

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TRABALHADORES DE SAÚDE COMO PROTAGONISTAS DE UM PROCESSO  
DE CONSTRUÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS**

**Curitiba  
2017**

MARA LÚCIA RENOSTRO ZACHI

**TRABALHADORES DE SAÚDE COMO PROTAGONISTAS DE UM PROCESSO  
DE CONSTRUÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino Nas Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Elaine Rossi Ribeiro

**Curitiba**  
**2017**

TERMO DE APROVAÇÃO

MARA LÚCIA RENOSTRO ZACHI

**TRABALHADORES DE SAÚDE COMO PROTAGONISTAS DE UM PROCESSO DE  
CONSTRUÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, Programa de Mestrado, pela seguinte banca examinadora:

---

Profa. Dra. Elaine Rossi Ribeiro - Orientadora

---

Profa. Dra. Maria Lucia da Silva Lopes

---

Profa. Dr. Rogério Saad Vaz

Curitiba, 22 de setembro 2017.

*“E de repente, num dia qualquer, acordamos e percebemos que já podemos lidar com aquilo que julgamos maior que nós mesmos. Não foram os abismos que diminuíram mas nós que crescemos...”*

*Fabiola Simões*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me sustentando e fortalecido nessa caminhada.

Ao meu esposo Rudiney Zachy e às minhas bênçãos: minhas filhas, Brenda e Eduarda. Meus amores incondicionais, que me apoiam e me inspiram em continuar a crescer cada vez mais e mais.

Aos meus pais, Bortolo e Célia exemplos de amor e companheirismo, que me ensinaram a lutar e me ajudam a permanecer firme diante dos desafios da vida.

Aos meus irmãos, pela torcida e pelo incentivo a perseverar.

À orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine Rossi Ribeiro, pela paciência apoio e estímulo; pela confiança, compreensão e dedicação nesta caminhada, sobretudo por ter me acolhido e encorajado a superar meus limites e minhas dificuldades.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Lucia da Silva Lopes, por ter aceitado participar da minha banca e realizar contribuições valiosas na concretização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Rogério Saad Vaz, por ter aceitado a participar da minha banca e compartilhar seus conhecimentos e realizar contribuições importantes para concretizar os estudos.

Aos coordenadores das Unidades de Saúde do Município de Cascavel, por compartilharem suas experiências, pelo apoio na coleta de dados e companheirismo.

Ao colegiado do curso de Enfermagem da FAG, pela confiança e amizade, por permitirem a concretização desta etapa de formação, minha sincera e eterna gratidão.

E, por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo.

## LISTA DE FIGURAS

**FIGURA 1** - As competências e Papeis dos Gestores no Quadro de Valores Competitivos.....00

**FIGURA 2** -Desenho do Estudo.....00

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 -Identificação dos Participantes da Pesquisa .....</b>	<b>00</b>
--	-----------

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1** – Exemplo de Condições e Critérios de Qualidade Associados a Competências.....00

**QUADRO 2** – Diferença entre Educação Continuada e Educação Permanente.....00

**QUADRO 3** -Grupo Focal 1  
.....00

**QUADRO 4** -Grupo Focal  
2.....00

**QUADRO 5** -Grupo Focal  
3.....00

**QUADRO 6** -Grupo Focal  
4.....00

**QUADRO 7** -Perfil de Competências dos Coordenadores das Unidades de Saúde do Município de Cascavel  
PR.....00

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

US - Unidades de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

RAS - Redes de Atenção a Saúde

SESAU - Secretaria de Saúde do Município de Cascavel

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

VI CNS e VIICNS Conferências Nacionais de Saúde

SUS -NOB/RH – SUS - Norma Operacional de Recurso Humanos no

SEGETS/MS - Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde

UNIPAR - Universidade Paranaense

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
1.1.2 Objetivo Geral .....	20
1.1.3 Objetivos Específicos .....	20
<b>2 - REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
2.1 Processos de Trabalho em Saúde .....	21
2.2 Perfis de Competências .....	24
2.3 Educação Permanente na Saúde .....	30
2.4 Política de Educação Permanente no SUS .....	34
2.5 Gestão nos Serviços de Saúde e a Educação Permanente .....	39
2.6 Metodologias Ativas na Educação Permanente .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3 - CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>42</b>
<b>3.1 Tipo do estudo</b> .....	<b>45</b>
3.2 Participantes da pesquisa.....	46
3.3 Contexto do estudo.....	46
3.4 Técnica de coleta de dados.....	47
3.5 Análise dos dados.....	48
3.6 Aspectos éticos da pesquisa .....	50
<b>4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
4.1 Apresentação dos Encontros .....	51
4.2 Categorização dos dados .....	52
<b>CAPÍTULO 4 – DISCUSSÕES DOS RESULTADOS</b> .....	<b>67</b>
4.1 Núcleo temático da gestão.....	68
4.1.1 Educação.....	68
4.1.2 Mediação .....	72
4.1.4 Planejamento .....	75
4.1.5 Liderança .....	77
4.1.6 Resolutividade .....	80
5.1 Núcleo temático comportamental.....	81
5.1.2 Comunicação .....	81
5.1.3 Relacionamento Interpessoal.....	83

5.1.4 Ética.....	84
6.1. Núcleo temático da Área Técnica .....	85
6.1.1 Conhecimentos na Área De Gestão .....	86
6.1.2 Conhecimento na Área de Gestão de Pessoas .....	87
7.1 Núcleo temático da Área Organizacional.....	88
7.1.1 Modelo de Cuidado Centrado no Usuário .....	88
7.1.2 Integração dos serviços.....	89
8.1 Matriz de competências.....	90
<b>CAPITULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>100</b>

ZACHI, M. L. R. **Trabalhadores de Saúde como Protagonistas de um Processo de Construção do Perfil de Competências** 101 p. Dissertação Mestrado no Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP. Cascavel 2017.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Dra. Elaine Rossi Ribeiro.

## RESUMO

As crescentes mudanças gerenciais e tecnológicas ocorridas na área da saúde, bem como as mudanças demográficas e o perfil epidemiológico, exigem dos profissionais que coordenam as Unidades de Saúde um perfil de competências mais flexível e adaptativo. O estudo teve como objetivo construir um o perfil de competências dos coordenadores de Unidades de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa, onde participaram profissionais da Secretaria de Saúde do Município de Cascavel, sendo um total de vinte participantes. A coleta de dados ocorreu com a técnica de grupos focais, com a participação de cinco pessoas em cada um dos quatro grupos. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática de Bardin. A partir da análise do conteúdo foram identificados os núcleos temáticos que surgiram nas discussões dos grupos, elencadas as unidades de sentido e as suas respectivas categorias. Foi possível apreender as unidades de sentido, como: a educação, planejamento, liderança, resolutividade, mediação, comunicação, relacionamento interpessoal, ética, conhecimentos na área de gestão, na área de gestão de pessoas, o cuidado centrado no usuário e a integração dos serviços. Diante dos resultados advindos dos grupos focais, após a discussão dos mesmos a luz do referencial teórico apresenta-se uma matriz de competência para a função de coordenador de Unidade de Saúde. A matriz está organizada da seguinte forma: As competências de cada núcleo temático delimitam a intenção do trabalho, determinando a atuação do coordenador, e para cada competência é apresentado um conjunto de desempenhos. Conclui-se que, é possível construir um perfil de competências e uma diretriz para o desenvolvimento de competências necessárias para o cargo de coordenador de Unidade de Saúde. Todavia, faz-se necessário compreender essas competências, não apenas como um atributo individual de aquisição e construção de saberes dos coordenadores, mas contextualizada com base nas demandas das situações reais da prática no trabalho. Considera-se a necessidade de dar continuidade a outras pesquisas, principalmente, relacionadas à validação do perfil de competências, a identificação das lacunas de competências bem como a elaboração de um programa de Educação Permanente pautado no desenvolvimento de competências.

Descritores: Competência Profissional. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.  
Processo de Trabalho. Sistema Único de Saúde.

ZACHI, M. L. R. **Health Workers as Protagonists in a Skills Profile Building Process**. 80 p.  
Dissertation Master's Degree in Teaching in Health Sciences, Faculdade Pequeno Príncipe - FPP.  
Cascavel 2017.

Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dra. Elaine Rossi Ribeiro.

## **ABSTRACT**

The growing managerial and technological changes occurring in the health area, as well as the demographic changes and the epidemiological profile, require a type of professional who coordinate the Health Units a competences profile more flexible and adaptive. The aim of this study was to construct a competencies profile of the Health Units coordinators. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, in which professionals from the Municipality Health Department of the Cascavel City participated, being a total of twenty participants. The data collection took place through the focus group technique, with the participation of five persons in each of the four groups. The data were analyzed according to the technique of content analysis, in the thematic modality of Bardin. From the content analysis, the thematic nuclei that emerged in the discussions of the groups were identified, indicating the meaning units and their respective categories. It was possible to apprehend the meaning units, such as: education, planning, leadership, resolution, mediation, communication, interpersonal relationship, ethics, management knowledge, people management area, patient centered care and services integration. In view of the the focus groups results, after the discussion under the light of the theoretical references presents a competence matrix for the Health Unit coordinator function. The matrix is organized as follows: The competencies of each thematic core delimit the intention of the work, determining the performance of the coordinator, and for each competency a set of performances is presented. It is concluded that it is possible to construct a competency profile and a guideline for the development of competencies necessary for the position of Health Unit coordinator. However, it is necessary to understand these competencies, not only as an individual attribute of acquisition and coordinators knowledge, but contextualized based on the demands of the real situations of practice at work. It is considered necessary to continue others researches, mainly related to the competency profile validation, the skills gaps identification as well as the elaboration of a Continuing Education program based on the competencies development.

Descriptors: Professional Competence. Primary Health Care. Health Education. Work Process. Health Unic System.

## **1 - INTRODUÇÃO**

A função gerencial dos coordenadores das Unidades de Saúde (US), para viabilizar o processo de trabalho assistencial das equipes, sempre foi o foco de atenção da pesquisadora em sua atuação nos serviços públicos de atenção à saúde.

As atividades relacionadas com o cuidado à atenção à saúde e a gestão da clínica

dependem diretamente do processo de gerencial. De acordo com Greco, (2004) a função gerencial na saúde pode ser conceituada como sendo um instrumento tecnicamente e politicamente capaz de organizar o processo de trabalho com o objetivo principal de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência universal igualitária e resolutive.

A vivência da pesquisadora com o trabalho com gestoranas US possibilitou a reflexão sobre o processo de mudanças que essa função vem sofrendo desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a importância de estabelecer um perfil diferenciado para os profissionais que exercem essas atividades que se ampliam no dia-a-dia do trabalho.

As instâncias decisórias, anteriormente centralizadas, passaram por um processo de descentralização deslocando a resolução dos problemas identificados para os níveis locais, mais próximos dos usuários, aumentando, conseqüentemente, as responsabilidades desses profissionais.

Para Alves, Penna e Brito (2002) é nesse contexto organizacional do SUS em que se destaca o coordenador das US como ator eficaz na condução dos processos assistenciais, pois no esboço de seu papel estão inscritas ações relacionadas ao espaço interno e externo das US para atender às demandas de saúde de uma população que hoje, é detentora de maiores informações, cada vez mais, passa a fazer novas e maiores exigências. Essas ações não se referem mais apenas ao papel do coordenador como um mero fiscalizador da equipe que era exercido até então, essa função amplia-se para um efetivo desempenho, exercendo o gerenciamento de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, o aprimoramento dos sistemas de comunicação e informação intra e interinstitucional, com a população e com a comunidade acadêmica.

O exercício das atividades gerenciais nos serviços de saúde em vários níveis da gestão possibilitaram um enorme aprendizado e deslocamento, no sentido da construção de novos significados, bem como de um olhar crítico reflexivo para o processo de trabalho na saúde, nas práticas utilizadas na gestão e nos processos de ensino e aprendizagem.

Essas atividades reforçaram e valorizaram o interesse em aprofundar os estudos no campo da Gestão e da Educação em Saúde, e o interesse também, por estudar propostas que possam melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo SUS, bem como para o desenvolvimento de atividades voltadas ao aperfeiçoamento dos processos educacionais na saúde.

Essa prática permite também, entender o SUS como um sistema complexo que propõe a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e colocando nessa rede a Atenção Básica (AB) como estratégia fundamental para atender com qualidade e resolutividade as necessidades de saúde dos seus usuários, sendo considerado este, portanto, um grande desafio para os gestores

na implantação e implementação desse sistema nos Municípios, compreendendo que é também um processo político-administrativo que ocorre em um movimento progressivo da municipalização.

A descentralização das ações de saúde para os municípios foi uma das principais diretrizes a ser implementada pelos gestores do SUS, segundo Rodriguez, (2003) esta, deve ser compreendida como uma diretriz eminentemente política, mas que teve consequências administrativas nos Municípios, pelo fato do poder de decisão, nesse caso ser exercido pelos atores sociais que estejam o mais próximo possível da realidade de saúde dos territórios, transferindo com isso uma grande responsabilidade para os gestores Municipais e Coordenadores das US por serem eles que de fato, estão mais próximos da população.

Nesse contexto de construção e efetivação dos princípios do SUS é possível perceber a necessidade de cada vez mais buscar conhecimentos técnicos para além da formação dos profissionais. A apreensão em atualizar conhecimentos ao processo gerencial do SUS tornou-se algo frequente e crescente. A necessidade de entender melhor em quais princípios o processo de trabalho na saúde está pautado, quais ferramentas gerenciais podem ser utilizadas para poder realizar um planejamento adequado, uma melhor administração dos recursos de insumos e materiais, o recrutamento e dimensionamento dos trabalhadores, ser um líder com habilidades para tomadas de decisão, fazer uma avaliação de desempenho adequada e que possibilita o desenvolvimento e desempenho desses trabalhadores.

Durante os anos de atuação na gestão dos serviços de saúde, foi possível visualizar que o processo gerencial das US sofre diversas influências, desde o processo político/administrativo da instituição, bem como, da formação desses profissionais para ocupar o cargo. Essa percepção foi de extrema importância para a agregação de novos saberes em relação a essa prática, tornando-se cada vez mais desafiador para a busca de novos conhecimentos.

Tais reflexões, da prática gerencial nas US, reforçam a necessidade de continuar as buscas no sentido de entender e utilizar ferramentas capazes de atender as demandas de saúde da população, relacionadas ao planejamento estratégico e a organização dos diferentes processos de trabalho, bem como o direcionamento das equipes de saúde.

Percebe-se que a condução do processo de trabalho gerencial nas Unidades de Saúde é uma das atividades mais importantes para a qualificação da assistência prestada aos usuários do SUS, mas ao mesmo tempo identifica-se que existem muitos modos e estilos de coordenar as US, que geram questionamentos e muitas divergências no modo de condução do trabalho, ficando evidente o quanto é importante a construção de um perfil de competências para os trabalhadores que exercem essa função e com base nesse perfil o desenvolvimento de um programa de

educação permanente pautado no desenvolvimento dessas capacidades, preparando melhor os gestores para a condução do trabalho nas equipes.

Em uma análise crítico-reflexiva dessa vivência com a prática gerencial nos US observa-se que os comportamentos e características pessoais bem como os conhecimentos prévios e as bagagens que cada um traz consigo, interferem favorável ou desfavoravelmente para os processos decisórios. Desse modo, optou-se por realizar um estudo cuja questão norteadora foi: quais competências são necessárias para um coordenador de Unidade de Saúde desempenhar melhor sua função e como desenvolve-las?

A importância da investigação justifica-se pela necessidade de que ocorram mudanças nas práticas gerenciais, nos modos de pensar e de agir, pautados nas mudanças que vem ocorrendo no setor saúde, principalmente na mudança do modelo de atenção à saúde que requer práticas centrada nas necessidades das pessoas.

O mundo do trabalho na saúde vem exigindo cada vez mais um perfil de trabalhadores dinâmicos, autônomos, comprometidos e envolvidos com a missão e os valores institucionais, visando obter um desempenho adequado para o alcance dos objetivos. Para isso, na área da saúde pública em especial aos gestores, sua prática profissional cotidiana segue as tendências sustentadas pela lógica das competências.

De acordo com Fleury e Fleury, (2001) a palavra competência pode ser compreendida como mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes no âmbito de desenvolvimento do seu trabalho. Aproximando este conceito à área de gestão, entende-se que competência é saber agir de maneira responsável e reconhecida, de modo a agregar valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (MARTINS et al., 2006).

Desta forma, com as crescentes mudanças gerenciais e tecnológicas ocorridas na área da saúde, bem como as mudanças demográficas e o perfil epidemiológico, os profissionais que exercem a função de coordenar as equipes de saúde necessitam mobilizar competências para desenvolver um perfil mais flexível e adaptativo, destacando-se as gerenciais, as quais, segundo Bernardino, Felli e Peres (2010) significam assumir o papel de criar um ambiente que favoreça o aprendizado para que profissionais possam adquirir e exercer competências.

O mapeamento das competências gerenciais dos coordenadores com o protagonismo dos mesmos, seu desenvolvimento por meio de uma formação permanente, permite inovação e implementação de estratégias para um desempenho profissional que proporcione mudanças, as quais têm o caráter de transformar a realidade da assistência à saúde (PERES, 2006).

Com o desenvolvimento e a formação gerencial dos coordenadores ampliam-se seus saberes, os quais poderão servir de referências e poderão ser aplicadas no seu contexto de

trabalho e, por conseguinte, contribuirão para o atendimento efetivo das necessidades de saúde da população (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

É importante salientar que os saberes expõem, na prática dos coordenadores, a integração de várias informações, que se transformam em conhecimentos e em um modo de agir contextualizado, que muitas vezes se refletem na expressão de competência do profissional que ocupa o cargo, refletindo na valorização do mesmo pela equipe de trabalho e pela população.

Sendo assim, na expectativa da melhoria da prática gerencial nas unidades de saúde, a ampliação e aperfeiçoamento dos conhecimentos, no que se refere ao desenvolvimento das competências gerenciais, baseados na educação permanente, trazem para os trabalhadores e a instituição muitas vantagens, estendendo-se também aos usuários do SUS e de certa forma a toda a população à sociedade, à medida que estão diretamente relacionados com a qualificação da assistência prestada nesses serviços.

Diante do que foi apresentado, aliado a isto, a trajetória profissional da pesquisadora na gestão, permitiu apontar inquietações acerca da falta de abordagem da temática competências exigidas para a função, na EPS dos coordenadores das US. O ponto de partida para este estudo ocorreu durante a apresentação destas inquietações, quando os próprios profissionais externaram sua insatisfação frente à formação gerencial na sua formação acadêmica e ao modo de como estavam sendo realizadas as ações de capacitações para o cargo na SESAU já que não observavam mudanças efetivas nas práticas gerenciais dos mesmos.

Nesse contexto, considerou-se relevante mapear as competências necessárias ao cargo de coordenador. Apontando como problema de ordem prática a necessidade de conhecer as competências necessárias aos profissionais que atuam no cargo de coordenador, já existentes na SESAU, implementa-las com a participação dos próprios coordenadores elaborando um perfil de competências apontar diretrizes e estratégias para que a SESAU possa efetivar no futuro um Plano de EPS que permita o desenvolvimento dessas competências dos coordenadores US.

Pretende-se, com esse conhecimento produzido a partir do estudo, contribuir para melhorar a compreensão da realidade abordada e estabelecer estratégias mais adequadas com a necessidade do conhecimento e desenvolvimento de um perfil competências dos coordenadores. Espera-se incentivar e estimular reflexões sobre a relevância de transformações nas práticas gerenciais, a fim de que sejam refletidas na melhoria dos processos trabalho e, conseqüentemente, na melhoria da assistência, além de provocar inquietações que resultem em novas pesquisas.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.2 Objetivo Geral**

Construir o perfil de competências dos coordenadores das Unidades de Saúde.

### **1.1.3 Objetivos Específicos**

- Analisar a percepção dos coordenadores quanto às competências necessárias para atuar na coordenação das unidades.
- Mapear o conhecimento, habilidade e atitudes necessárias para construção do perfil de competências.

## 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Processos de Trabalho em Saúde

Os estudos sobre processo de trabalho em saúde representam desde sua origem e continuam representando, uma importante abordagem teórico-conceitual referente aos trabalhadores da saúde. Paduzzi e Schiraiber conceituam em:

O conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde. (PEDUZZI e SCHIRAIBER, 2012, pag.102)

Segundo Nogueira (2002), a noção de trabalho e de processo de trabalho constitui relevante categoria interpretativa nos estudos sobre gestão de pessoas na saúde. Nesse sentido, destacam-se os Programas e Processos Educacionais com foco no desenvolvimento das capacidades gerenciais e pessoais.

O mesmo autor ainda afirma que nos estudos realizados a partir do século XXI, surgem novas reflexões em relação aos processos de trabalho em saúde: de um lado aparecem reflexões sobre as novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação por mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, reflexões sobre a integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano de interação profissional e usuário ou relações interpessoais.

Sobre essa interação Merhy (2007) acrescenta ao processo de trabalho em saúde o conhecimento de ‘trabalho vivo’ e ‘trabalho morto’. O ‘trabalho morto’ é conceituado como todo o produto-meio que estão envolvidos no processo de trabalho e que são resultados de um trabalho anteriormente realizado, está presente no ato de produção, mas não está em ato. Como exemplo pode-se citar a administração de medicamento que é necessário uma seringa, essa seringa está presente no ato, porém foi construída anteriormente em outro processo de trabalho.

