, Kalambay K, Anyangwe S, Voyi K, Orach CG, et al. What should the African health workforce know about disasters? Proposed competencies for strengthening public health disaster risk management education in Africa. *BMC Med Educ*. 2018. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1163-9>
25. Pallant J. *SPSS survival manual: a step by step to data analysis using SPSS*. 6<sup>th</sup> ed. New York: Open University Press; 2016.
26. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 8<sup>th</sup> ed. London: Cengage Learning EMEA; 2018.
27. Witt RR, Gebbie KM. Tailoring curricula to fit health professionals needs in a disaster: a proposal for Brazilian nurses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.56229>

28. Herron J, Garland E. A nimble organization and a flexible degree program: a term-based competency-based education case study. *J Competency-Based Education*. 2019;4:e01184. doi: <https://doi.org/10.1002/cbe2.1184>
29. Chiappe A, Samper AMT, Wills AE, Restrepo I. Rethinking 21<sup>st</sup> century schools: the quest for lifelong learning ecosystems. *Ensaio Aval Pol Pub Educ*. 2019;107(28):521-44. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-40362019002702138>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União, 3 out 2017 [Acesso 24 fev 2020]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)
31. Neiwirth LL, Allan S, D'Ambrosio L, Coplen-Abrahamson M. Charting a course to competency: an approach to mapping public health core competencies to existing trainings. *Health Promot Pract*. [Internet]. 2014 Mar [cited 2017 Mar 31];15(1):33S-8S. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524839913509274>. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1524839913509274>
32. Peres AM, Ezeagu TNM, Sade PMC, Souza PB, Gómez-Torres D. Mapeamento de competências: gaps identificados na formação gerencial do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 24 jun 2018];26(2). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200329&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200329&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006250015>
33. Taylor HL, Yeager VA. Core Competency Gaps Among Governmental Public Health Employees With and Without a Formal Public Health Degree. *J Public Health Manag Pract*. [Internet]. 2019 Oct [cited Feb 16 2020]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31688737>. doi: 10.1097/PHH.0000000000001071
34. Jahan S, Flora MS. Core Competency of Mid-level Public Health Managers in Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*. [internet]. 2017 [cited 2020 feb 16];43:16-19. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/322236728\\_Core\\_Competency\\_of\\_Mid-level\\_Public\\_Health\\_Managers\\_in\\_Bangladesh](https://www.researchgate.net/publication/322236728_Core_Competency_of_Mid-level_Public_Health_Managers_in_Bangladesh). doi: 10.3329/bmrcb.v43i1.35138
35. Czabanowska K, Malho A, Schroder-Back P, Popa D, Burazeri G. Do we develop public health leaders? - association between public health competencies and emotional intelligence: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. [Internet]. 2014 [cited Mar 21, 2017];83(14). Available from: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-83>. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-83>
36. Lopes P, Lima GA. Strategies for Organization, Representation and Management of Learning Paths. *Perspect Ciênc Inf*. [Internet]. 2019 [cited May 28, 2020];24(2):165-95. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-99362019000200165&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362019000200165&lng=en&nrm=iso). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/3862>
37. Dopson SA, Griffey S, Ghiya N, Laird S, Cyphert A, Iskander J. Structured mentoring for workforce engagement and professional development in public health settings. *Health Promot Pract*. [Internet]. 2017 [cited Jun 24, 2019];18(3):327-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125904>. doi: <https://doi.org/10.1177/1524839916686927>
38. Feyissa GT, Balabanova D, Woldie M. How Effective are Mentoring Programs for Improving Health Worker Competence and Institutional Performance in Africa? A Systematic Review of Quantitative Evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. [Internet]. 2019 [cited Feb 16, 2020];12:989-1005. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31824166>. doi: <http://doi.org/10.2147/JMDH.S228951>

## Contribuição dos autores:

**Concepção e desenho da pesquisa:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida. **Obtenção de dados:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida. **Análise e interpretação dos dados:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida. **Análise estatística:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida. **Obtenção de financiamento:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida. **Redação do manuscrito:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Alessandro Albini, Aida Maris Peres, Maria de Lourdes de Almeida.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**


Recebido: 18.06.2019

Aceito: 12.09.2020

Editor Associado:  
Ricardo Alexandre Arcêncio

**Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:  
Alessandro Albini  
E-mail: [alessandro.albini@sjp.pr.gov.br](mailto:alessandro.albini@sjp.pr.gov.br)  
 <https://orcid.org/0000-0002-0929-6042>