O “trabalho vivo em ato”: é o trabalho humano no exato momento em que é

executada uma ação para a produção na saúde, com o foco nas relações humanas, porém interage o tempo todo com instrumentos, normas, protocolos, máquinas e diversos tipos de tecnologias. Neste sentido as diversas formas de interações nos modos de produzir o cuidado em saúde, se configuram em um trabalho mediado por tecnologias e dependendo da forma como elas se comportam nos processos de trabalho; pode-se ter o foco em processos mais criativos, centrado nas relações humanas, ou mais presos ao uso de uma tecnologia e instrumentos mais duros como as máquinas. (MERHY, 2007)

O mesmo autor classifica essas tecnologias envolvidas na produção do cuidado em saúde: em duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturado como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia) e leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo e acolhimento).

O trabalho em saúde deve ser centrado no “trabalho vivo” de produção de ação permanentemente, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações humanas, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, admitindo um grau de liberdade significativo na escolha da maneira de fazer sua produção.

Os processos de trabalho na saúde são marcados pelas relações, no encontro entre os sujeitos trabalhador (produtor) com sua caixa de ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) e com o usuário (consumidor), tornando-o em parte objeto da ação do trabalhador, mas sem que isso deixe de ser também um sujeito que, em ato, põe suas intenções. (MERHY, 2007).

Tanto os trabalhadores como os usuários podem modificar a forma como o trabalho está sendo reproduzido e instituído dentro das organizações, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança do modelo de atenção à saúde, de um modelo biomédico para o modelo centrado nas pessoas. (ALBUQUERQUE; MATIAS, 2007).

O modelo biomédico de atenção à saúde, hoje ainda hegemônico no país, tem como objeto de trabalho o corpo biológico individual e as ferramentas de trabalho ficam restritas basicamente às tecnologias duras e leve duras e centradas em um profissional, principalmente o médico. Este processo de produção da saúde tem como finalidade o

tratamento somente da doença, sem se preocupar necessariamente com a produção de saúde no seu conceito mais amplo (MERHY, 2007).

Em contrapartida, no modelo proposto pelo movimento sanitário, centrado nas pessoas e incorporado no SUS, que considera a saúde como direito universal de cidadania e propõe a construção de modelos de atenção à saúde que visem superar o modelo biomédico, constituindo-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo e processos de trabalhos cada vez maispartilhados numa lógica centrada nas necessidades do usuário, que permitam a construção cotidiana de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários (MERHY, 2007).

No entanto, para alcançar o objetivo da mudança de um modelo para o outro, é preciso reconhecer o valor de cada trabalhador na produção das ações de cuidado em saúde no intuito de construir novos significados para o seu trabalho, resgatando a subjetividade de cada um no processo de trabalho.

Neste sentido, a EPS pode ser o caminho para interferir no processo de trabalho de forma criativa para preparar o indivíduo como agente de mudança, crítico reflexivo, possibilitando o surgimento de demandas a partir da problematização do trabalho para conduzir à melhoria da qualidade da atenção (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

No entanto, ainda observamos que, em muitos serviços públicos de saúde não existem espaços coletivos de gestão e de EPS, o que existem são modelos de gestão rígidos com hierarquias verticalizadas, processos decisórios centralizados, com pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão, não há formação para os gestores, são escolhidos muitas vezes por um processo político e partidário, tendo como consequência, a desmotivação dos trabalhadores, a burocratização do processo de trabalho e discrepância da oferta de serviços com as reais necessidades da população do território área de abrangência.

Para uma gestão cada vez mais qualificada e dotada de habilidades é imprescindível que se identifique as competências que são realmente necessárias ou desejáveis para um bom gestor de US, a partir dessa identificação se organiza um processo para o desenvolvimento de capacidades, para uma gestão mais horizontal possível, em uma construção coletiva, que valoriza as pessoas e seu trabalho, mantendo o máximo possível de autonomia para cada trabalhador, unindo as pessoas para criar soluções às dificuldades que envolvem no trabalho, compartilhando experiências e

aprendendo juntos.

## **2.2 Perfis de Competências**

O conhecimento na formação dos profissionais da saúde não é suficiente para caracterizar um bom gestor, nos serviços de saúde brasileiros, principalmente no setor público, são encontradas ineficiência e baixa qualidade nessa atividade, e sugere que esse baixo desempenho pode ser atribuído à inexistência de um perfil de competência, bem como, a falta de um programa de educação permanente voltado para o desenvolvimento de capacidades, outro fator são os baixos salários e falta de condições de trabalho. (JUNQUEIRA, 1990)

A partir da década de 1980, os serviços de saúde iniciaram a incorporação de novas ferramentas gerenciais, inspiradas na indústria, para a direção dos processos de trabalho, alterando o perfil definido para o profissional de saúde atuar na gestão dialogando com a prática da gestão por competências. A partir dessa nova formulação as competências profissionais passam ser valorizadas uma vez que aliada aos processos educacionais que qualificam essa prática. (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Para Perrenoud (1999), o indivíduo competente é aquele que possui capacidade para agir de maneira eficaz em determinada situação, com base em conhecimentos, porém sem se restringir somente a eles.

De acordo com Le Boterf (2003), competência significa saber como articular, mobilizar e transferir saberes e habilidades em determinada ocorrência profissional, agindo de maneira responsável.

Os autores Bittencourt (2001) e Ruas et al (2006), enfatizam que o desenvolvimento de competências deve abordar três dimensões: o saber, referente ao conhecimento, é necessário para realizar o trabalho com qualidade; o saber fazer, que se refere às habilidades, o que se deveria ser conhecido para um bom desempenho; e o saber agir, que está relacionado às atitudes necessárias para colocar em prática os conhecimentos e habilidades.

Segundo Vizechi, (2016) competência pode ser definida como o conjunto de três pilares conhecimentos, habilidades e atitudes representadas pela palavra CHA que significa a junção das três iniciais das palavras, esses pilares possibilitam ao profissional desempenhar suas funções buscando resultados mais concretos, sendo tudo o que uma

função/cargo de uma empresa exige para que o serviço/produto seja bem administrado e de boa qualidade.

De acordo com a mesma autora, os pilares estão interligados e para adquiri-los, como no caso do conhecimento pode ser através da EPS, a habilidade por meio de treinamento prático no trabalho e a atitude depende do desejo do profissional em querer mudar seu comportamento em prol da realização de um trabalho efetivo.

Para Vizechi, (2016) nos últimos anos ocorreu uma evolução desses pilares como resultado de uma nova visão do homem sob o processo de trabalho nas organizações, uma visão voltada para o futuro e para o destino das pessoas, esse processo traz o acréscimo de dois pilares que agregam o conjunto das competências está gradualmente acontecendo, por se tratar de uma mudança que ainda tem pouca teoria acerca do novo conjunto.

O novo conjunto acrescenta a essas que já são conhecidas, mais duas competências que na verdade, sempre estiveram implícitas na avaliação dos profissionais, são elas: os valores e ética, que complementam a palavra CHA + VE formando a palavra chave, trate-se da integridade do indivíduo, estando relacionado com seus valores, princípios e seu caráter, que são utilizados para definir quase tudo na nossa vida, (VIZECHI, 2016).

Em outras palavras trata-se de um importante complemento, pois tem haver com a honestidade, seriedade, responsabilidade, ou seja, são valores que orientam a conduta das pessoas na sociedade, de agir diante das diferentes situações que a vida nos impõe.

Em síntese para o profissional ser competente tem que buscar conhecimento e a construção de novos significados, pois a mudança é contínua e devemos acompanhá-las, colocar os conhecimentos teóricos em prática, querer fazer e fazer bem feio, reconhecer seus valores pessoais e os da empresa possibilitando o vínculo entre empregado e empregador de forma que possam trocar aprendizados mútuos com resultados contínuos. (VIZECHI, 2016):

Efetivamente como apresentam os autores Junqueira, (1990) e Vizechi, (2016) as mudanças ocorrem em todas as áreas das organizações e serviços sejam elas públicas ou privados, essas mudanças sempre ocorreram, e nelas percebem-se alguns fatores, e dentre eles um fator que merece destaque e a forma de direcionar e fazer a gestão das pessoas, essa forma muitas vezes acaba gerando desconforto em quem exerce a

função de gestor no trabalhador também.

Nesse processo, compreende-se a necessidade de implementar novas práticas no âmbito de Gestão de Pessoas, valorizando, assim, o elemento humano de modo a trazer para as instituições resultados mais concretos. No Brasil, a Gestão por Competências é um tema relativamente novo. Porém vem despertando interesse cada vez maior nos gestores, pelo fato de, quando bem organizada e dirigida, permite um efetivo desenvolvimento de capacidades em seus trabalhadores. (PINTO et al., 2003).

Porém, há um equívoco na compreensão desse modelo bem como na sua utilização já que suas principais características até o momento estão embasadas na Administração Científica, a qual as pessoas são vistas simplesmente como responsáveis por um conjunto de atividades ou funções de sua obrigação. O que tem causado algumas distorções, no modo de aplicar o modelo gerando instrumentos, processos e metodologias inadequadas para a gestão de pessoas. (DUTRA, 2004).

Diante disso, para Carbone, et. At., (2006) as Instituições que adotam o modelo Gestão por Competências como modelo de gestão, para além de descrever e exigir as atividades inerentes aos cargos necessita também, concentrar as energias para planejar e desenvolver capacidades, avaliando os níveis individuais de cada colaborador, bem como, o desenvolvimento das equipes, e as competências necessárias à realização de seus objetivos.

Esse modelo deve ser implantado como um processo ininterrupto, pois é elaborado de acordo com um planejamento estratégico, com o objetivo de direcionar melhor a construção de um perfil de competências desejado, bem como o desenvolvimento dessas para a realização dos objetivos e deve ser visto como um processo circular, envolvendo os diversos níveis da organização, desde o coletivo até o individual, que coloca como o principal objetivo o desenvolvimento de capacidades e competências.

Segundo Lerner (2002) esse modelo apresenta quatro momentos para o seu desenvolvimento que são: a) determinar uma metodologia de coleta de dados; existem vários métodos; b) condução de entrevistas com grupos focados e com cuidado para colher dados completos e confiáveis, é necessário planejar o tempo e o que será perguntado; Observação do local de trabalho, aproveitando o máximo de informalidade e naturalidade do clima e fatos que acontecem no local de trabalho, isto poderá ajudar a consolidar uma avaliação, além da entrevista e por fim; O desenvolvimento, nessa etapa

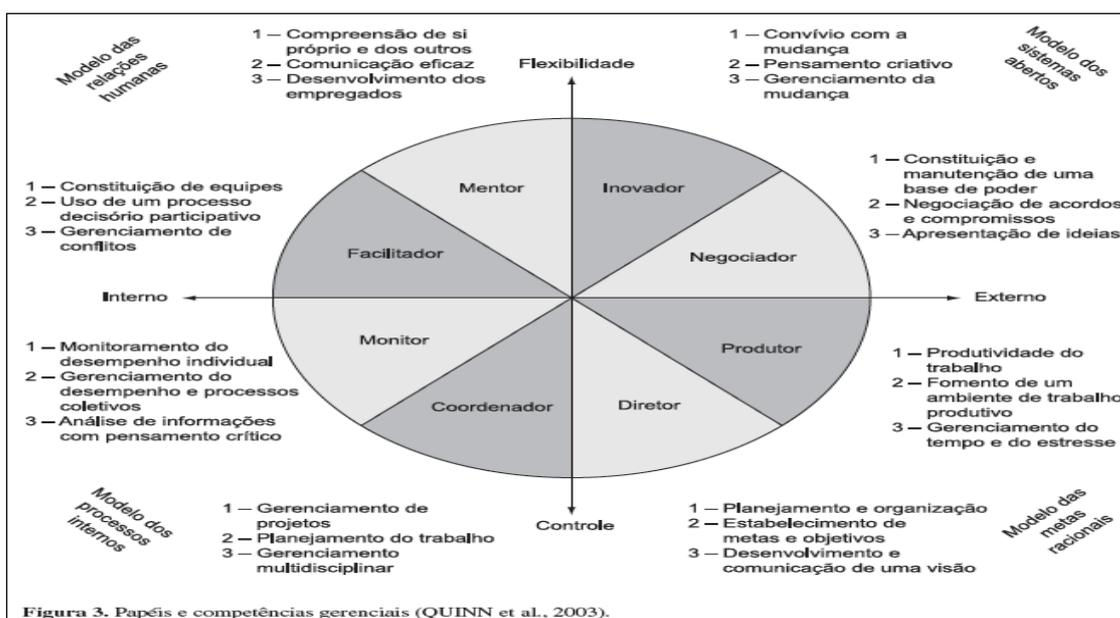
deverá ser definido um modelo preliminar de Gestão por Competências Humanas, aproveitando todos os dados acumulados nas etapas anteriores, o que permitirá avaliar quais são as competências necessárias, quais são as lacunas de aprendizagem e por último, a elaboração pelo gestor de um plano de desenvolvimento das competências. A análise deverá permitir a elaboração de uma lista preliminar sobre habilidades.

Quinn *et al* (2003), coloca sobre a necessidade de primeiro compreender os modelos de gestão que são adotados pelos gestores, neles refletem aspectos que são alimentados pela sociedade ao longo do tempo. Com essa evolução de valores na sociedade vão emergindo novos modelos de gestão e novas competências atreladas a eles entendê-los se torna fundamental para ter uma melhor compreensão dos processos gerenciais, bem como um leque de escolhas, em que você possa optar ou um ou outro, ou transitar neles utilizando o que lhe parece mais adequado.

Nesse sentido, o mesmo autor aponta que novos modelos gerenciais possibilitam a ampliação do desenvolvimento profissional dos gestores a partir do estudo das competências.

Os autores elencam oito papéis fundamentais dos gestores e suas respectivas competências chaves conforme mostra figura abaixo.

FIGURA 1 – As competências e papéis dos gestores no quadro de valores competitivos



Fonte: QUINN *et al* (2003)

Para eles, os gerentes devem ser: no modelo inovador e negociador os gerentes devem desempenhar a função adaptativa, ter maior flexibilidade, sugerir mudanças com a apresentação de idéias que permitam ao crescimento da Instituição; no produtor e diretor o gerente define os caminhos da Instituição, incentivando a produtividade e a eficiência da equipe, é mais racional com menos flexibilidade, possui maior controle; no modelo coordenador e monitor o gestor tem um cuidado maior para que os fluxos de trabalho não sofram interrupções desnecessárias e a equipe disponha de todas as informações necessárias para a realização do trabalho; no modelo, facilitador e mentoro gestor preocupa-se mais em dar conta das funções de relações humanas, auxiliando os membros da equipe a crescerem e se desenvolverem como indivíduos, trabalhando em equipe. A adoção de um dos papéis propostos por este modelo, e, por consequência, a afirmação de tais competências, não elimina a possibilidade de interação de variados papéis ao mesmo tempo. (QUINN *ET AL*, 2003).

Para Carbone et. Al., (2006) o mapeamento de competências tem a finalidade, para além da identificação das competências necessárias ao cargo/função, também a identificação dos gap ou lacuna de competências, ou seja, a discrepância entre as competências necessárias para concretizar as ações, estratégias para identifica-las e como as desenvolve.

Para Zarifian (2001) durante um processo de mapeamento de competências não se percebe vida nas instituições, pois não se tem conhecimento de quais são as características humanas relacionadas com a eficácia e eficiência dos trabalhadores, e nem como as pessoas responsáveis pela Gestão de Pessoas pudessem prever certos comportamentos e desempenhos dos trabalhadores, correlacionando, assim, competências individuais com o desempenho. Uma vez elaborado esse perfil de competências, em torno das atribuições claramente identificadas, em que o trabalhador assume essa responsabilidade e sente-se parte desse processo, o essencial está feito e assim essa instituição ganha vida.

Portanto, esse autor defende que ao tomar conhecimento de suas responsabilidades e iniciativa, o indivíduo mostra não ser simplesmente um robô e sente-se parte do processo. Mostrando possuir liberdade para iniciar coisas novas, assumindo responsabilidades, ampliando a autonomia para tomada de decisões, para uma gestão compartilhada tendo em vista que a responsabilidade é a contrapartida da

autonomia e da descentralização. Ainda, para este autor, a ideia de competência é associada à agregação de valor ao indivíduo, independente do papel ou cargo desenvolvido na Instituição.

É importante diferenciar o modelo de descrição tradicional do perfil de cargos do modelo de descrição do perfil por competências, onde o primeiro é observado em função das tarefas que são desenvolvidas para compô-lo, independentemente dos valores e posicionamento estratégico da empresa no mercado. Em contrapartida, o modelo de descrição do perfil por competências prevê o mapeamento das competências, resultando em competitividade e diferenciação.

Segundo Carbone et al. (2006), para descrição adequada de uma competência é necessário que ela represente um comportamento que indique o que o profissional deve ser capaz de fazer, o que é esperado deste profissional, esse comportamento deve ser descrito utilizando-se um verbo e um objeto de ação, podendo acrescentar uma condição sempre que possível na qual se espera que o desempenho ocorra, por fim, incluir um critério indicando um padrão de qualidade ou nível de desempenho satisfatório do profissional.

QUADRO 1 – Exemplo de Condições e Critérios de Qualidade Associados a Competências.

Comportamento (verbo + objeto da ação)	Critério	Condição
Editatextos	Semerros de digitação	Utilizando o aplicativo word

Fonte: Carbone, et al. (2006).

Ou seja, identificar um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, solicitadas aos trabalhadores pelas instituições, que introduzem novas tecnologias associada ao paradigma da produção flexível e integrada. Incluindo nesse caso, os serviços de saúde que vem exigindo cada vez mais, uma atitude flexível e uma reinvenção da prática dos trabalhadores para atender a necessidades de saúde da população e a mudança para um modelo de atenção a saúde centrado nas pessoas. Destaca-se valorização das atitudes e comportamentos considerados importante nesse modelo para um melhor aproveitamento da força de trabalho.

Visto que, o desafio que se apresenta na gestão de pessoas é de um novo perfil de trabalhador, traçado sob o modelo de gestão por competências, em substituição ao

trabalhador idealizado na época do Taylorismo, ao qual Taylor definia com o “trabalhador boi”, um ser que não refletia sobre sua prática, que se submetem passivamente as ordens da hierarquia superior, sem o controle dos seus movimentos realizados para a execução do trabalho, (ARAUJO, 1999).

Para a organização de um processo de trabalho determinado pela demanda, e não mais pela oferta de produtos e serviços, assim como na saúde, exige modificações rápidas na forma de organizar o trabalho e respostas ágeis dos trabalhadores para lidarem com essas alterações, com atitudes mais flexíveis e integradas, com capacidade de comunicação e capazes de manter altos níveis de produtividade mesmo com todo o dinamismo do trabalho.

O modelo de gestão por competências passa por quatro fases a primeira e a segunda se caracterizam pela identificação e descrição do perfil de competências, bem como as lacunas das capacidades, a terceira fase é o desenvolvimento de competências que é realizado por programas de desenvolvimento das capacidades no próprio exercício do trabalho, a quarta fase é a certificação dos trabalhadores, (CARBONE et. Al. (2006)).

Assim, esse modelo vem de encontro com a PNEPS, que objetiva um processo educativo com responsabilidade tanto da esfera institucional quanto do próprio trabalhador. A educação permanente pode ser viável para o desenvolvimento das competências se tiver foco na atualização contínua dos trabalhadores buscando inovar e suprir as necessidades do mundo do trabalho com o desafio de estimular o desenvolvimento da consciência das pessoas sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de ampliação das suas capacidades.

### **2.3 Educação Permanente na Saúde**

A EPS surgiu com o desenvolvimento de um Programa criado pela Organização Pan-americana (OPAS) em 1984, com o objetivo do desenvolvimento dos trabalhadores, por meio de um processo educacional, partindo de uma constatação de que havia uma estreita relação entre o planejamento das ações na saúde e o planejamento de gestão de pessoas na saúde. Considerando também a readequação da

formação dos trabalhadores de saúde para atender as reais necessidades de saúde da população. (LOPES et al., 2007).

Segundo Rovere (1993) a EPS é a educação realizada pelo trabalho, no trabalho e com o trabalho, é um processo democrático onde implica aos trabalhadores começarem a aprender a partir da reflexão das suas ações na prática, aprenderem a fazer perguntas e não a estabelecer respostas prontas. Por isso a EPS precisa de organizações democráticas e a construção de espaços que possibilitam essa reflexão.

A EPS se apresenta, ao mesmo tempo, como um processo de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como processo de ensino-aprendizagem, a EPS se apropria da realidade vivenciada pelos trabalhadores no cotidiano do trabalho das equipes de saúde e a experiência dos sujeitos envolvidos, partindo dos quais se produz conhecimentos que geram mudança na prática. Como política de educação em saúde, a EPS contribui para a construção do SUS, sendo adotada como política pública nacional no Brasil desde o ano de 2004. (CECCIM; FERLA, 2006).

Na perspectiva de Paulo Freire, pedagogo renomado, que desenvolveu um modelo próprio de educação em que afirma que o conhecimento parte de uma ação individual e significativa, levando a pessoa a desenvolver um desejo de aprender e produzir o seu próprio conhecimento, que é possível de ser utilizado para contextualizar a EPS, que traz a reflexão sobre o próprio homem:

“O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca” (Freire, 2007, p. 27).

Para o autor, esta é a raiz da educação, que se apoia no que ele denomina de inconclusão do homem, que busca constantemente aprender a aprender.

Ao referir-se à educação Freire coloca, ainda, que não existe saber ou ignorância absoluta, mas uma renovação constante do saber e da ignorância, conforme o contexto do assunto e da realidade em que os sujeitos estão inseridos. E ainda,

“Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias”

(Freire, 2007, p. 30).

Essa reflexão é importante no sentido de melhor compreender a EPS que se constitui em um processo educativo que se estrutura a partir das características e necessidades do campo da saúde, e ao considerarmos que o trabalho em saúde se faz por “homens” e que “o homem se identifica com sua própria ação: objetiva o tempo, temporaliza-se, faz-se homem-história”, nesta relação entre “homem” (trabalhador da saúde) e campo da ação (setor saúde) cabe a compreensão de que:

(...) o trabalhador social que atua numa realidade, a qual, mudando, permanece para mudar novamente, precisa saber que, como homem, somente pode entender ou explicar a si mesmo como um ser em relação com esta realidade; que seu fazer nesta realidade se dá com outros homens, tão condicionados como ele pela realidade dialeticamente permanente e mutável e que, finalmente, precisa conhecer a realidade na qual atua com outros homens (Freire, 2007, p. 48).

Para Ceccim e Ferla (2005) e na visão de alguns educadores a EPS se constitui num desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, orientando-se pelos princípios de Paulo Freire que, por sinal, foi um dos precursores da noção de aprendizagem construtivista e significativa, uma das bases na qual se apoia a educação permanente. Porém, mesmo apresentando muitas semelhanças, a Educação Popular tem seu foco na cidadania, a EPS no mundo do trabalho.

E é nesse mundo do trabalho que a EPS tem como objetivo fundamental promover as transformações das práticas, orientando os trabalhadores para melhoria do acesso, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde. Para isso é necessário que todos os atores envolvidos no processo se sintam incomodados desconfortáveis e que esse desconforto possa ser discutido, dialogado, pensando em todas as dimensões do trabalho. (CECCIM; FERLA, 2005)

É importante destacar que nem todos os profissionais que exercem o cargo de coordenação em sua formação tiveram a oportunidade de conhecer e desenvolver competências gerenciais, por isso, é necessário que a instituição ofereça espaços onde o profissional possa buscar esse aperfeiçoamento que pode ser adquirido com a prática gerencial ou em programas de educação permanente, as instituições afirmarem sua corresponsabilidade e seu compromisso com o desenvolvimento gerencial dos

profissionais coordenadores, visto que estes possui situação estratégica para a estruturação de um sistema de gerenciamento compatível com as exigências e demandas do SUS. (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Nesse sentido é preciso desmistificar as competências gerenciais como habilidades e que é um talento nato, pois podem ser adquiridas, de acordo com Munari *et al.* (2008) elas são o resultado da combinação de capacidades, práticas e conhecimentos organizados que pode ser construídas a partir dos processos educacionais e de maneira permanente na prática dos profissionais.

Neste contexto não basta mapear o perfil de competências, mas é preciso criar estratégias para que as competências gerenciais sejam desenvolvidas nas US, sendo fundamental que os coordenadores façam parte de um plano de educação permanente para um constante “aprender a aprender”.

Assim, exigindo um investimento, incentivo e implementação da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel PR (SESAU) em programas de educação permanente que permitam o desenvolvimento das competências gerenciais e, conseqüentemente, aos coordenadores das Unidades de Saúde a capacidade de coordenar os serviços frente às mudanças ocorridas no setor saúde e de acordo com os princípios do SUS.

É importante ressaltar que essas considerações vão ao encontro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que defende os processos educativos como responsabilidade tanto da esfera institucional quanto da individual.

Para Gomes; Barbosa; Ferla (2016) a Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito que sempre esteve e segue presente e com muita força no avanço do SUS e na descentralização e é motivo de reivindicações dos diversos profissionais que hoje atuam na função de gestores por propostas de programas para o desenvolvimento da EPS nos serviços de saúde. É compreendida na ideia de práticas educativas para melhorar e transformar o trabalho, prática de ensino-aprendizagem e como estratégia de gestão da educação para o desenvolvimento do trabalho.

Os mesmos autores acreditam que a EPS é uma ação de mudança das práticas, do processo de trabalho, dos próprios profissionais e de suas relações, necessária à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde, demanda processos de educação nos quais os profissionais sejam também sujeitos protagonistas da problematização e da transformação de suas práticas.

A Educação Permanente pode ser viável se for focada na atualização contínua que busca inovar e suprir as necessidades do mundo do trabalho, contanto que a instituição se comprometa, juntamente com o profissional, a fim de facilitar o planejamento ou participar e também desenvolver as ações de educação (BRASIL, 2009).

O grande desafio, portanto, da EPS é instigar e sensibilizar os profissionais sobre a reflexão de suas práticas, pela sua responsabilidade com o seu processo constante de aperfeiçoamento. Por isso, é necessário também que as instituições públicas reavaliem seus métodos para o desenvolvimento da educação permanente para que esta seja, para todos. Um processo participativo, permanente e que tenha uma sistematização, tendo como cenário o próprio espaço das práticas, no qual o pensar e o fazer são matérias-primas essenciais do aprender e do trabalhar (RICALDONI; SENNA, 2006).

Para tanto, a Educação Permanente dos coordenadores das US devem constituir parte do pensar e fazer dos trabalhadores, com a finalidade de propiciar-lhes o crescimento pessoal e profissional e contribuir para o desenvolvimento das competências essenciais pra a função e a organização da prática profissional, por meio de um processo que possa transformá-los em agentes inovadores e transformadores de sua realidade, ou seja, capazes de produzir mudanças, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão.

Nesse contexto, a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz significados, sugerindo a transformação das práticas baseada na análise crítica reflexiva em ação na rede de serviços, realizada no encontro entre o mundo da aprendizagem e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar faz parte do cotidiano do trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde do SUS tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e que estejam pautados na PNEPS que tem como objetivos a reflexão e a transformação das práticas dos trabalhadores do próprio trabalho e sejam estruturados a partir da problematização no mundo do trabalho.

## **2.4 Política de Educação Permanente no SUS**

Antes mesmo de a EPS ser adotada como política pública no Brasil, a incoerência entre os processos educacionais e as necessidades no campo da produção do cuidado em saúde já havia sido identificada pelos gestores e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) através das Conferências Nacionais de Saúde de 1977(VI CNS), de 1980 (VII CNS) e a Educação Continuada já era apontada como alternativa para o enfrentamento deste problema. (LOPES *et al.*, 2007).

A partir daí esta discussão se desdobrou na realização de conferências específicas para a temática de recursos humanos. Ainda que inseridas em tantos espaços de discussões e mesmo numa Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS, a readequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde e as diretrizes apontadas pelas Conferências só foram consolidadas como política pública e prioridade na organização do SUS a partir de 2003, especialmente através da criação e da atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGETES/MS. Para dar conta dessa política, a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde foi à educação permanente em saúde, por considerar o “potencial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde”. (LOPES *et al.*, 2007 p. 152)

Logo na sequência, como um dos primeiros projetos da Secretaria de Gestão Estratégica da Educação na Saúde - SEGETES/MS, ocorreu a apresentação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, a qual teve sua proposta aprovada pelo CNS (BRASIL, 2003)

O objetivo da política é de articular as relações entre as instituições de ensino, serviços de atenção, estruturas de gestão e órgãos de Controle Social, de forma a cumprir os requisitos da NOB/RH-SUS referente à formação do pessoal da saúde. (BRASIL, 2003)

A partir das negociações e deliberações e aprovações nas instâncias competentes, PNEPS foi instituída em 2004, pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro.

Sobre esta política, Lopes e colaboradores (2007, p. 153) afirmam que:

A novidade da Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde é, portanto, que a construção do saber é coletiva e faz

sentido para um grupo social. Os atores sociais são desafiados para assumirem uma postura de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe.

A Portaria GM/MS nº 1996 publicada em 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as normas e diretrizes para a implantação e implementação da PNEPS. A referida portaria considera a proposta pactuada pelo MS para a Política de Educação e Desenvolvimento para SUS em 2003; os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – NOB/RH-SUS e as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, entre outros. (BRASIL, 2007)

Cabe registrar, ainda, que a Portaria GM/MS nº1996 define a Educação Permanente como:

Um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007, p. 4).

Segundo, Lopes *et al* (2007) e Merhy (2007), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é um grande desafio na medida em que para implementá-la efetivamente é necessário vencer o paradigma do modelo Biomédico ainda hegemônico da saúde.

Não se trata de transformações pontuais, que podem ser realizadas isoladamente e verticalmente, trata-se sim da reorganização das estruturas e serviços de saúde de gestão e dos papéis dos diversos atores nos processos de mudança, caracterizando-se pela negociação, aprovação e o debate nas diversas políticas públicas como, a de saúde e educação priorizando os processos educacionais como atividades fim, e não atividade meio.

Assim, a PNEPS tem como enfoque a mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Como hipótese, inverter a lógica do processo, pois Brasil, (2009) propõe incorporar o ensino e o aprendizado na micropolítico trabalho das equipes de saúde, isto significa, o campo do trabalho de práticas em seu contexto real articulando as práticas e os saberes com ação em saúde

que implica em um território de produção do cuidado no interior das equipes.

Outro ponto a ser considerado, é a transformação significativa das estratégias educativas, a partir da prática, da leitura da realidade como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando e refletindo sobre o próprio fazer. Tornando-os reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores.

Nesse contexto a EPS pode ser compreendida em relação a sua implantação como uma Política Transversal a outras Políticas, devendo ser articulada sobre várias frentes, incidindo sobre a formação dos profissionais nas instituições de ensino; sobre a qualificação dos profissionais nos serviços de saúde, capacitando gestores sobre de novas maneiras de organizar a gestão das redes de atenção à saúde de pontos de atenção, articulando-se com a comunidade por meio do controle social, para que este também possa ser qualificado na sua atuação junto ao planejamento e acompanhamento das políticas de saúde.

Esse caráter de transversalidade da política de EPS, foi conceituada por Ceccim e Feuerwerker (2003) como um quadrilátero sobre o qual a educação permanente deveria se desenvolver:

O quadrilátero da formação se constitui de elementos que interagem e se articulam na produção de novos saberes e práticas. Dentre eles, a formação se apresenta como produtora de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento para o adequado conhecimento do SUS; as práticas de atenção à saúde como construtoras de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão dos usuários no planejamento terapêutico; a gestão no desafio da busca de assegurar redes de atenção às necessidades em saúde da população e considerar a satisfação dos usuários; e o controle social com a presença dos movimentos sociais no apoio às lutas pela saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.43).

Observa-se diante da colocação dos autores que para uma implantação efetiva da PNEPS é relevante perceber as relações entre os processos educacionais e a prática no trabalho, refletindo também sobre o modelo de formação dos profissionais da saúde e as várias possibilidades de uso da educação nos serviços de saúde nas relações com os membros da comunidade, equipe de trabalho, nos espaços de gestão, e junto aos movimentos e controle social.

A Educação Permanente tem sua importância no campo científico do conhecimento, mas precisa buscar a articulação com esse saber ao conhecimento na

prática e a outros aspectos que possam potencializar as estratégias educacionais e pedagógicas na perspectiva da melhoria dos serviços de saúde.

Como estratégia de ação educacional, a EPS deve ser compreendida de maneira distinta dos outros processos educacionais na saúde, evitando equívocos conceituais que geralmente acontecem. Como podemos citar o exemplo da educação continuada que é ainda muito confundida com educação permanente.

Para Santos; Souza; DeonKich. (2011) as diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente podem ser colocadas como propostas utilizadas em diferentes momentos para necessidades diferenciadas de qualificação, como mostra o quadro a baixo.

QUADRO 2 – Diferença entre Educação Continuada e Educação Permanente.

EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Âmbito individual	Âmbitocoletivo
Atualizações técnicas	O objeto central da aprendizagem são os temas técnicos e científicos
Formação integral e continua	O objeto central da aprendizagem é o processo de trabalho
Tema de capacitação elaborado previamente	Capacitaçõespontuais
O tema surge da necessidade de resolver um problema identificado no cotidiano do trabalho, na gestão e no controle social.	Educação em serviço articulada a mudanças de práticas

Fonte: SANTOS; SOUZA; DEON KICH. (2011)

A proposta da PNEPS é estabelecer diretrizes onde as organizações estabelecem uma metodologia de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar inicia-se no cotidiano do trabalho das equipes, fazendo uma aposta na aprendizagem significativa com o objetivo de transformar as práticas profissionais, problematizando os problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências de todos os atores envolvidos.

Propõe que os processos educacionais dos profissionais da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, pautados nas necessidades de

formação e desenvolvimento dos trabalhadores e também pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2009)

A PNEPS tem como pressuposto os princípios e diretrizes do SUS, sendo uma ferramenta capaz de sensibilizar os trabalhadores para que se sintam ao mesmo tempo como produtores e aprendizes de novas práticas de trabalho e que reflitam também na construção da relação das US com a população, com vistas ao desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado em saúde.

Nesse ponto, considerando a integração do ensino como sendo fundamental para a implantação da PNEPS onde o serviço deve funcionar como instância interinstitucional e regional para uma gestão compartilhada dessa política, orientada pelo plano de ação regional ou Municipal na área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Outro aspecto importante é a mobilização e integração, entre quatro atores que são fundamentais nesse processo: a gestão, o trabalhador da saúde, os órgãos formadores e o usuário. Essa articulação permite levantamento dos problemas e de necessidades das realidades locais com o estabelecimento de metas e prioridades para a realização da EPES, cabe destacar, que o comprometimento da gestão é essencial para que o processo não seja interrompido precocemente pelas mudanças administrativas e políticas.

## **2.5 Gestão nos Serviços de Saúde e a Educação Permanente**

No processo de construção do SUS permeia o debate sobre a gestão do trabalho em saúde, especificamente vamos tratar aqui, da gestão nas unidades de saúde que é produzida a partir de múltiplos planos que se dividem em: Pensamento de que as unidades de saúde são pouco efetivas; que o senso comum da sociedade de um modelo de atenção à saúde biomédico centrado na medicalização, com o foco na doença e nas ações curativas, sem considera a pessoa que esta com a doença, não levando em consideração também a complexidade do processo saúde e doença.

Para Feuerwerker, (2014) o plano da subjetividade colocada pelas indústrias de equipamentos e medicamentos e a produção de necessidades em suas interconexões com as políticas; das corporações e suas disputas sobre o trabalho em saúde, profundamente imbricado com o plano anterior; de um plano político sobre o que a sociedade se pensa em relação ao direito a saúde; e outro plano refere-se à história de vida dos trabalhadores na Unidade de saúde; encontro nesse espaço de diferentes culturas, religiões e diversos saberes científicos em relação à saúde; as condições de trabalho em relação a disposição de estrutura física das unidades, materiais, medicamentos, insumos e pelas possibilidades de conexão da rede das unidades, ofertando um cuidado integral e contínuo.

Ainda para a mesma autora, esses planos atingem diretamente os trabalhadores e também os usuários, interferindo no processo de trabalho das equipes. Ao fazer o agrupamento e a comunicação de todos esses planos, refletimos sobre, como os gestores das unidades, trabalhadores e usuários, realizam o trabalho considerando essa diversidade e complexidade de encontros e disputa. Por isso, a autora afirma que existem tantas unidades “saúde da família” que se configuram de formas diferentes, apesar de todas as definições políticas e diretrizes do Ministério da Saúde – MS e de todas as inúmeras capacitações que os profissionais são submetidos.

Para Anjos (2013), podemos comparar esse trabalho com um iceberg, onde na ponta mínima vista por quem está acima do nível do mar é o trabalho na forma que ele está escrito nas políticas, e o grande volume invisível, debaixo da água, retratam o trabalho real.

Essa divergência entre as políticas, considerando as diversidades loco-regionais e culturais em nosso País e a realidade, ilustra a dificuldade em se fazer a gestão nos serviços de saúde, na medida em que há uma diferença entre aquilo que é solicitado e que é visível para a organização do trabalho e o que está nas diretrizes. Isso explica porque dentro da mesma unidade, submetidos à mesma gestão e às mesmas condições materiais, duas equipes podem ter dinâmicas de funcionamento tão diferentes. (FEUERWERKER, 2014)

Segundo Merhy e Franco (2007), essa abordagem também explica porque algumas ações e estratégias funcionam na produção de relações e do cuidado em algumas equipes e em outras não, com a gestão acontece à mesma coisa ela é produzida

através da realidade de cada equipe e de acordo com a organização do processo de trabalho, por isso às vezes a mudança de um dos profissionais da equipe ou do gestor, muda toda a dinâmica do trabalho.

Dada essa complexidade do trabalho na produção do cuidado em saúde e suas relações entre os diversos atores, traz consequências sobre o modelo de pensar na política e na gestão em saúde. Iniciando pela necessidade do gestor e trabalhadores desenvolverem um pensamento crítico reflexivo em relação ao que é saúde e o processo saúde doença, reconhecendo a importância de desconstruir/resistir ao modelo ainda hegemônico biomédico, hospitalocêntrico e da medicalização. Importante é a clareza de que todos fabricam políticas em seu trabalho e que, portanto, ter uma postura democrática de ampliação da escuta e do debate se faz necessário.

Diante desse cenário, Feuerwerker (2014) faz alguns questionamentos em relação à gestão: sobre que atitude adotar, com esse grau de liberdade e essa disputa? Como ampliar os mecanismos de controle? Com o reconhecimento de que a gestão nesse sentido deve ser compartilhada na prática abrindo espaços na EPS para a problematização, a negociação.

Os desafios da gestão acima colocados têm se mostrado de grande relevância quando vinculados a um debate mais profundo em torno da EPS.

Em muitas experiências no SUS de implantação ou implementação dessa política, de maneira participativa e humanizada, partindo do pressuposto de que as singularidades da realidade e dos diversos atores são importantes para o desenvolvimento do processo, mostrando que é possível construir processos de trabalho efetivos e apropriados aos profissionais e usuários. (FEUERWERKER, 2014)

A mesma autora destaca também experiências em locais que estão apostando na EPS como estratégia ou como objeto de ação da própria gestão do sistema e/ou das unidades de saúde, considerando, sobretudo a variedade de planos em disputa, por meio de encontros, confrontos e negociações entre os vários atores/sujeitos do cotidiano do mundo do trabalho em saúde.

Nesta análise coletiva e ressignificação do trabalho no cotidiano, os novos acordos e novos arranjos estão sempre envolvidos em um processo de ensino e aprendizagem.

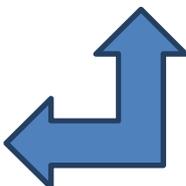
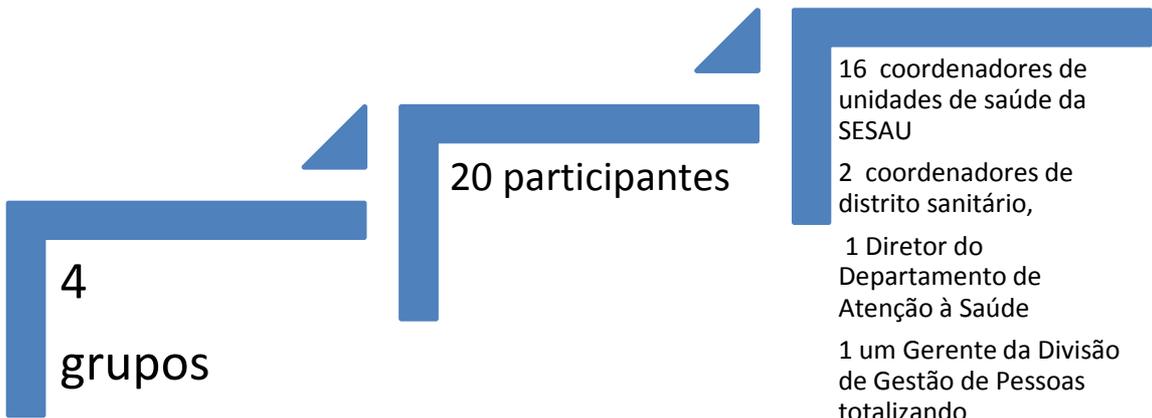
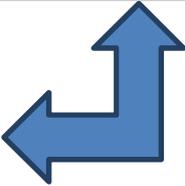
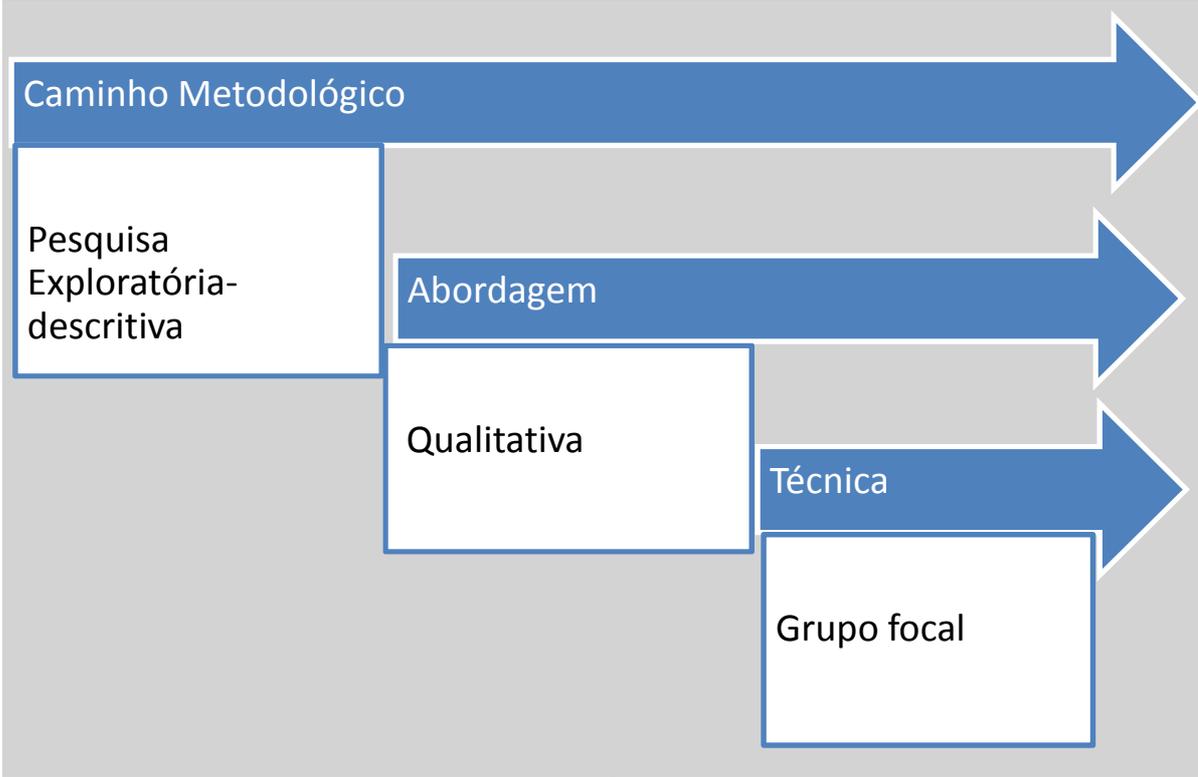
Nesse sentido, potência da EPS para gestão compreende-se em um espaço privilegiado para problematizar os problemas a partir da leitura da realidade, discutir, construir projeto de intervenção, produzir novas negociações, construir novos significados na equipe e indispensável para os que desejam transformar a realidade de se produzir saúde. De acordo com a proposta da EPES as metodologias construtivistas e significativas são as que melhor se adaptam, nesse caso as metodologias ativas, que estão imbricadas na teoria construtivista do processo ensino-aprendizagem. Em que os trabalhadores se colocam em permanente produção de conhecimento e experimentação na realidade, tendo como base suas relações com o mundo do trabalho.

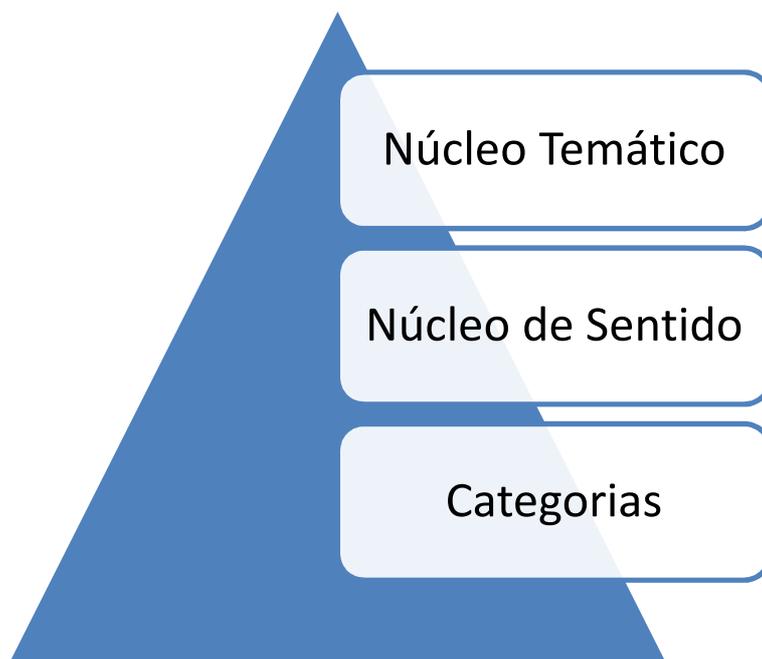
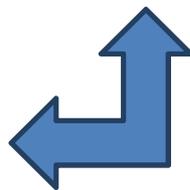
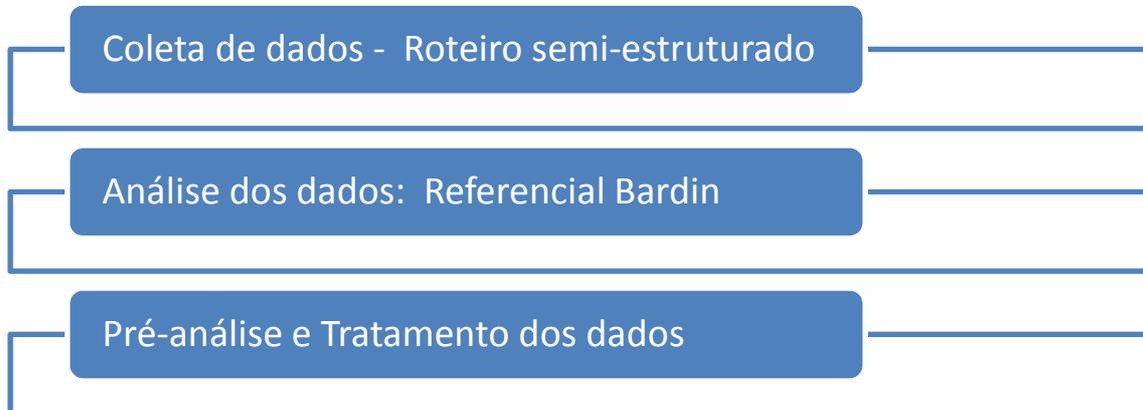
### **3 - CAMINHO METODOLÓGICO**

Neste capítulo apresenta-se o caminho metodológico percorrido para o alcance do objetivo proposto, partindo da compreensão de que o método escolhido é o que norteia o direcionamento desejado em relação aos objetivos anteriormente delineados.

A seção focaliza, esquematiza e discorre sobre os componentes metodológicos essenciais ao desenvolvimento da pesquisa, que são: o tipo do estudo; os participantes da pesquisa; contexto do estudo; Instrumentos de coleta de dados; análise dos dados e os aspectos éticos.

FIGURA – 2 Desenho do Estudo





FONTE: Autora (2017)

### **3.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória de acordo com Gil (2008) tem o objetivo de proporcionar uma maior aproximação com o problema no sentido de melhor explicitá-lo, esclarecendo e/ou modificando conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de oportunos ou hipóteses pesquisáveis para suscitar estudos posteriores.

A pesquisa descritiva tem a finalidade de observar, registrar os fenômenos, descrever as características de determinadas populações, pode ser compreendida também como um estudo de caso onde, posterior à coleta dos dados, é feita a análise relacionando as variáveis para determinar um resultado. (Perovano, 2014).

A abordagem qualitativa segundo Minayo (2008) se conforma melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu pelo fato da pesquisa não ter como o objetivo interpretar números e sim, ter como características de trabalhar ações e opiniões, valores e crenças, representações e costumes, buscando interpretar fenômenos e atribuindo significados, permitindo assim desvendar e, compreender melhor o tema pesquisado (MINAYO, 2012).

Ainda de acordo com a autora, a pesquisa qualitativa lida com o contexto de significados, causas, ideais, crenças, valores e atitudes. Isso corresponde a um universo mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos simples mente a operacionalização de variáveis; sendo assim, não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente real natural é a fonte direta para a coleta de dados.

Neste contexto, os pesquisadores qualitativos tendem a ser criativos e intuitivos, juntando uma série de dados retirados de muitas fontes, em um esforço para chegar a uma compreensão mais abrangente e globalizada de um fenômeno.

### 3.2 Participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi composta por (16) dezesseis coordenadores de unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel PR, (02) dois coordenadores de distrito sanitário, (01) um Diretor do Departamento de Atenção à Saúde e (01) um Gerente da Divisão de Gestão de Pessoas totalizando (20) vinte participantes na pesquisa.

Atendendo a garantia do anonimatoos participantes da pesquisa foram identificados da seguinte forma:

QUADRO 3 – Identificação dos sujeitos da Pesquisa

Grupos Focais	1	2	3	4
Participantes da Pesquisa	C1	C6	C11	C16
	C2	C7	C12	C17
	C3	C8	C 13	C18
	C4	C9	C 14	C19
	C5	C10	C15	C 20

FONTE: Autora (2017)

### 3.3 Contexto do estudo

A pesquisa foi realizada na Secretária Municipal de Saúde de Cascavel (SESAU) região Oeste do Paraná – PR. A SESAU está organizada administrativamente em três departamentos: Administrativo, de Atenção à Saúde e de Vigilância em Saúde. Contém 60 serviços, 36 unidades de atenção primária, três farmácias, 14 serviços de atenção especializada, Serviço de Apoio Diagnóstico, Unidade de Controle de Vetores.

As Unidades de Saúde compõem os Serviços de atenção Básica do Município que é considerada a “porta de entrada” do usuário para os demais pontos de Atenção da Rede de atenção à saúde do município. Desenvolvem atividades assistenciais e de prevenção e promoção da saúde em seu território de abrangência.

São responsáveis pela coordenação dos cuidados em saúde em todos os níveis

assistenciais da média e alta complexidade. Cada unidade possui uma área de abrangência e tem a responsabilidade pela saúde de todos os habitantes pertencentes a essa área.

Todas as unidades possuem um coordenador que tem a função de realizar junto com a equipe e a comunidade planejamento das ações de saúde da unidade voltado para esta comunidade, entendendo as situações socioeconômicas e priorizando grupos de risco, coordenar as atividades da unidade e tirar as dúvidas da população, caso tenham dificuldade de acesso ao atendimento, direcionar a equipe para a realização das atividades e realizar as atividades administrativas de acordo com as atividades descritas no Decreto Nº 13.295, De 27 De Janeiro De 2017. (CASCAVEL, 2014)

### **3.4 Técnica de coleta de dados**

Como técnica de coleta de dados foi utilizada o grupo focal ou “*focusgroup*”, considerada uma técnica de pesquisa qualitativa direta, que possibilita a compreensão e construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos acerca de um tema específico.

Segundo Godim (2003), a técnica grupo focal é utilizada como fonte principal e suplementar de dados, tanto para subsidiar trabalhos de intervenção, quanto para elaborar instrumentos de pesquisa exploratória e qualitativa, e como fonte complementar de dados, ao serem associados às técnicas de entrevistas em profundidade e de observação participante. As origens dos grupos de foco estão pautadas na diversidade dos métodos de comportamento científico e na psicoterapia.

Essas técnicas foram desenvolvidas por Robert K. Merton e descritas em um livro em co-autoria com Patrícia L. Kendall em 1946.

A característica da entrevista focal é que os entrevistados são expostos a situações concretas, cujo caráter objetivo é conhecido e foi previamente analisado pelo entrevistador. Eles puderam assistir a um filme, programa de rádio, ler um panfleto ou um anúncio em uma revista ou jornal e assim participaram do experimento psicológico. Em outras palavras, a entrevista foca-se em uma experiência do entrevistado exposição a uma situação de estímulos. (MERTON, KENDALL, 1946. p.45)

A escolha da técnica foi favorecida por ser rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas, fornecendo ao pesquisador uma grande riqueza de informações qualitativas sobre o desempenho de atividades desenvolvidas pelos gerentes e coordenadores, e as competências necessárias para o cargo.

Os profissionais foram convidados a participarem dos grupos e o projeto da pesquisa que foi apresentado pela pesquisadora que também exerceu o papel de moderadora dos grupos.

As reuniões foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos participantes dos grupos e aconteceram na Universidade Paranaense UNIPAR, no tribunal do júri e na secretaria de saúde do município. Todastiveram a duração de uma a duas horas.

Como disparador das discussões foi utilizado o roteiro de questões elaborado pela pesquisadora (Apêndice 1) que contempla os temas da pesquisa, contendo poucos itens permitindo assim a flexibilidade de refletir e discutir temas não previstos, porém relevantes para a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu a partir das interações com os participantes destes grupos.

Os encontros com os grupos foram gravados e posteriormente transcritos servindo como base para a elaboração dos registros e para o embasamento da análise, discussão, resultados e conclusão do estudo. Os registros foram realizados após cada encontro, permitindo uma exploração maior de informações contidas em cada encontro.

O material produzido nos encontros grupais foi analisado, estabelecendo conexões entre o conhecimento empírico do processo de trabalho dos coordenadores de Unidades de Saúde, as competências necessárias para a função e com o referencial teórico consultado, visando à construção do perfil de competências para o profissional que exerce esta função na Secretaria de Saúde do Município.

### **3.5 Análise dos dados**

Para a análise e tratamento dos dados foi utilizada a técnica proposta por Bardin, (2011) que se caracteriza pela interpretação do material de caráter qualitativo, garantindo uma descrição sistemática, objetiva e com a riqueza do conteúdo exposta no

momento da coleta dos mesmos.

A escolha se deu por ser uma técnica que fornece informações complementares ao leitor crítico de uma mensagem, assim como valoriza o significado do conteúdo das mensagens de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa.

Nessa modalidade de análise a autora propõe para a organização da análise de conteúdo que o pesquisador percorra três fases da análise para atingir os resultados dividindo-se em três polos;

Na **pré-análise** que é a primeira fase o pesquisador estabelece uma organização do material, partindo da seleção dos documentos, informações e materiais relevantes ao estudo, em seguida na segunda etapa vem a **exploração** do material que corresponde a análise de conteúdo onde ocorre a transformação dos dados brutos em pontos centrais do texto, os índices elencados são organizados sistematicamente após várias leituras e análises das informações coletadas, na última etapa vem o **tratamento dos resultados**, são feitas as compreensões e conclusões dos dados encontrados, com base no referencial teórico do estudo. É uma etapa que permite transformar os dados brutos para que estes passem a fazer sentido. (BARDIN, 2011).

Partindo dessa proposta da autora no primeiro momento houve a transcrição das falas, as quais foram agrupadas por unidades de sentido e núcleos temáticos e após a definição das categorias, foram realizadas as compreensões dos dados obtidos, embasados pela literatura da pesquisa.

Para a apresentação dos resultados obtidos nos grupos com participantes da pesquisa foi desenvolvida uma matriz com o perfil de competências desejado para os coordenadores das Unidades de Saúde, a fim de condensar e destacar as informações fornecidas pela análise, bem como favorecer a interpretação dos dados.

A matriz do perfil de competências dos coordenadores foi construída a partir das informações coletadas, entendendo após a discussão, à luz do referencial teórico, a relevância das competências identificadas serem mais bem descritas. A partir dessa reflexão buscou-se adaptar a metodologia de Carbone *et al.* (2006), fazendo a sincronização do conhecimento com as habilidades.

O Mapa de Competências de Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde é apresentado na próxima seção, Descrição das Competências.

Segundo Carbone *et al.* (2006) para descrição adequada de uma competência, e

necessário que ela represente um comportamento que indique o que o profissional deve ser capaz de fazer, o que é esperado deste profissional, esse comportamento deve ser descrito utilizando-se um verbo e um objeto de ação, podendo acrescentar uma condição sempre que possível na qual se espera que o desempenho ocorra, por fim, incluir um critério indicando um padrão de qualidade ou nível de desempenho satisfatório do profissional, (CARBONE *et al.*, 2006).

#### QUADRO 4 – Exemplo

Exemplo de Condições e Critérios de Qualidade Associados a Competências		
Comportamento (verbo + objeto da ação)	Critério	Condição
Editatextos	Semerros de digitação	Utilizando o aplicativo word

Fonte: Carbone, *et al.* (2006)..

### 3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Em consonância com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que institui as normas e diretrizes éticas da pesquisa que envolve seres humanos. O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP (CEP FPP/PR) e aprovado em 28 de fevereiro de 2017, sob o número do protocolo CAAE: 61551416.5.0000.5580 (ANEXO 1). A participação nos grupos focais da pesquisa ocorreu mediante assinatura no TCLE por parte dos participantes (APÊNDICE 2).

## **4 –APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo apresenta os dados provenientes das discussões nos grupos focais, onde são expostos os núcleos temáticos as unidades de sentido e suas respectivas categorias que emergiram da análise do conteúdo. Apresentam-se, também, recortes dos discursos dos participantes da pesquisa para ilustrar as discussões.

### **4.1 Apresentaçãodos Encontros**

O material produzido nos encontros grupais foi analisado, estabelecendo conexões entre a percepção dos coordenadores de unidades de saúde, gerentes, diretor da atenção básica e assessor da gestão estratégica em relação às competências necessárias para a função de coordenador de unidade de saúde, com o referencial teórico, visando à construção de uma matriz de competências para o profissional que exerce esta função na Secretaria de Saúde do Município.

O primeiro grupo focal aconteceu no tribunal do Júri da Universidade Paranaense – UNIPAR, espaço cedido pela instituição de ensino, apesar do local ser grande, os participantes sentaram-se dispostos em um pequeno círculo permitindo a interação do Grupo. Participaram do grupo cinco pessoas, todas elas estão atuando como coordenadoras de unidade de saúde. A pesquisadora utilizou como disparador e para orientar as discussões do grupo questões norteadoras conforme (APENDICE 1), o mesmo foi utilizado para os demais grupos.

O segundo grupo focal aconteceu em uma sala da direção da vigilância em saúde da secretaria de saúde, espaço cedido pela mesma, apesar de ser um espaço pequeno, permitiu a interação do grupo. Participaram desse grupo cinco coordenadoras de unidades de saúde. Nesse grupo havia uma característica diferente dos outros pelo fato de duas das participantes da pesquisa estar assumindo recentemente a função de coordenação das unidades de saúde. Estavam apreensivas, mas a ansiedade foi diminuída no momento em que foi exposta a metodologia e as finalidades do estudo.

O terceiro grupo focal aconteceu na secretaria de saúde, no mesmo local do segundo grupo, apesar de ser um espaço pequeno, permitiu a interação do grupo. Esse grupo teve cinco participantes entre eles, a Diretora do Departamento da Atenção a Saúde, a Gerente da Divisão de gestão de Pessoas, duas Coordenadoras Distritais, o Assessor de Gestão Estratégica.

O quarto grupo realizou-se na secretaria de saúde na sala do setor de acolhimento. Participaram desse grupo cinco coordenadoras de unidades.

#### **4.2 Categorização dos dados**

Com o material do grupo gravado e transcrito, foram iniciadas várias leituras flutuantes de todo o material, com o intuito de aprender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Na leitura flutuante a autora tomou conhecimento do contexto dos discursos e deixou fluir suas impressões e orientações para agrupar os dados considerados importantes e a parte comum existente entre eles, classificando-os por semelhança, que denominamos de núcleos temáticos para a construção das categorias.

Mediante as falas identificadas nas discussões, foram definidos quatro núcleos temáticos que se repetiram em todos os grupos focais, a saber:

- 1- Gestão
- 2- Comportamental
- 3- Técnicas
- 4- Organizacional.

A partir de tais núcleos, identificaram-se unidades de sentido e suas respectivas categorias, as quais serão apresentadas e discutidas separadamente por cada grupo conforme os quadros que apresentamos a seguir:

QUADRO 5 - GRUPO FOCAL 1

NUCLEO TEMÁTICO	UNIDADE DE SENTIDO	CATEGORIAS
Gestão	Educação	Educar os profissionais para atenção primária Realizar Educação em saúde na Comunidade
	Planejamento	Ter capacidade de realizar o Planejamento Estratégico Ser Capaz de mediar conflitos Ser Líder
	Liderança	Ser capaz de trabalhar em equipe
Comportamental	Comunicação	Ter escuta qualificada Ser Paciente

	Ética  Relacionamento interpessoal	Ser ético Ser proativo Ser Responsável Flexibilidade Ter Habilidade de relacionamento interpessoal
Técnicos	Conhecimento geral  Conhecimento de gestão  Conhecimento técnico	Ter conhecimentos na área Gestão nos serviços saúde Conhecer o Sistema Único de Saúde Conhecer as atribuições dos coordenadores Ter conhecimento na área da gestão Conhecer as Redes de Atenção à saúde Conhecer as Linhas de cuidados Conhecer as atribuições de todos os profissionais da equipe Conhecer os Fluxos das redes de Atenção a saúde Ter acesso às informações Conhecer a Regulação do Sistema Conhecer o organograma da secretária da saúde Conhecer as metas da secretaria e os instrumentos de Gestão
Organizacional	Usuário centrado  Gestão de pessoas	Promover o Acolhimento dos usuários e o acesso do usuário no serviço. Identificar o perfil dos profissionais para a Atenção primária em saúde

FONTE: Autora (2017).

Em relação às categorias agrupadas no núcleo de gestão e as diferentes Unidades de Sentido destacamos as seguintes falas dos participantes da pesquisa.

*[...] é que assim, o que interessa pra população hoje é a consulta é o exame, se fala pra passar para o enfermeiro nunca eles tem tempo, já para o médico sempre tem tempo, o foco da população não é a prevenção e sim o curativo, precisamos educa-la pra utilizar o sistema. (C5)[...] A população valoriza somente o profissional médico, não participa desconhece a função dos outros profissionais da equipe.*

*[...] Nos temos nossa parcela de culpa sobre isso porque, o que é que a gente faz pra mostrar para a população que existem outros profissionais que existem outros caminhos? Mostrando para a população como usar o SUS. (C3)*

*O perfil dos profissionais nem sempre esta alinhado com os objetivos do PSF, às vezes os profissionais não tem esse perfil e o coordenador tem que ensinar os profissionais a trabalhar. (C1)*

*[...] o coordenador deveria saber o papel de cada um dos profissionais, seria interessante reunir os profissionais em um plano de educação permanente para compartilhar experiências e conhecimentos. (C2)*

*Percebo que para atuar melhor na coordenação precisamos trabalhar com planejamento, a curto, médio e longo prazo, ser mais proativo. (C2)*

*[...] o planejamento é extremamente importante. (C2)*

*Deve ser líder. (C3)*

*Gerenciar conflito é um desafio para o coordenador, acho sempre melhor resolver logo, não deixar o conflito criar grandes proporções, mas precisamos passar por uma reciclagem para poder gerenciar melhor os conflitos. C2*

*[...] ter parceria com a equipe e com a gestão, conhecimento, saber direcionar a equipe. C5*

Para as categorias elencadas no núcleo temático comportamental ressaltamos os seguintes apontamentos dos participantes da pesquisa sobre as competências desejadas para um coordenador de unidade de saúde.

*[...] outra coisa importante na unidade é a escuta qualificada, você precisa escutar o usuário e entender a necessidade dele. (C3)*

*É importante parar para escutar com atenção a necessidade do usuário. C2*

*È muito mais fácil você lidar com algo pontual, do que lidar com o ser humano diante da sua complexidade, suas diferenças, a necessidade de cada um, requer tempo, paciência, jeito. C5*

*O coordenador deve ter responsabilidade, ser ético, trabalhar em equipe, ter jogo de cintura para trabalhar com pessoas, bom relacionamento, ter liderança. C3*

*O Coordenador deve ser uma pessoa ética. (C1)*

Em relação ao núcleo temático na área técnicas as categorias que compõe esse núcleo se constituíram a partir das seguintes falas:

*Julgamos necessário, conhecer as atribuições dos coordenadores. (C2)*

*Conhecer de gestão do SUS, às vezes a gente fala da falta da especialidade, mas a gente não conhece o contexto da regulação. (C1)*

*Além de gestão conhecer as políticas do SUS, o que é uma unidade de saúde, sobre atenção especializada e a rede de serviços do SUS. (C4)*

*O coordenador precisa entender de Gestão, os fluxos da rede. (C5)*

*Eu acho que o coordenador precisa saber um pouco da atribuição de cada profissional. C5*

*Eu acho que ele precisa conhecer os fluxos porque às vezes o paciente chega à unidade e você orienta um fluxo e não sabe que esse fluxo já mudou você é informada pelo próprio paciente porque ele já foi lá e sabe que mudou aí você fica falando grego com o paciente. Outra coisa que acho importante é saber sobre o funcionamento dos outros serviços da rede para informar melhor o paciente e melhorar a comunicação entre os serviços. C2*

*A grande maioria dos servidores não conhece as políticas do SUS e isso pesa para o coordenador, ele deveria conhecer e multiplicar esse conhecimento com a equipe de saúde. C1*

No núcleo temático organizacional destacamos algumas falas pelas quais emergiram as categorias que compõe esse núcleo.

*A população valoriza muito o acesso e o acolhimento em uma unidade de saúde (C5)*

*Muitas vezes é o coordenador que tem que promover esse acesso[...] acesso à consulta e a exames [...] sempre o coordenador que tem que correr atrás [...] (C3)*

*[...]Isso que ela falou que não sabe o papel de cada profissional na equipe, muitas vezes a gente na coordenação não sabe mesmo, como vamos cobrar atitudes e habilidades, muitas vezes um curso assim é uma forma de troca de experiências, ter uma formação para toda a equipe, o coordenador tem que viabilizar isso, fazer a educação permanente na equipe, na nossa unidade estamos fazendo isso e já conseguimos tirar o foco só do profissional médico. (C4)*

*A gente tem que ser muito parceiro da equipe, conhecer a proposta de trabalho, na unidade saúde da família é necessário trabalhar com porta aberta e o acolhimento, e a equipe precisa acolher para isso a equipe precisa trabalhar unida. (C2)*

*Para o coordenador fazer um bom trabalho ele precisa conhecer as necessidades de saúde da comunidade. (C5)*

As percepções do grupo um revelaram que estes deveriam: conhecer as políticas do SUS, a engrenagem política e administrativa da secretaria de saúde, as necessidades dos usuários, as atribuições dos componentes da equipe, as dinâmicas das relações humanas, o potencial de cada trabalhador na produção do cuidado em saúde.

Destacaram também a necessidade do comprometimento com as ações educacionais na equipe e na comunidade, bem como sua importância no desenvolvimento das capacidades para a atuação como coordenador. A seguir

apresentamos os resultados das discussões do grupo dois.

QUADRO – 4 GRUPO FOCAL 2

NUCLEO TEMÁTICO	UNIDADE DE SENTIDO	CATEGORIAS
Gestão	Liderança Educação Resolutividade	Ter capacidade de mediar conflitos Fazer uma gestão democrática e compartilhada Saber direcionar a equipe e produzir espaços de educação permanente Fazer a Gestão de pessoas Ser resolutivo Reconhecer-se como um líder Ter capacidade de trabalhar em equipe Capacidade de ser resolutivo
Comportamental	Comunicação Ética Relacionamento interpessoal Abertura para o novo	Ter Escuta qualificada Saber ouvir Ser Paciência Ser ético Ter Empatia Ser Responsável Ter Flexibilidade Ter Habilidade de relacionamento interpessoal Ter equilíbrio Ter comprometimento Ter abertura para o novo Ter dedicação Que saiba trabalhar com as diversidades Serousado
Técnicas	Conhecimento de gestão Gestão de pessoas	Ter conhecimentos na área Gestão nos serviços saúde Conhecer o Sistema Único de Saúde Conhecer as atribuições dos coordenadores Conhecer as Redes de Atenção à saúde Conhecer as atribuições de todos os profissionais da equipe Conhecer os Fluxos das redes de

		Atenção à saúde
Organizacional	Usuário centrado	Promover o Acolhimento dos usuários
	Intervenção	Fazer uma leitura da realidade propondo ações de intervenções
	Missão	Estar comprometido com os objetivos da instituição

FONTE: Autora (2017)

Destacamos a seguir deram origem as categorias e as unidades de sentido do que compõe o núcleo da gestão.

*Então uma coisa que eu trouxe da unidade onde eu trabalhava, foi que lá as reuniões da equipe eram prazerosas, primeiro nos discutimos os problemas administrativos e depois fazíamos projetos terapêuticos com a equipe e trazíamos pessoas de fora, assim além da reunião da equipe, eles também participam da educação permanente procuro fazer isso na minha equipe também e acho que essa é uma competência do coordenador. (C10)*

*O coordenador tem que ter um perfil de liderança para atingir os objetivos da gestão. (C8)*

*Tem que ter a capacidade de resolver os problemas. (C10)*

*Construir espaços na equipe para dar feedback para equipe. (C10)*

*Muitas vezes tem que ser até um professor, pegar na mão e ensinar como faz. A iniciativa a criatividade conta bastante e é muito importante. (C10)*

O núcleo temático comportamental e as categorias que foram agrupadas nesse núcleo emergiram das seguintes falas dos participantes da pesquisa:

*Saber fazer e receber crítica, fazer críticas com respeito e ética. (C6)*

*A Comunicação é muito importante, acho que o mal da humanidade é a falta da comunicação. (C7)*

*Acho que precisa de paciência, empatia, conhecimento na área. (C6)*

*Tem que ter responsabilidade. (C10)*

*Ter comprometimento. (C10)*

*Outra coisa você tem que ser muito honesto e verdadeiro com muita ética e bom senso. (C8)*

*Tem que ter jogo de cintura pra lidar com todas as profissões e a população. (C7)*

As categorias que foram agrupadas no núcleo temático da área técnica emergiram das seguintes falas:

*Precisa ter conhecimento não só da parte administrativa, falta parte teórica da área das políticas e de gestão dos serviços de saúde. (C6)*

*Quando assumi a parte da coordenação senti uma responsabilidade enorme, mas eu não sei, não conheço as atribuições dos coordenadores, e isso é importante. (C10)*

*Tem muita coisa que a gente sente falta, acesso as informações que são necessárias, cursos, capacitações, ambientes para que possamos trocar nossas experiências, sinto falta uma diretriz cada um faz a coordenação de um jeito. (C10)*

*Não me acho preparada para a coordenação, precisaria um pop da coordenação, a gente tem ligado muito para as colegas para saber o que fazer a gente precisa ter um curso preparatório para a coordenação. (C6)*

*Aprendi me organizar com minha colega, fui à unidade dela para aprender, ela imprimiu a portaria da atenção básica e me deu e eu fui me virando, mas o conhecimento das políticas, do SUS como um todo é muito importante. (C10)*

*Precisa conhecer e entender todas as leis. (C8)*

*Tenho que saber as funções de cada um da minha equipe. (C7)*

*A falta de conhecimento da gestão no início me trouxe muita dificuldade, de ligar três quatro, não sei quantas vezes para o gerente para tirar dúvidas. (C10)*

*Eu lembro quando eu entre eu fiquei um mês na secretaria e me ajudou bastante para conhecer os fluxos. (C7) Eu já não tive isso e foi muito difícil. (C10)*

Assim como nos grupos anteriores aqui também destacamos as falas dos participantes que constituíram as categorias que foram agrupadas empiricamente no núcleo temático organizacional.

*Vestir a camisa da saúde, não adianta falar mal e não fazer nada para mudar, tem que ser a mudança que a gente quer ver. (C10)*

*O desejo de mudança da realidade tem que ser instigado ele não nasce do nada e essa é uma competência do coordenador, ele tem que fazer a frente. (C8)*

*Quando você ouve o paciente olha no olho, compreende a sua necessidade, muitas vezes até não podendo fornecer o que ele nos solicitou no início, ele sai agradecendo, esse acolhimento também precisa ser cobrado pelo coordenador de todos os profissionais. (C9)*

*A gente precisa conhecer o território como conhece a nossa casa, se faltar luz na nossa casa a gente anda mesmo assim porque tem conhecimento, no território precisamos conhecer da mesma forma, para prestar uma assistência de qualidade. (C10)*

*Fazer uma leitura da realidade dentro do contexto é diferente do que quando as pessoas te contam. (C6)*

No segundo grupo as concepções e as discussões revelaram que as competências necessárias para a função de coordenação seria: Ter liderança, competência na área educacional, ser resolutivo, Ter uma boa comunicação, agir com ética, ter a capacidade de se relacionar com as pessoas, ter abertura para o novo, ter conhecimento de gestão e estão de pessoas. Nesse grupo em específico contou com coordenadores que haviam assumido a função de coordenador recentemente, expuseram suas dificuldades em assumir as equipes sem nem uma formação gerencial e sobre como foram aprendendo com os colegas, salientaram suas inseguranças frente ao desafio de ser coordenador de uma US.

O grupo também destacou a importância da produção do cuidado centrado no usuário o planejamento das ações de intervenção da equipe a partir das necessidades da população. Apresentamos na sequência os resultados do terceiro grupo.

#### QUADRO – 5 GRUPO FOCAL 3

NUCLEO TEMÁTICO	UNIDADE DE SENTIDO	CATEGORIAS
Gestão	Mediação  Liderança	Ter capacidade de mediar conflitos Entender que ele faz parte da gestão Saber direcionar a equipe Gestão de pessoas Ter segurança e habilidade na tomada

		de decisões Ter liderança
Comportamental	Comunicação  Ética  Relacionamento interpessoal	Ter Escuta qualificada Saber ouvir Reconhecer-se como um líder Ser ético Ter empatia Ser Responsável Ser Flexível Ter Habilidade de relacionamento interpessoal Habilidades de comunicação com os clientes externos e internos Ter Comprometimento Abertura para o novo Ter Dedicção Ser Ousado Ser humilde
Técnicas	Conhecimento de gestão  Conhecimento geral	Ter conhecimentos na área Gestão nos serviços saúde Conhecer o Sistema Único de Saúde Conhecer as atribuições dos coordenadores Ter conhecimento na área da gestão Conhecer as Redes de Atenção à saúde Conhecer as atribuições de todos os profissionais da equipe Conhecer os Fluxos das redes de Atenção à saúde Ter acesso às informações Conhecer as metas da secretaria e os instrumentos de Gestão Compreender a dinâmica do todo
Organizacional	Intervenção  Missão institucional	Fazer uma leitura da realidade propondo ações de intervenções Estar comprometido com os objetivos da instituição

FONTE: Autora (2017)

Nas categorias elencadas no núcleo de gestão, observamos que muitas delas são semelhantes aos grupos já citados, destacamos as seguintes falas dos participantes da pesquisa.

*Muitas vezes o coordenador não se põe no lugar de gestor, de que ele é o líder da equipe e precisa saber direcionar essa equipe. (C14)*

*Ele precisa se entender como membro da equipe, mas também como membro*

*da gestão. [...]o papel dele é saber fazer parte dessa construção, habilidade de conduzir as a equipe para as discussões. (C11)*

*[...] precisa saber levar a informação para a equipe dos diversos setores da secretaria [...] estar preparado para enfrentar as situações emergenciais, tomar decisões e direcionar a equipe. (C14)*

*Como ele muitas vezes não tem segurança na parte técnica ele acaba transferindo para os outros essa tomada de decisões. (C11)*

*O coordenador não pode ser muito autoritário, precisa trazer a equipe para as discussões, lidar com as situações de conflito cuidando para não tomar partido, acho que o que faz a grande diferença no papel do coordenador é ele se reconhecer como líder, e conquistar essa equipe. (C 11)*

*A questão de conflitos é importante, hoje o que os serviços ofertados não atendem a demanda, então muitas vezes ele tem saber falar não e ensinar a sua equipe falar não, ele lida com essas situações de conflito de todos os lados, tem que saber acolher a população, talvez a gente precisa também de ferramentas que desenvolvam nos coordenadores essas habilidades. (C15)*

*[...] tem que ser líder não só chefe. Acho que esse é o grande desafio, aquele líder que conquista a confiança e o respeito da equipe, ter conhecimento do processo de trabalho, sabe ouvir. (C11)*

*[...] entre a emoção e a razão ele tem que tomar decisões, precisa saber fazer uma negociação sadia. (C13)*

Em relação ao núcleo temático comportamental e suas respectivas categorias o grupo não divergiu muito dos primeiros grupos, pelo contrario percebe-se muitas semelhanças entre as falas.

*[...] que tenha uma capacidade de comunicação, que leva a informação e utiliza saiba utilizar essa informação para transformar em ações. (C13)*

*Saber ouvir é essencial. (C15)*

*[...] flexibilidade. (C15)*

*Precisa ter humildade quando não souber procurar o conhecer. (C13)*

*[...] disponibilidade para aprender, abertura para novos conhecimentos. (C15)*

*Precisa ter habilidade de relacionamento interpessoal porque ele vai lidar com duas clientelas bem diferentes, um são os profissionais da equipe e outra que é a população. (C13)*

*[...] não se acomodar, precisamos de pessoas dedicadas comprometidas. (C12)*

*[...] e vai lidar com a gente também que é gestão, então tem que saber se nos comunicar diferentes cenários. (C11)*

*A gente falou bastante do que o coordenador deve ser capaz e dentro do conceito de líder engloba bastante coisas que são: saber ouvir, saber negociar, ser flexível, ser capaz de mediar conflito, ter conhecimento, ser proativo, eu acredito que só quando a gente tiver profissionais na coordenação com esse perfil nos serviços a gente vai dar conta que as coisas aconteçam. (C11)*

*Na atenção primária o coordenador deve ter ousadia, usar do seu conhecimento para atingir os objetivos. (C14)*

*A equipe se torna reflexo do coordenador na unidade, nas unidades em quem tem muito conflito, muitos problemas, a gente vai avaliar vai ver que o coordenador não está preparado não está comprometido com os objetivos da instituição. (C12)*

As categorias agrupadas pelo núcleo temático da área técnica também não teve muitas dissensões dos demais grupos anteriores que assomaram das principais falas que destacamos a seguir.

*[...]se eu estou coordenando um serviço da atenção especializada é diferente da coordenação da atenção básica, eu acho que é isso que falta a pessoa entender, as características de cada serviço, por exemplo, o acolhimento da UPA é muito diferente da atenção básica, o perfil do coordenador é diferente[...]eu preciso de um coordenador na UPA muito mais duro do que na atenção primária, mais dura no sentido de ser mais firme, na atenção primária precisa conhecer as tecnologias mais leves. (C11)*

*Conhecer a rede, o papel de cada profissional que compõe a equipe. (C12)*

*Conhecer os processos da gestão nos serviços de saúde, conhecer a função dos pontos de atenção na rede [...] as pessoas olham somente para o seu processo do trabalho e não entendem que a rede [...] é a discussão do acesso avançado tem coordenador que não compreende porque a unidade de saúde da família precisa trabalhar com acolhimento. (C11)*

*Precisa ter uma visão mais macro entender o todo, conhecer bem os fluxos. (C13)*

*O coordenador precisa ter conhecimento na área de gestão. (C15)*

*Acho que para a atenção primária precisamos de coordenadores com conhecimentos técnicos, da atenção primária, conhecendo as políticas do SUS, conhecer as metas da secretária de saúde, os instrumentos de gestão. (C11)*

As categorias agrupadas pelo núcleo temático da área organizacional tiveram algumas diferenças dos grupos anteriores como apresentadas nas falas a seguir

*É muito mais fácil a gente ter uma pessoa com conhecimento técnico na atenção primário e desenvolver nele as habilidades gerenciais do que ao contrário. (C15)*

*Coordenar a atenção primaria é muito mais complexo que coordenar as UPAS, na atenção primária precisa fazer uma leitura da realidade de uma determinada população e propor intervenções. (C11)*

*Se agente for pensar hoje na estrutura no município ser coordenador não é algo muito vantajoso, o faz a diferença é ele querer estar aí, o objetivo que ele chegou ali tem que ser por acreditar na melhoria e na qualidade do serviço, não pelo cargo não pelo status, desejar mudar essa realidade. (C11)*

No terceiro grupo para além de levantar as competências necessárias para os coordenadores o grupo também destacou que existem, em muitos casos, dificuldades dos coordenadores em assumir o seu papel. Defende a proposta de se ter um espaço coletivo para desenvolver essas capacidades e um sistema de avaliação de competências com certificação. Isto porque se sabe que o despreparo do coordenador influencia diretamente o modo no processo de trabalho e na produção do cuidado. Continuamos com a apresentação dos resultados do quarto grupo.

#### QUADRO –6 GRUPO FOCAL 4

NUCLEO TEMÁTICO	UNIDADE SENTIDO	DE	CATEGORIAS
Gestão	Liderança  Planejamento  Mediação		Incentivar o comprometimento da equipe Motivar a equipe Saber delegar Fazer um bom planejamento Dar autonomia para os profissionais fazer parte da gestão Ter liderança Capacidade de mediar conflitos Gestão de pessoas Ser resolutivo
Comportamental	Comunicação  Relacionamento interpessoal		Ter uma escuta qualificada Ser Paciência Ser Responsável Ter Flexibilidade Ter Habilidade de relacionamento interpessoal Habilidades de comunicação Equilíbrio Ter comprometimento

Técnicas	<p>Conhecimento técnico</p> <p>Conhecimento político</p>	<p>Conhecer as Redes de Atenção à saúde</p> <p>Conhecer as Linhas de cuidados</p> <p>Conhecer as atribuições de todos os profissionais da equipe</p> <p>Conhecer os Fluxos das redes de Atenção à saúde</p> <p>Conhecer as políticas públicas da saúde e também as que não são da saúde.</p>
Organizacional	<p>Intervenção</p> <p>Integração</p>	<p>Conhecer o território e as condições de saúde</p> <p>Propor ações para melhorar a saúde da população adstrita</p> <p>Trabalhar de forma integrada com a gestão da secretaria.</p>

FONTE: Autoras (2017)

As categorias que foram agrupadas no núcleo temático da gestão os participantes da pesquisa do grupo quatro, expressaram suas percepções em relação às competências necessárias aos coordenadores de unidades de saúde nas seguintes falas:

*O trabalho tem que ser bem democrático, eu costumo dar autonomia para a minha equipe porque se eu for resolver tudo eu não saio do lugar. (C19)*

*Hoje na coordenação uma das maiores dificuldades são as relações interpessoais da equipe, fazer essa gestão de pessoas não é fácil, mas é uma competência do coordenador. (C15)*

*Dar espaço para o profissional participar da gestão do trabalho. (C17)*

*Tem que saber delegar, não pode ser muito centralizador. (C19)*  
*Deve ser líder. (C18)*

*Eu acho que o coordenador tem que motivar a equipe para que ela seja comprometida. (C20)*

*Acho que é importante para o coordenador saber resolver conflitos e os casos inusitados, às vezes se a situação foge da norma ou do protocolo e ele não sabe como resolver, os fluxos e as normas são uma diretriz, mas tem ser flexíveis. (C19)*

*Saber planejar. (C15)*

*Ter capacidade de ser resolutivo. (C19)*

Outras competências citadas pelos participantes corresponderam ao núcleo comportamental e as categorias agrupadas nele:

*O diálogo a comunicação, eu vejo que a maneira que eu falo as coisas com a*

*equipe, faz toda a diferença. (C16)*

*Eutambém acho que a comunicação é importante. (C19)*

*Deve ser centrado coerente com dialogo, vejo hoje as pessoas muito estressadas, vejo que a forma que eu levo as coisas para a equipe é a forma que eles reagem, tem que se manter equilibrado. (C17)*

*Ter coerência e abertura ao dialogo. (C20)*

*Tem que ter flexibilidade. (C19)*

*O coordenador precisa ser proativo. (C15)*

*Ai que vem a importância da comunicação por que é através dela que as pessoas conhecem os fluxos, a rede. (C19)*

*Se o coordenador for uma pessoa nervosa que grita com os pacientes os profissionais se acham no direito de fazer o mesmo, por isso tem que se manter calmo e demonstrar equilíbrio. (C16)*

*Tem que ser o exemplo à equipe é a cara do coordenador, a forma como ele age reflete muito na equipe. (C18)*

*O coordenador tem muita responsabilidade. (C15)*

*Uma coisa que, é fato, é que precisamos levar a sério ter comprometimento isso é valorizado pela gestão e pela população. (C15)*

Em relação ao núcleo da área técnica e as categorias ao qual foram agrupadas nele, emergiram das seguintes falas:

*Conhecer as políticas de saúde públicas, o SUS porque muita gente vem do privado. (C20)*

*Também acho que os coordenadores tem que conhecer as políticas públicas, mas não só na saúde, mas as demais políticas também. (C19)*

*O coordenador que tem mais conhecimento, isso passa muito segurança para a equipe. (C18)*

*Importante que o coordenador e os demais saibam as atribuições de cada um da equipe, para que possam executar com qualidade. (C16)*

*O coordenador tem que ter conhecimento das redes de atenção à saúde, conhecer os fluxos e as linhas de cuidado. (C19)*

*As categorias que foram agrupadas no núcleo organizacional surgiram das falas dos participantes da pesquisa descritas a seguir:*

*Conhecer o território e as condições de saúde da população, para propor ações e intervir na realidade deles. (C16)*

*Eu penso que ainda existe uma distancia entre as coordenações das unidades e a gestão da secretaria, porque na gestão é que se elabora o planejamento e as coordenações executam com suas equipes, falta ainda uma articulação desse processo, trabalhar de forma integrada com a gestão. (C19)*

*Tem muitas coisas que agente meio que resolve meio que sozinhos, deveria ter um espaço de discussão para a troca de experiências e educação permanente. (C20)*

#### **4-DISSCUSSÕES DOS RESULTADOS**

Nesse capituloserão discutidos os resultados da pesquisa à luz da literatura, destacando os pontos convergentes e divergentes entre os resultados das discussões dos grupos, para responder ao objetivo proposto de construir uma matrizde competências

para os coordenadores de unidades de saúde e que esta possa servir como parâmetro para a elaboração de um plano de educação permanente.

Optou-se por organizar a discussão de acordo com os quatro núcleos temáticos discutindo as unidades de sentidos dos núcleos que emergiram das falas dos grupos focais.

#### **4.1 Núcleo temático da gestão**

Quanto ao núcleo temático da gestão, os participantes com base na reflexão da prática, colocaram suas percepções em relação às competências que julgavam necessárias para o desempenho da função de coordenador das US.

Pelo exposto no capítulo anterior, vimos que nos quatro grupos núcleos temáticos de gestão, as unidades de sentido que emergiram mediante as falas dos participantes foram: Educação, Planejamento, Liderança, Resolutividade e Mediação.

##### **4.1.1 Educação**

A fim de dialogar com os resultados da pesquisa e o referencial teórico vamos tratar aqui da educação vista pelos participantes da pesquisa como uma área de competência fundamental no contexto das práticas de saúde no SUS, os grupos elencaram como um desafio importante, conforme mostra os fragmentos tirados dos discursos dos participantes ilustram esse desafio:

*[...] o coordenador deveria saber o papel de cada um dos profissionais, seria interessante reunir os profissionais em um plano de educação permanente para compartilhar experiências e conhecimentos. (C2)*

*O perfil dos profissionais nem sempre está alinhado com os objetivos do PSF, às vezes os profissionais não têm esse perfil e o coordenador tem que ensinar os profissionais a trabalhar. (C1)*

*“Seria bom se nos coordenadores tivéssemos um espaço coletivo para compartilharmos nossas dificuldades e experiências, um espaço de educação permanente para os próprios coordenadores”. (C8)*

Contudo, observa-se que os participantes da pesquisa reconhecem que a prática

educativa na saúde faz parte do seu papel, sentem-se responsáveis pela instrumentalização e desenvolvimento dos atores sociais envolvidos no processo de trabalho, criando espaços coletivos de diálogo e discussões, para que estes sejam reflexivos, direcionado para uma aprendizagem significativa tanto para os usuários como dos trabalhadores da saúde.

Expressam nas falas que ao trabalhar nessa perspectiva significa fortalecer e ampliar a autonomia da população para o exercício de cidadania, provocando os próprios trabalhadores da saúde para que tenham uma nova relação com o trabalho e os usuários, porém para trabalhar nessa perspectiva demanda de gasto de energia, empenho do coordenador, organização do processo de trabalho e principalmente o apoio da gestão, porém isso não acontece e tem feito falta na realidade dos serviços, impedindo que ocorra a mudança nas práticas de saúde, quando relatam que nas equipes existem profissionais que não tem perfil para trabalhar na AB, estão se referindo a ineficiência da formação dos trabalhadores para o SUS e a mudança do modelo como já citado nesse estudo.

A reversão desse modelo ainda hegemônico passa, inevitavelmente, pela formação permanente dos trabalhadores e os atores sociais da saúde, abrangendo a interdisciplinaridade profissional, e a participação de todos na produção do cuidado em saúde de uma melhor qualidade de vida.

Portanto, o que se evidencia nos discursos é de que, em algumas poucas experiências existe uma aposta em espaços de democratização nos serviços, como por ex. as reuniões de equipe, espaços que permitem a construção do conhecimento, da interação e da troca, que os trabalhadores podem compartilhar conhecimentos entre si, em outros espaços em que o usuário participa e há troca conhecimentos com os trabalhadores, experiências que tem trazido resultados significativos, pena que são experiências bem isoladas com iniciativas de uma ou duas pessoas, conforme relatados participantes da pesquisa.

Segundo Brasil, (2005) para produzir mudanças no processo de trabalho da gestão, na prática das equipes e no de controle social, é essencial dialogar com as práticas e os princípios do SUS de forma a problematizá-los, não de forma subjetiva, mas no trabalho concreto de cada equipe e nos espaços grupais de interação entre elas, na comunidade e na gestão, construindo novos significados e acordos de organização e

melhorias no processo de trabalho.

Nesse sentido a educação em saúde é, portanto, uma condição para que todos aprendem a participar, refletir ideias, costumes, saberes, uma condição efetiva para o êxito do SUS. Acredita-se que por meio de um processo de educação permanente na área da saúde torna-se possível desenvolver potencialidades e novas habilidades, além de estimular a capacidade de crítica, dos trabalhadores e usuários para que possam lutar pela garantia dos seus direitos, na atual sociedade.

As discussões nos grupos e as falas dos participantes afirmam também que não existe para os coordenadores e as equipes, um programa de educação permanente, apontam que isso dificulta o trabalho, porque a formação dos trabalhadores nem sempre os prepara para o trabalho na AB.

Observou-se nas discussões dos grupos e nas falas dos coordenadores que essas mudanças são um desejo desses trabalhadores e compreendem a necessidade de desenvolverem na prática as capacidades educacionais, pela qualidade do trabalho na condução das equipes e em saber lidar com os grupos de trabalhadores, entendem como uma oportunidade de construir os objetivos comuns coletivamente, ampliando a autonomia e as capacidades de todos os envolvidos no processo de trabalho, com a compreensão de que a EPS é uma ferramenta potente para isso.

A EPS parte da conjectura de uma aprendizagem construtivista, significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam aos trabalhadores uma reflexão da prática a construção coletiva de novos significados, norteando novos caminhos em uma relação dialógica e horizontal, em que todos se sentem protagonistas do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possam compartilhar, ensinamentos e aprendizagem, construindo e desconstruindo conceitos, e ideias acerca da produção do cuidado em saúde, de sua produção e operação e seus papéis. Portanto, a EPS

Pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes, (VASCONCELOS et al., 2009, p. 20; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma EPS é uma ferramenta importante para o trabalho da equipe

multidisciplinar elemento importante para a efetivação da interdisciplinaridade, a partir de ações integralizadas e humanizadas, ampliando autonomia e liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos dentro dos serviços comprometidos com os interesses de todos e as necessidades dos usuários do SUS.

Nesse sentido a EPS se torna não só uma estratégia de mudança dos perfis dos profissionais para a APS, mas também possibilita aos indivíduos serem vistos em seu processo de trabalho como protagonistas desse meio, tornando-se instrumentos e atores sociais do contexto em que estão inseridos.

A proposta da EPS de acordo com Vasconcelos *et. al.*, (2009) é de romper com o modelo cartesiano de produzir o conhecimento, com a democratização do saber, por isso também é considerada uma ferramenta importante para a gestão das equipes de saúde, pois apresenta um conceito e um fazer que se diferencie dos processos de Educação Continuada.

Observou-se por meio das falas nos grupos que a educação continuada é uma prática comum nos processos educativos em saúde, porém tem uma lógica prescritiva, em que geralmente a metodologia utilizada é a da transmissão do conhecimento, sem abordar as capacidades, os limites e as possibilidades dos trabalhadores, com o objetivo de acumular saber sendo pouco efetivas na saúde.

Outro ponto observado foi que as práticas educativas na saúde, vão além da formação permanente de profissionais para atuar nesse contexto, trata-se da dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde na população assistida pelos US, colocando para o coordenador e as equipes o desafio da educação em saúde na comunidade com grupos na comunidade local, como expressam nos seguintes discursos:

*[...] é que assim, o que interessa pra população hoje é a consulta é o exame, se fala pra passar para o enfermeiro nunca eles tem tempo, já para o médico sempre tem tempo, o foco da população não é a prevenção e sim o curativo, precisamos educa-la pra utilizar o sistema. (C5)[...] A população valoriza somente o profissional médico, não participa desconhece a função dos outros profissionais da equipe.*

*[...] Nos temos nossa parcela de culpa sobre isso porque, o que é que a gente faz pra mostrar para a população que existem outros profissionais que existem outros caminhos? Mostrando para a população como usar o SUS. (C3)*

As falas reforçam a compreensão de que a Educação em Saúde (ES) possui dois vieses, um a EPES e outro a Educação Popular pautada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que norteia essa prática na atenção primária, conforme as diretrizes também estabelecidas pela carta de Otawa, reforçando que a educação e a saúde são práticas que não se separam e ao mesmo tempo interdependentes que se articulam entre si, são consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho na saúde.

Considerando esse contexto nos faz refletir sobre o quanto a formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados, bem como o grau de satisfação dos usuários e o reconhecimento SUS como proposta efetiva, pautada nas diretrizes e nos princípios organizativos da Constituição Federal de 1988 e nos desdobramentos da Lei 8.080 (BRASIL, 2007).

Com destaque aos movimentos do cotidiano do trabalho das equipes de saúde, as relações com as pessoas, a corresponsabilização e os movimentos de todos os sujeitos envolvidos na atenção a saúde, caminhando para a definição de um ou outro modelo em uma relação conflituosa entre eles, ora estão indo no sentido de conservação de um modelo tradicional, hegemônico e médico centrado e ora no sentido do modelo centrado no usuário, no vínculo, acolhimento e na humanização das práticas assistenciais.

Ocorrendo disputas importantes e de interesse dos diferentes atores na construção do modelo assistencial com potencial para romper o modelo biomédico já mencionado anteriormente em nosso estudo, nesse sentido as equipes de saúde assumem um importante papel para a desconstrução de um e construção de outro modelo e as capacidades do coordenador direcionar a equipe para isso e dialogar com a comunidade se tornam indispensáveis nesse processo. (MERHY, 2002).

Nesse sentido ressalta-se mais uma vez a importância dos processos educacionais tanto para a reorientação do modelo assistencial no SUS que leve em consideração as efetivas necessidades da saúde, como para ampliar as capacidades gerenciais e dos trabalhadores para evitar a reprodução de modelos inadequados a realidade do SUS e seus princípios norteadores.

#### **4.1.2 Mediação**

Os participantes da pesquisa apontam também que a discussão do processo de trabalho gerencial afim de, elencar as competências necessárias para o cargo ofereceu a oportunidade de uma reflexão sobre a complexidade que envolve a coordenação de uma US. Identificam como uma competência necessária para lidar com a racionalidade que é essencial nas pratica gerenciais, que abarcam o auto-conhecimento, o saber relacionar-se, lidar com as situações difíceis e conflitantes, saber mediar os conflitos, estes, são alguns desafios explicitados pelos profissionais que aceitaram o desafio de assumir a coordenação das US

Com base nessas colocações dialogamos novamente com o autor Merhy, (2005) que expões sobre cotidiano do trabalho das equipes sobre esse movimento de disputa que é claramente definido por várias visões bem distintas. Disputa-se não só o modo de se construir coletivamente as práticas de saúde, mas também, como fazê-las, disputando contra quem e para que. Essas disputas produzem diversos desafios para o trabalho coletivo e a gestão dele, gerando diversos conflitos com a equipe e usuários.

Na discussão dos grupos os coordenadores expressaram preocupação em desenvolver capacidades para lidar com os conflitos que surgem no cotidiano do trabalho das equipes, como ilustram os recortes dos discursos a seguir:

*Acho que é importante para o coordenador saber resolver conflitos e os casos inusitados, às vezes se a situação foge da norma ou do protocolo e ele não sabe como resolver, os fluxos e as normas são uma diretriz, mas tem ser flexíveis. (C19)*

*Gerenciar conflito é um desafio para o coordenador, acho sempre melhor resolver logo, não deixar o conflito criar grandes proporções, mas precisamos passar por uma reciclagem para poder gerenciar melhor os conflitos. (C2)*

Percebe-se também, diante desses discursos que não existe um preparo do coordenador para lidar com os conflitos inerentes ao trabalho, promovendo na equipe momentos de planejamento, de discussão de casos de construção coletiva das práticas do cuidado. Lidar com os conflitos esta inerente ao trabalho do coordenador, que precisa comunicar e orientar as mudanças, escutar novas demandas, ampliar a

capacidade de análise crítica e reflexiva nos coletivos.

Para Cecílio, (2005) o motivo de apostar no trabalho coletivo é que muitas vezes quem ocupa um cargo de chefia não tem um olhar sobre o problema da mesma forma que o trabalhador vê, são observações diferentes, podendo todos ter razão. Essas diferenças são parte das tensões constitutivas das US e explicam, grande parte dos conflitos que invadem as agendas dos coordenadores.

Entendemos que, o processo gerencial para ser efetivo depende de uma prática interacional que tenha uma boa comunicação entre a equipe e a população, evitando uma postura mais tradicional de “chefia” voltada para o mecanicismo, que acabam por desmotivar as equipes não auxiliando na resolução dos problemas e dificultando o trabalho em equipe.

Assim, torna-se fundamental para as coordenações das unidades desenvolverem as capacidades para uma gestão que tenham alguns elementos fundamentais para o processo gerencial nas US, que são: a gestão compartilhada, permeada pela escuta, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural e redes de conversação que alcancem para além de objetivos operacionais, mas também a produção do cuidado nos grupos de trabalhadores, e que estes gradativamente possam ir ampliando sua capacidade de reflexão e análise, a autonomia e a satisfação pelo trabalho.

O ideal é trazer a equipe para pensar junto e democratizar as decisões, porém cabe ressaltar que nem sempre isso vai acabar com os conflitos, porque estes são inerentes ao processo de trabalho, chegar a um consenso não é um objetivo fácil de ser alcançado, mas é possível reduzi-los ao máximo possível e quando surgirem estar em uma equipe preparada para resolvê-los, com um gestor habilitado para a mediação, faz toda a diferença.

O desenvolvimento das capacidades para coordenar grupos com o objetivo do desenvolvimento de projetos coletivos implica em agir por meio de uma boa comunicação, apontando para o grupo o que se passa quando este se encontra em uma situação conflitiva e problemática, que interfere na capacidade de seguirem sozinhos com seu trabalho. Nesse sentido o coordenador tem a função de agir como um facilitador do processo de interação reconhecendo o momento e a maturidade do grupo.

#### 4.1.4 Planejamento

Em relação ao planejamento em saúde os participantes elencaram nas discussões dos grupos como uma ferramenta importante para auxiliar no trabalho e gerenciamento das US, pois por meio dele pode-se antecipar, levantar, identificar problemas na comunidade e escolher o melhor caminho para agir. Trata-se de algo que usamos no nosso cotidiano e que está presente em nossas vidas e nos nossos atos, desde uma viagem até a organização de uma festa de aniversário em um fim de semana, ou seja, estamos sempre planejando. O que significa que todos nós temos um plano de ação e desenvolvemos estratégias para alcançar nossos objetivos.

O tema planejamento exposto nas discussões dos grupos é percebido pelos coordenadores como uma estratégia da gestão importante para superar a rotina, promover a atenção programática e a motivação dos profissionais e a integração dos membros da equipe, como demonstra a fala a seguir:

*Percebo que para atuar melhor na coordenação precisamos trabalhar com planejamento, a curto, médio e longo prazo, ser mais proativo, ficamos preenchendo papel e apagando incêndio, isso nos desmotiva. (C2)*

As falas dos participantes balizaram como a falta de planejamento para aquelas situações em que é apontado como insuficiência na gestão e faz com que o coordenador gaste grande parte de seu tempo “apagando incêndio” na compreensão desses trabalhadores ações burocráticas como “papelada” as diversas planilhas e indicadores que precisam preencher dificultam o processo de planejamento das ações com a equipe. Mas entendem que o emprego do planejamento nas ações pode ser de modo diferente e incorporar à dinâmica e a fluidez da produção do cuidado em saúde, reduzindo as situações de “incêndio” que experienciam no mundo do trabalho.

Planejar não é uma função nova, ela faz parte da essência da natureza humana como já expressamos anteriormente, diz respeito basicamente no pensar antes do agir. Apesar dos coordenadores conhecerem a função do planejamento nas US e no processo de trabalho, destacaram também como sendo essencial no desempenho da sua função, podendo ser utilizado para organizar as ações coletivas, para instrumentalizar os processos de formação de compromissos, ou contratualizações entre os gestores e US, entre os coordenadores e equipes, como mecanismo de distribuição do trabalho, enfim,

é uma ferramenta com potencial para a organização do processo de trabalho.

Mesmo sabendo de todas as utilidades, esse instrumento não está presente na prática dos trabalhadores, nas discussões dos grupos essa competência voltada para a pró-atividade aparece como uma capacidade que ainda precisa ser desenvolvida por eles, bem como sua adaptação a este instrumento e para as mudanças que surgem no mundo do trabalho, de forma a atender as exigências do gestor e da população.

Nesse sentido observamos que o planejamento faz parte do elenco de atividades e capacidades relacionadas ao desenvolvimento pessoal, à EPS, na busca de ampliar a capacidade de compreensão, utilização e intervenção. Para isso é necessário que a gestão ofereça a possibilidade do desenvolvimento dessa prática, instigue e apoia os trabalhadores a adquirirem a autonomia e a escolha de métodos apropriados para o planejamento.

Existem dois teóricos que descrevem sobre o Planejamento Estratégico na Saúde (PES) são eles, Carlos Matus e Mario Testa, para Carlos Matus a preocupação maior é com o método procurando dar uma racionalidade estratégica num contexto situacional do processo decisório. Mario Testa por sua vez, entende que é a partir do estudo do poder que pode ser compreendida a estratégia e coloca em discussão o planejamento, ou seja, “o que fazer”, nesse sentido sua proposta é mais no sentido de concepção do que da proposta do método. (CHORNY, 1990; SILVA, 2001)

Considerando a conjectura de que não existe uma única realidade, e sim diferentes modos entender um determinado contexto, é importante compreendermos a diferença entre diagnóstico e situação, do ponto de vista do planejamento estratégico situacional e o que esses conceitos podem contribuir para o gerenciamento nas US, bem como quais as capacidades podem ser desenvolvidas para o exercício do planejamento.

No planejamento tradicional, utiliza-se o conceito de diagnóstico para explicar a realidade. O diagnóstico representa “a” verdade sobre essa realidade, e, por isso, válida para qualquer pessoa. Considerando os e informações objetivas bem como sua interpretação e o as pessoas a partir da aplicação de um raciocínio técnico que revela a realidade.

Diferentemente dessa ideia, a apreciação situacional é considerada uma leitura de dados e informações que expressam uma determinada interpretação da realidade, construída em função de distintos valores, interesses e inserção social daquele que a

explica.

O conceito de situação está intimamente relacionado com a perspectiva daquele que explica a realidade. Toda explicação é uma leitura da realidade feita por um autor. Assim, mesmo que tenhamos diferentes interpretações de uma mesma realidade, é importante reconhecermos essas diferenças que, fundamentalmente, têm relação com a posição que assumimos num determinado jogo social (MATUS, 1993).

Nessa perspectiva de incorporar o planejamento em saúde no processo gerencial, é o primeiro passo, garantir espaço coletivo para tratar dos problemas do dia a dia na unidade, ou seja, convocando e envolvendo a equipe e a comunidade nesse processo, em um modelo de gestão que chama a todos para a responsabilidade, ao mesmo tempo em que amplia a capacidade de um olhar para os problemas e uma leitura da realidade mais ampla. O importante é garantir que os problemas sejam conhecidos e reconhecidos pelos usuários e os trabalhadores, que todos percebam que não é uma pessoa enfrentando os problemas sozinhos, e sim um coletivo.

É importante, nesse sentido, que o coordenador tenha a capacidade de motivar e estimular as discussões com os diversos atores, reconhecendo que as formas de ver e explicar os problemas são diferentes, o acolhimento das diversas percepções se faz importante, para isso precisa ter espírito de liderança.

#### **4.1.5 Liderança**

*“No meu entendimento acho que, primeiro de tudo o coordenador precisa ser líder é isso que todos esperam dele, que tenha atitude de um líder”. (C11)*

A percepção de que para o coordenador é importante ter um perfil de liderança surgiu em praticamente todos os grupos, no sentido de esclarecer mais sobre a liderança na gestão da US, buscamos dialogar com alguns autores, sobre o tema.

Para Grimm, (2010) a liderança pode ser definida como uma arte de influenciar pessoas a cumprir uma determinada tarefa e alcançar um objetivo em comum, utilizando-se de estratégias adequadas, mantendo uma visão para o futuro. Assim, pode-se afirmar que um bom líder é capaz de criar empatia, construir confiança e ambientes de trabalho mais saudáveis que promovam a segurança do usuário e excelência no

cuidado em saúde.

Nesse sentido, a liderança se torna uma ferramenta essencial no trabalho nas US, seja no processo de trabalho com a equipe, como também na produção do cuidado integral aos usuários. Nas falas dos participantes da pesquisa, verifica-se que há uma preocupação dos mesmos em relação à capacidade de organizar, coordenar, inovar, agir em situações imprevisíveis, decidir e cooperar com o trabalho da equipe e principalmente exercer a liderança e influenciar as pessoas para a realização de um trabalho qualificado.

Segundo Chiavenato, (2004) as instituições de saúde são reconhecidas pela sua complexidade e características específicas, mas na sua essência, não se diferem dos demais tipos de instituições em relação gestão de pessoas, porém sua diversidade de profissionais, é que as torna diferente das demais, pois em um mesmo espaço atuam técnicos de diversas formações, esses diferentes saberes requerem do líder-gestor uma capacidade de se comunicar com todos e conseguir compreender a estratégia adequada para cada situação. Pode-se observar a preocupação dos coordenadores em torno do seu papel e relacionado com a colocação do autor na fala a seguir:

*[...] trabalhamos com vários profissionais técnicos, se não sabemos a função de cada um na equipe como vamos cobrar? E ele é um técnico igual a mim, então fico com receio de abordar, por isso, acho importante conhecer o papel de cada um, agir como um líder(C4)*

Em alguns momentos durante a realização dos grupos, surgiram alguns questionamentos e reflexões acerca do papel de liderança, sobre como influenciar os profissionais, já que esta é definida como a arte de induzir as pessoas a cumprirem a suas obrigações com zelo e correção. Por outro lado surgiu também a reflexão sobre as relações de poder dentro das equipes, onde ainda existem trabalhadores que pensam que ter poder é ter força, é mandar, ordenar, dar instruções e oprimir.

Podemos constatar por meio dos discursos que, como em todos os serviços de saúde existem dois tipos de poder, o poder da influência e o poder institucional. O institucional é conhecido como o legítimo ou o formal, o da influencia não depende do exercício de cargos, ao contrario ele é concedido pelos influenciados envolvendo admiração, aceitação e prestígio pelo reconhecimento da competência.

Os dois podem andar juntos ou não, por exemplo, é com base no poder institucional que alguém assume o cargo de coordenador, mas é o poder de influência que faz desse coordenador um verdadeiro líder. Para aqueles que conseguem exercer o poder de influencia positivamente, percebe-se que estes mantêm suas equipes mais integradas e motivadas. O que é proposto no papel de coordenador das equipes de AB dialoga com o perfil de liderança, portanto, refletir e ampliar as capacidades de um líder torna-se fundamentalna condução do processo de trabalho.

O processo de trabalho na AB é composto por um lado, com mecanismos institucionais de gestão que muitas vezes são rígidos e pouco flexíveis, por outro lado,a produção do cuidado baseadona integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano de interação do trabalhador e usuário ou relações interpessoais, exigindo cada vez mais essa competência dos que comandam as equipes (NOGUEIRA, 2002).

Merhy (2007) acrescenta a essa interação citada por Nogueira, (2002) o ‘trabalho vivo’ conceituando como o trabalho humano no exato momento em que é executada uma ação para a produção na saúde, com o foco nas relações humanas, porém interage o tempo todo com instrumentos, normas, protocolos, máquinas e diversos tipos de tecnologias.

Os processos de trabalho na saúde são marcados pelas relações, no encontro entre os sujeitos trabalhador (produtor) com sua caixa de ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) e com o usuário (consumidor), tornando-o em parte objeto da ação do trabalhador, mas sem que isso deixe de ser também um sujeito que, em ato, põe suas intenções. (MERHY, 2007).

Tanto os trabalhadores como os usuários podem modificar a forma como o trabalho está sendo reproduzido e instituído dentro das organizações, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança dos modelos de atenção à saúde.

Nesse sentido a gestão compartilhada é uma forma de organizar o processo de trabalho na US, descentralizando o poder da decisão para o grupo, considerando todos os saberes dos trabalhadores onde cada um possa contribuir para a melhoria no processo de trabalho. Para o coordenador atuar dessa forma vai tirar da equipe aquela visão distorcida que muitos têm de que o coordenador é o “chefe”,aquele que exerce o poder institucional, que tem que dar conta de tudo e que é ele que sabe o que é melhor para o

serviço e como deve ser feito, desconsiderando o saber da equipe, para dar a visão daquele que exerce o poder influenciável reconhecendo o saber dos diversos atores, com o intuito de ofertar uma atenção mais resolutiva na AB.

#### **4.1.6 Resolutividade**

A capacidade resolutiva também foi um ponto de discussão nos grupos focais e apresentada como uma competência necessária para o coordenador da unidade como ilustramos na fala a seguir:

*“O coordenador precisa ser resolutivo e isso não é fácil dentro da complexidade do trabalho que realizamos nas unidades, isso tudo é muito complexo, às vezes não sei por onde começar é muita cobrança e as coisas não dependem sozinhos dependemos dos outros serviços da rede.”(C5)*

Os debates nos grupos em torno da resolutividade ressaltaram a complexidade do trabalho da AB, colocando como desafios para alcançar a resolutividade, a organização da AB, o acolhimento da demanda, o cadastramento da população de abrangência da US, a identificação das vulnerabilidades, a gestão compartilhada, a insuficiência de profissionais e falta de qualificação dos mesmos para cobertura adequada, enfim são vários desafios, e muitos deles extrapolam a capacidade das equipes e do coordenador.

Para Starfield, (2004) resolutividade da AB supõe dois aspectos: a capacidade de absorver o número de assistência solicitada, e a capacidade de resolver os casos atendidos. É nesse contexto que o acesso dos usuários à rede de atendimento teria que se dar através das US, os trabalhadores deveriam estar qualificados para atender e resolver cerca de 80% dos problemas de saúde dos usuários que a eles recorrem.

O desenho gerencial que conduz as ações dos coordenadores da US deve ou deveria estar voltado produção do cuidado e a reabilitação, prevenção e promoção da saúde e ao desenvolvimento das pessoas na visão da longitudinalidade da AB. Sobre isso, a autor Starfield (2004) acrescenta:

(...) a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. (STARFIELD, 2004).

Em virtude disso é compreensível e relevante que ao refletir sobre sua prática os coordenadores, demonstram sua preocupação frente aos diversos desafios na resolutividade da AB e a interação com as pessoas nos diferentes cenários e em específico na área de gestão e na resolutividade das ações.

Nesse processo é importante destacar diante da fala que a resolutividade não depende somente do conhecimento que este coordenador tem, por ex. ele pode conhecer as políticas e as diretrizes do SUS e ter conhecimento técnico na área de gestão e administração, depende do desenvolvimento de outras capacidades, destacando-se o exercício do papel de facilitador e líder, voltado para o exercício de um processo decisório participativo e coletivo.

Foi destaque também nos debates, a respeito desse tema, em relação a atingir a capacidade de resolver os problemas, a importância do trabalho em equipe, a responsabilidade pelo território e a capacidade da equipe em construir vínculo com os usuários, a abordagem das pessoas e suas famílias, a necessidade da reformulação das práticas como já citado anteriormente, a ampliação dos saberes e capacidades dos trabalhadores incorporando novos conceitos e novas ferramentas que auxiliam a lidar com a complexidade da AB.

### **5.1 Núcleo temático comportamental**

O núcleo temático comportamental emergiu dos debates nos grupos no sentido de identificar competências necessárias aos coordenadores das US, a habilidade de relacionar com as pessoas, ter uma boa comunicação e ética, foram competências elencadas como fundamentais para o exercício da função.

#### **5.1.2 Comunicação**

Um aspecto importante nas discussões foi a expressividade com que a competência de comunicação surgiu na discussão nos grupos, com destaque para sua

importância no papel do coordenador, atribuíram essa importância a objetividade, a clareza o discernimento do profissional em saber se colocar de forma coerente, se fazendo compreender, escolhendo os momentos certos e local adequado, de acordo com a demanda de cada situação. O trecho da fala a seguir expõe a percepção do coordenador em relação a uma boa comunicação.

*A Comunicação é muito importante, acho que o mal da humanidade é a falta da comunicação sem ela nada acontece, porém muitas vezes da forma que ela é feita, mais atrapalha do que ajuda. (C7)*

Utilizar estratégias para uma boa comunicação com uma população ou um grupo de indivíduos para a transferência de informações não abrange somente aspectos do cognitivo, mas, também, aspectos sociais, éticos e políticos, tendo como objetivo diminuir a distancia que existe entre uma parte da sociedade que conhece e outra que não conhece ou conhece pouco. Existe uma preocupação em atenuar o poder conferido ao saber, que na nossa sociedade é um instrumento de dominação e de promoção de hierarquia social, que ocasiona as discriminações e as injustiças sociais (MORAES, 2012).

A comunicação em saúde deve ser compreendida como uma forma de integralizar a atenção à saúde, considerando o usuário na sua totalidade, suas potencialidades, vulnerabilidades, anseios, e não meramente como o repasse de informações muitas vezes cheias de termos técnicos que o usuário não entende. Os usuários precisam ser protagonistas, capazes de entender a dinâmica da saúde utilizando as informações para a efetivação dos seus direitos.

As práticas dos SUS estão em constante processo de construção, e necessitam dar um salto no que diz respeito à promoção da saúde, pois frequentemente o usuário se depara no dia a dia com filas, superlotação nos hospitais. Isso mostra que processo de comunicação instaurado, ainda é ineficaz, tendo em vista que os cidadãos desconhecem os níveis de atenção à saúde, enfraquecendo a porta de entrada do SUS, a atenção primária, o que reforça o modelo biomédico de atendimento, pois muitas pessoas buscam os níveis secundários e terciários, por desconhecerem o potencial da atenção básica, o que reafirma o descompasso entre a comunicação difundida e a efetivação de direitos. (OLIVEIRA,2011)

Os trabalhadores e usuários do SUS, ainda não conseguem efetivar ações e

serviços que tem uma relação e uma boa comunicação que consiga promover bons hábitos e costumes na população diante da realidade em que vivem, não conseguindo avançar na prevenção e promoção da saúde, sem falar que o controle social que ainda deixa a desejar na medida em que os sujeitos não se colocam, de forma clara, como participantes do processo.

Assim, entendendo esse processo de dificuldade de interlocução entre emissor e receptor de informações referentes aos serviços de saúde, que a comunicação é um direito humano. Quando não há uma comunicação adequada entre gestores, trabalhadores e usuários, este se sente desmotivado e desencorajado para questionar e esclarecer dúvidas, gerando mais sofrimento e desgaste para o usuário.

Portanto, fica evidente que a comunicação é primordial no gerenciamento das US e para a qualidade nas relações, no entendimento dos próprios participantes da pesquisa, é uma capacidade que necessita de desenvolvimento, pois, saber se comunicar implica em saber dialogar com os diversos atores, valorizar a opinião e o saber de todos, perceber com a diversidade de opiniões sobre o mesmo problema pode auxiliar na sua resolução e enriquecer as discussões no trabalho.

### **5.1.3 Relacionamento Interpessoal**

Nos discursos, verifica-se que existe uma preocupação com as relações no trabalho, buscando perceber as emoções das pessoas como um meio de aproximação, de se manter a cordialidade, respeito e empatia, refletindo também a preocupação com a humanização em relação à equipe, mas não só com ela com os usuários também, acolhendo todas as necessidades e lidando com diversos sentimentos, como: frustrações, medos e incertezas. Na fala a seguir é possível perceber tal preocupação.

*O coordenador tem que saber se relacionar com todo mundo, com o gestor, a equipe e a população, porque ele é o elo entre os três, quando tem algum problema todos recorrem a ele. (C20) Precisa também ter um bom relacionamento com todos os serviços da rede, porque ele sempre acaba precisando deles. (C19)*

A AB tem algumas características importantes a serem consideradas ao falar das relações interpessoais como já citamos anteriormente, uma delas é a interdisciplinaridade, que se constitui com o encontro de vários saberes científicos,

outra característica é o encontro com os usuários e sua subjetividade e singularidade.

Portanto, ao falar das relações, estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas. E partindo desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve, também surgem as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências... É no encontro dessas perspectivas que envolvem o papel do coordenador como mentor e facilitador enfrentando as dificuldades que surgem nesse contexto.

Sobre a atuação interdisciplinar dos trabalhadores Moscovici (1985) apresenta dois tipos de competências importantes: uma esta ligada ao desempenho técnico de cada um e a outra é a competência interpessoal, entendida como a habilidade de se relacionar com outras pessoas, envolvendo o acolhimento das diferenças e diversas percepções, Esta definição traz implícita a necessidade de lidar com as diferenças, tanto no que se refere aos vários tipos de conhecimento científico, quanto àquelas de cunho pessoal, os diversos estilos de personalidade.

Na percepção dos participantes da pesquisa as pessoas que tem dificuldade em lidar com diferentes perspectivas e estilos de vida, certamente nessa função cada um já enfrentou algum tipo de tencionamento diante das diversas opiniões e diferentes estilos presentes nesse mundo do trabalho, se há uma hierarquia de poder, a situação pode se complicar ainda mais e se existir uma hierarquia de poder entre coordenação, trabalhadores e usuários a situação pode ficar bem complicada. Por isso os coordenadores ressaltaram a importância desenvolver a capacidade de relacionamento interpessoal, com ética e humanização, tanto com a equipe, como com os usuários e os diferentes tipos de hierarquia.

#### **5.1.4 Ética**

No que diz respeito à Ética na AB os participantes da pesquisa também destacaram sua importância, por se tratar de um tema que envolve alguns desafios para todos os atores envolvidos na AB, a preocupação pelas mudanças que vem ocorrendo nas relações humanas com o avanço da globalização, tecnocientífico e cultural, com uma tendência dessas relações perderem espaço pelas tecnologias, interferindo diretamente no trabalho das equipes de saúde o que vem exigindo a uma reestruturação

das relações humanas, exigindo cada vez mais a ética e Bioética na AB.

No sentido de restaurar as relações humanas, há a necessidade de discussão sobre os novos desafios bioéticos que surgem na sociedade, em razão da interferência da tecnologia sobre a vida. Provocando mudanças na postura da equipe de saúde de distanciamento entre os trabalhadores e usuário, causado muitas vezes pela interposição da tecnologia sobre as relações, outro fator destacado foi a intolerância das pessoas que muitas vezes tem gerados sérios conflitos nos serviços.

Para se aproximar do usuário, o profissional deve reconhecê-lo como um ser singular que merecem atendimento que atenda a sua necessidade de saúde, envolvendo o acolhimento até a realização dos procedimentos necessários para a sua recuperação, envolvendo toda a equipe. (JUNQUEIRA, 2009)

A autora apresenta ainda alguns dilemas da Bioética que considera importante os profissionais refletir sobre eles dialogando com suas práticas no SUS, são eles: a postura profissional nas relações com o paciente, a família e a equipe de saúde; humanizar e acolher; o esclarecimento; a privacidade e o sigilo; a importância do prontuário; a interferência na adoção (ou não) de estilos de vida saudáveis; a satisfação do usuário.

Os dilemas apresentados pela autora se relacionam com as preocupações em relação à ética expressadas pelos participantes da pesquisa na discussão dos grupos, percebe-se que esses dilemas estão presentes no dia a dia das equipes e precisam ser debatidos entre os grupos de trabalhadores e usuários, para que haja um reconhecimento deles e posterior uma análise crítica reflexiva sobre suas implicações no cuidado, e na vida, refletindo em uso do senso de responsabilidade e comprometimento nas tomadas de decisões.

### **6.1. Núcleo Temático Técnico**

Na área técnica os grupos discursaram sobre a importância de ter conhecimentos específicos para que saibam direcionar o trabalho das equipes, identificarão a necessidade de ter conhecimento na área de gestão e gestão de pessoas.

### 6.1.1 Conhecimentos na Área De Gestão

Os participantes valorizam essa competência entendendo que ela é fundamental para o desempenho do trabalho da coordenação, tendo em vista que nem todos tiveram em sua formação acadêmica e conteúdos sobre gestão, é no desenvolvimento da prática que vão descobrindo essas lacunas do conhecimento, sobre as competências e capacidades administrativas, políticas e institucionais do SUS.

O trabalho é a essência de tudo, tem haver com o que se faz para o bom funcionamento dos serviços, e é o que traz uma maior efetividade na produção do cuidado, portanto, conhece-lo e compreendê-lo é um requisito fundamental para a consolidação do SUS e suas práticas. As falas dos participantes apresentadas demonstram essa necessidade:

*[...] não conhecia nada sobre gestão antes de assumir a coordenação, fui descobrindo sozinha como fazer [...]*

*“Acho muito importante a gente ter um espaço dos coordenadores onde podemos aprender juntos sobre vários temas, tipo um grupo de estudo, onde pudéssemos trocar experiência” (C4)*

Como já destacado anteriormente surge em vários momentos nas discussões, a reflexão sobre a necessidade de espaços destinados à educação permanente dos coletivos, como forma de organizar a gestão, composto por coordenadores das US, onde possam debater sobre a suas realidades, tomar decisões em conjunto, compartilhar experiências e aprender com elas.

Para Feuerwerker, (2014) existem experiências isoladas no SUS de implantação ou implementação desses espaços de EPS, de discussão e construção do conhecimento, de maneira participativa e humanizada, partindo do pressuposto de que as singularidades da realidade e dos diversos atores são importantes para o desenvolvimento do processo, mostrando e que é possível construir processos de trabalho efetivos e apropriados aos profissionais e usuários.

A potência dessa ferramenta é reconhecida pelos grupos, tanto que eles apontam para essa necessidade, compreendendo-se um espaço privilegiado para problematizar, discutir, construir o conhecimento e novos significados, sendo indispensável para os que desejam transformar a realidade predominante de se produzir saúde e fazer uma boa

coordenação.

É nesta análise de construção coletiva de ressignificação do trabalho no cotidiano, que os novos acordos e novos arranjos estão sempre envolvidos em um processo de ensino e aprendizagem de vários temas inclusive o dagemento nos serviços.

### **6.1.2 Conhecimento na Área de Gestão de Pessoas**

Essa competência foi evidenciada em todos os grupos, expondoas dificuldades de se abordar e lidar com as relações interpessoais e interprofissionais no serviço frente a tantas outras demandas que congestionam o dia a dia dos coordenadores. Estes, por sua vez, não conseguem enxergar e valorizar a dimensão do trabalho de cada um, dando feedbacks adequados e construtivos. A falta dessa atenção gera muitas vezes nos trabalhadores desmotivação, incapacidades em de oferecer assistência de qualidade às pessoas e coletividades do território, que por sua vez exigem do serviço o direito à assistência com qualidade, aumentando a pressão sobre os trabalhadores que não se sentem amparados no próprio serviço. Essas dificuldades são percebidas na seguinte fala do participante:

*“acho que ter a competência de lidar com a gestão de pessoas é a parte mais difícil, temos que lidar com muitos conflitos, profissionais despreparados, sem perfil para a ESF, fazemos o que podemos, também não temos formação para lidar com gestão de pessoas”.*

Alguns aspectos importantes para desenvolver as capacidades na gestão de pessoas na AB, também foram destacados nos grupos como: uma gestão mais horizontalizada possível, promover um ambiente de trabalho de construção coletiva e gestão compartilhada, manter e ampliar o máximo possível à autonomia da equipe, manter a equipe unida nas dificuldades que envolvem o processo do trabalho, compartilhar experiências e aprender juntos.

Pois, conforme já discutido anteriormente nesse trabalho a coordenação das US se dá por meio da centralidade nas pessoas e da interdisciplinaridade e a coordenação das ações de saúde de natureza, assistencial, clínicas, educativas e gerenciais, atendendo aos indicadores epidemiológicos e sociais da comunidade, exigindo dos trabalhadores

uma reflexão a partir da prática, mobilizando recursos e tecnologias que dão conta de atender as demandas.

## **7.1 Núcleo Temático Organizacional**

As competências organizacionais também surgem com importantes em todos os grupos, mas com mais evidência no grupo onde participaram os profissionais, gerentes e diretor, destacando a importância do coordenador envolver a equipe na construção de um modelo de atenção a saúde, centrado no usuário e na integração das redes de atenção a saúde.

Segundo Ruas et al. (2005) as competências organizacionais se apresentam sob forma de processo de produção e/ou atendimento, nos quais podem ser incorporados os conhecimentos tácitos e explícitos, sistemas e procedimentos de trabalho, entre outros elementos importantes destaca os valores e princípios da organização.

### **7.1.1 Modelo de Cuidado Centrado no Usuário**

O modelo centrado no usuário é percebido pelos participantes da pesquisa como um desafio para os trabalhadores da saúde, envolvendo o processo de trabalho das equipes de AB, sendo considerado um tema privilegiado para a produção do cuidado, e para a mudança do modelo de assistência, onde o foco são as pessoas, todos os participantes da pesquisa expressam essa compreensão, porém apesar dos avanços na ESF nos seus princípios normativos, prevendo a territorialização, maior vínculo acompanhamento programático, acesso, envolvimento comunitário, ainda permanece uma grande dificuldade na concretização dessa mudança.

De acordo com as discussões dos grupos Conill, (2008) coloca que o acesso permanece como um grande nó crítico, com dificuldades na estrutura física, na formação e dimensionamento das equipes, fragilidades da gestão e na integração e organização da rede de serviços.

Apesar das dificuldades essa competência é reconhecida como importante para a uma coordenação eficaz na US, o coordenador deve conduzir a equipe para o reconhecimento dos condicionantes de saúde no território de abrangência, bem como identificar os riscos e as vulnerabilidades dos grupos, famílias e as pessoas, apoiando a

equipe e os usuários na construção de projetos terapêuticos singulares, na construção de vínculos, na busca da qualificação do cuidado e na ampliação dessas capacidades individuais e coletivas.

### 7.1.2 Integração dos serviços

Diante das reflexões que ocorreram nos grupos em relação à integração dos serviços foram em torno da capacidade das equipes em ofertar uma atenção continuada, observou-se que algumas equipes tem desenvolvido ações de territorialização, cadastramento da população, ações, de vigilância em saúde, atendimentos, visitas domiciliares, consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, procurando ofertar uma gama de procedimentos para atender a necessidade dos usuários respeitando suas singularidades.

Porém o desafio está ainda na integralidade do cuidado, quando o usuário para ter suas necessidades de saúde atendidas precisa de um conjunto de serviços ao qual chamamos de redes de atenção à saúde, esses serviços devem estar disponíveis sempre que o usuário precisar.

Acontece que, segundo a fala dos participantes da pesquisa nem sempre estes serviços estão disponíveis para o usuário no momento que este necessita. Ilustramos com a fala do coordenador:

*“Às vezes encaminhamos o usuário, mas a fila para o atendimento na especialidade é enorme, sabemos que vai demorar, aí sobra para nós coordenadores ficar ligando e tentando um atendimento, porque o usuário sempre retorna pra unidade”. (C5)*

Diante desse contexto, Abrahão, (2016) explica que existem três tipos de rede presentes na oferta de cuidado na saúde. Uma delas é a rede como um conjunto de serviços – **Rede de Serviços de Saúde** – que se articulada entre si para garantir a necessidade apresentada pelo usuário seja atendida de maneira integral, com vistas à abordagem mais completa possível. A outra abordagem da rede é mais ampla – **Rede Ampliada** – também chamada de rede de apoio social que envolve não apenas os serviços de saúde, mas a articulação destes com os diferentes e importantes equipamentos de outros setores, tais como: equipamentos da educação (escolas, creches,

faculdades, etc.), clube de lazer, organizações de bairro, instituições religiosas, segurança pública, conselhos tutelares, equipamentos da assistência social e da cultura. A terceira é a **Rede Viva**, aquela produzida no encontro do profissional da saúde (ou outros) com o usuário, que pode ser circunstancial, montada e desmontada, na medida e diante da necessidade do usuário.

Nesse sentido e de acordo com as falas nos grupos os encaminhamentos inadequados e buscas “equivocadas” para atendimentos nos serviços especializados são fatores que acabam superlotando esses serviços, não atendendo as reais necessidades dos usuários, somando a isso a dificuldade também de acesso nas US devido a grande demanda espontânea e a falta de organização da demanda programática, interferem na garantia da continuidade dos cuidados, principalmente nos casos das condições crônicas, fazendo com que a rede viva seja uma opção tanto para os profissionais como para os pacientes onde estes vão “tecendo sua própria rede”.

Para tanto, o primeiro passo para a integração é a garantia do acesso, segundo, é a construção das redes partindo da responsabilização dos profissionais e dos pontos de atenção com o usuário, ponto importante na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é o estabelecimento de relações horizontais entre os diferentes tipos de serviços e os diferentes pontos de atenção.

A pactuação dos fluxos deve ser constante e flexível podendo ser revista a qualquer momento respeitando a dinamicidade da rede, para sua organização é importante conhecer o perfil da sua população, o movimento de atendimento, as necessidades que consegue atender e as que exigirão parcerias, etc. Conhecer o papel que representa na rede, suas fragilidades e potências é primordial para o estabelecimento de melhorias e desempenho coordenado dos serviços. (ABRAHÃO, 2016).

Diante disso, destaca-se a importância do papel do coordenador de US nessa organização das redes e na condução da equipe para ofertar uma atenção integralizada, na percepção dos participantes da pesquisa é preciso que o mesmo tenha competência de articulação política com os diversos atores envolvidos nesse processo.

### **8.1 Matriz de competências**

Diante dos resultados advindos dos grupos focais, após a discussão dos mesmos

a luz do referencial teórico apresenta-se uma matriz de competência.

A propósito, nas afirmações dos autores é claramente visto que são essas habilidades que definem um bom ou mau gestor.

A matriz esta organizada da seguinte forma: As competências de cada núcleo temático delimitam a intenção do trabalho, determinando a atuação do coordenador, e para cada competência é apresentado um conjunto de desempenhos.

**QUADRO 7 - Perfil de Competências dos coordenadores das Unidades de Saúde de Cascavel PR.**

<b>NÚCELO TEMÁTICO GESTÃO</b>	
<b>COMPETENCIAS</b>	<b>DESEMPENHO</b>
Articulação política	Proporciona maior integração entre Unidade/Secretaria. Constrói parceria com conselho local de saúde na busca de melhorias para a unidade. Incentiva a comunidade a participar do conselho local de saúde. Promove a educação em saúde na comunidade. Participa das reuniões com a gestão e a comunidade. Promove articulação com os diversos pontos de atenção da rede.
Cumprir as atividades inerentes à função	Com responsabilidade, assiduidade e organização.  Mantém o comprometimento com os princípios da atenção primária em saúde e com a saúde da população.  Assegura o bom funcionamento dos equipamentos, solicitando inspeções periódicas dos profissionais que manipulam os equipamentos.  Realiza a Gestão com foco em liderança, identificando o potencial e a maturidade dos profissionais da equipe com o objetivo de definir o grau de autonomia que cada um terá ao desempenhar suas atividades.

	<p>Mobiliza a equipe em direção a um objetivo, delegando e acompanhando o desenvolvimento de cada um, orientando-se pelo momento do profissional.</p> <p>Utiliza a escuta e um bom diálogo.</p> <p>Favorecendo um ambiente agradável para o desenvolvimento e a execução do trabalho, ouvindo com atenção e sem fazer pré-julgamentos.</p> <p>Descentraliza a tomada de decisões, com equidade, ponderação, agilidade e raciocínio lógico, considerando todas as possibilidades de ação, focando alcance das metas e antevendo os resultados.</p> <p>Desenvolve mecanismos, arranjos edispositivos de Educação Continuada, estimulando a aquisição, a utilização e a análise crítica de evidências científicas.</p> <p>Desenvolve dispositivos de Educação Permanente que possibilitem a reflexão sobre os processos de trabalho e a produção das mudanças necessárias nas praticas de saúde.</p>
Realizar a Gestão de Pessoas	<p>Agrega e busca informações participando de cursos. e/ou através da reflexão da prática na gestão.</p> <p>Promove espaços coletivos paraavaliação, discussões de casos e de educação permanente, fazelogios e criticas construtivas, utilizando os espaços de reuniões de equipe para socializar o conhecimento, avalia o processo de trabalho com vistas a transformação da prática e a qualificação da assistência.</p> <p>Desenvolve uma gestão descentralizada e compartilhada com a equipe, por meio do empoderamento e envolvimento da equipe, delegando as de tarefas.</p> <p>Produz maior autonomia aos profissionais nas suas funções.</p> <p>Realiza mediação dos conflitos, equilíbrio e equidade, visando a um resultado mais eficiente para a US.</p>

	<p>Motiva os profissionais a cumprirem a função do SUS e a buscarem o alcance das metas.</p> <p>Saber trabalhar em equipe, participando e incentivando o trabalho em equipe dentro e fora da unidade de saúde.</p> <p>Envolve e compromete a sua equipe de trabalho com as metas e desafios da secretaria com vistas na formação de uma equipe coesa e sinérgica.</p> <p>Identifica lacunas de aprendizagem e busca a ampliação das capacidades da equipe para a produção do cuidado integral ao usuário.</p> <p>Incentiva e persegue ativamente o aprendizado e o autodesenvolvimento, próprio e o dos trabalhadores da equipe.</p> <p>Busca usar, compartilhar e disseminar conhecimentos, experiências e habilidades gerais como objetivo de maximizar os resultados próprios, de sua equipe na secretaria de saúde.</p> <p>Consegue motivar a equipe, em situações extremas e adversas estimulando-os a realizarem suas atividades e alcançarem os objetivos.</p> <p>Constrói espaços coletivos de trabalhadores e usuários para a discussão da qualificação da assistência.</p>
Fazer o planejamento estratégico em saúde	<p>Envolve a equipe e a comunidade no planejamento e na identificação dos problemas que os rodeia.</p> <p>Elabora planos de ação e de processos de trabalho no coletivo, compreendendo os benefícios de sua utilização.</p> <p>Elabora planos de intervenção de acordo com as condições de saúde da população, promovendo o envolvimento e a participação da equipe e comunidade.</p> <p>Realiza o trabalho sempre atento aos indicadores ou em situações de trabalho que colocam em risco a saúde da população.</p> <p>Intercede de forma rápida e eficiente conforme percebe as necessidades de elaborar</p>

	<p>planos de ação.</p> <p>Percebe antecipadamente quando um problema poderá acontecer e ações preventivas no coletivo, que serão colocadas em prática de forma eficaz e que evitará o problema.</p> <p>Realiza o planejamento das ações de acordo com as necessidades das pessoas.</p> <p>Define ações e estratégias para o cuidado e a prevenção e promoção da saúde na comunidade.</p>
Avaliar o trabalho	<p>Responsabiliza os profissionais, com impessoalidade e profissionalismo, elogiando quando necessário, chamando a atenção e advertindo por escrito conforme normas da secretaria e incentivando os profissionais a aprender com os erros.</p>
Ser Mediador e facilitador	<p>Promove espaços coletivos, demonstrando capacidade de orientação e estímulo ao aprendizado de outras pessoas, conduzindo atividades educacionais para equipe e população.</p> <p>Sabe fazer e receber críticas, de modo ético e respeitoso, visando reconhecer as conquistas, superar as falhas e estimular o desenvolvimento das pessoas, diminuindo as falhas no trabalho.</p>
<b>NÚCLEO TEMÁTICO COMPORTAMENTAL</b>	
Ser comunicativo	<p>Desenvolve meios de comunicação internos e externos eficientes e transparentes e Noticia aos usuários as atividades desenvolvidas na unidade.</p> <p>Busca a satisfação do usuário do serviço de saúde. Fornece feedbacks à equipe e à gestão.</p> <p>Sabe ouvir, com o foco completamente no que a outra pessoa está dizendo e no que ela não está dizendo, entender o significado do que é dito no contexto dos desejos da pessoa, e dar apoio para que ela se expresse.</p> <p>Promove na equipe ampliação capacidade de escuta e de comunicação como os usuários.</p> <p>Possui Habilidades de comunicação, Interagindo com as diversas pessoas com uma</p>

	<p>negociação, de forma assertiva e ética, respeitando os diversos interesses.</p> <p>Demonstra habilidades e técnicas avançadas de comunicação e articulação, com os profissionais, os gestores e a população em geral.</p>
Agir de acordo com os princípios da ética e bioética	<p>Age com uma postura ética nas relações com o usuário, a família e a equipe de saúde.</p> <p>Acolhe os usuários de forma humanizada. Esclarece as dúvidas dos usuários em relação ao cuidado prestado.</p> <p>Promove na equipe a privacidade e o sigilo em relação às informações dos pacientes.</p>
Ser cordial	<p>Demonstra a capacidade de ser e prestativo com outras pessoas.</p> <p>É educado e segue os protocolos de uma boa comunicação.</p>
Ser criativo	<p>Organiza os conhecimentos e realiza suas atividades de forma inovadora e inventiva, criando um jeito novo de resolver problemas inesperados, bem como usa ideias criativas no aperfeiçoamento de seus processos de trabalho.</p>
Ter empatia	<p>Desenvolve parcerias no processo gerencial, envolvendo-se com a população da área de abrangência da unidade e com a equipe, construindo uma relação de vínculo</p>
Ser flexível	<p>Adapta-se às alterações, com aceitando as mudanças e descobrindo novas oportunidades e entende todas as extensões sobre a qual terá impacto.</p>
<b>NÚCLEO TEMÁTICO TÉCNICO</b>	
Elaborar documentos	<p>Contendo informações adequadas claras, concisas e objetivas.</p> <p>Com conhecimento intermediário em informática.</p> <p>Que favoreça o entendimento das situações para ações e decisões. Utilizando diferentes softwares de gerenciamento e aplicativos vigentes.</p>
Cumprir a legislação e as normas do SUS	<p>Com integralidade e imparcialidade</p> <p>Conhece a legislação e as normas do SUS vigentes, bem como as principais políticas.</p> <p>Conhece os direitos e deveres dos usuários e</p>

	profissionais.
Conhecer a rede de serviços	<p>Conhece a rede, as linhas guias e os fluxos ofertados pela secretaria.</p> <p>Procura disponibilizá-los aos usuários. Leva em consideração os serviços primários, secundários e terciários, bem como os profissionais disponíveis em cada serviço.</p>
Conhecer a rede intersetorial	<p>Conhece os serviços intersetoriais e procurar disponibilizá-la aos usuários.</p> <p>Reconhece os equipamentos existentes no território de abrangência e no Município</p>
Saber as atribuições de cada um da equipe	<p>Conhece as atribuições dos profissionais da equipe, estimula e avalia a participação no processo de trabalho pela equipe, considerando as contribuições de cada um, as dificuldades e desafios, no desenvolvimento de práticas interdisciplinar e transdisciplinar focada na melhoria da qualidade da assistência.</p>

#### **NÚCLEO TEMÁTICO ORGANIZACIONAL**

Promover o cuidado em saúde centrado no usuário	<p>Conhece e compreende as necessidades de saúde da população. Conhecer o território, fazendo uma leitura da realidade de saúde e as reais necessidades da população, identificando o conjunto de riscos inerentes e potenciais a saúde da população na área de abrangência da sua Unidade de Saúde.</p> <p>Utiliza a escuta e as informações dos prontuários, dos profissionais da equipe, dos familiares e do próprio usuário para concluir sua avaliação, articulando todas essas informações obtidas para sistematizar a necessidade de saúde do usuário, agindo de forma ética, acolhedora com todos os envolvidos.</p> <p>Reconhece e atua sobre os componentes biológicos, subjetivos e sociais envolvidos na produção e um cuidado singular do processo saúde e doença, individual e coletivo.</p> <p>Organiza o trabalho da produção do cuidado na coletividade, ampliando a capacidade de autocuidado e construir maiores níveis de autonomia em relação à sua situação de saúde.</p> <p>Constrói, de modo compartilhado, projetos terapêuticos que utilizem as melhores evidências científicas e sejam capazes de lidar com a</p>
---	--

	<p>singularidade de cada caso individual e coletivo.</p> <p>Organiza processo de trabalho objetivando o envolvimento, conforme a necessidade e a possibilidade das famílias e das redes de ajuda ao usuário.</p> <p>Apoia a inserção de ações e serviços com caráter de promoção e prevenção à saúde que se articule com as ações de assistência e reabilitação para garantir a abordagem integral do processo saúde/doença.</p> <p>Utiliza critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade, bem como fatores de proteção, para identificação de prioridades na construção de projetos de intervenção.</p>
Conhecer as metas e as prioridades da SESAU	<p>Com clareza e empenho para alcançá-las, participando na construção do planejamento estratégico.</p> <p>Explorando as ferramentas de gestão, e os documentos do SUS.</p>
Conhecer a missão da Secretária de Saúde	<p>Conhece a missão da Secretaria de Saúde e as suas implicações nos objetivos da sua unidade de saúde.</p> <p>Compromete-se e incentiva a equipe no cumprimento do Plano Municipal de Saúde, buscando e elaborar estratégias que garantam a compatibilidade da secretaria com sua missão.</p>

A matriz traduz a síntese de capacidades que resultam numa boa prática gerencial do coordenador de Unidades de Saúde referenciada em critérios de excelência. As combinações de capacidades e os critérios de excelência ética, estética e científica, determinam a qualidade da atuação desses. Cabe, portanto, ressaltar que podem ser produzidas diferentes combinações e estilos singulares de gestão, produzindo resultados de sucesso, porém sempre ancorados no perfil de competência esperado.

## **5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apresentamos neste capítulo os principais resultados da pesquisa as contribuições e apontam-se as necessidades de aprofundamento e recomendações futuras.

O estudo teve como objetivo construir um perfil de competência de coordenadores de Unidades de Saúde, a partir da análise e percepção dos coordenadores quanto às competências necessárias para atuar na coordenação das unidades, dialogando com os autores e mapeando o conhecimento, habilidade e atitudes necessárias ao cargo.

Os resultados destacam que a pesquisa conseguiu atingir os objetivos de mapear o perfil de competências dos coordenadores de Unidades de Saúde, entre elas evidenciaram-se as competências gerenciais, comportamentais, técnicas e organizacionais.

No que se refere à contribuição da pesquisa para avanços no processo de desenvolvimento de competências dos coordenadores, a matriz de competências potencialmente contribui para estimular novas políticas e práticas de gestão de pessoas na secretaria de saúde, à medida que se torna um instrumento para definir perfis esperados dos servidores da área, para subsidiar avaliações de desempenho, para identificar gaps de competências contribuindo para a formação dos profissionais uma vez que, as competências elencadas podem servir como parâmetro de orientação para a Secretaria de Saúde na elaboração no futuro de Plano de Educação Permanente.

Em relação às percepções dos participantes sobre as competências elencadas expressaram nos seus discursos a necessidade de um Programa de Educação Permanente voltado para o desenvolvimento dessas competências que elencaram como necessárias.

Na maioria das vezes, para que os programas de EPS são viáveis, porém seus responsáveis, necessitam ter arguições persuasivas junto aos diferentes níveis hierárquicos, colocando em evidência os seus benefícios, tanto para a equipe quanto para a organização. Nesse sentido a matriz do perfil de competências com o mapeamento dos gaps de competências, se tornam uma ferramenta importante para o convencimento do gestor na implementação da PNEPES.

Diante disso, cabe aos coordenadores das US e os responsáveis pelos serviços de EPS reconhecer a importância de estabelecer formas de articulação entre os diferentes níveis hierárquicos para que a responsabilidade da prática das ações educativas seja compartilhada, com maior facilidade de manter a adesão e execução.

Dessa forma, despertou a compreensão da posição estratégica do coordenador das US como um agente facilitador da estratégia geral de mudança organizacional. Portanto, faz-se necessário que se mantenham integradas às políticas e diretrizes institucionais, considerando o ambiente interno e externo e que busquem desenvolver suas próprias competências para o planejamento, organização e coordenação das atividades de treinamento e desenvolvimento.

Espera-se que, as competências elencadas sirvam para a construção de uma diretriz para desenvolvimento de competências na perspectiva da EPS, que não se limite apenas ao seu processo de construção, mas seja aplicada nas US, a fim de ser avaliada, bem como sejam sugeridas propostas para mudança e aperfeiçoamento. Ressalta-se que a aplicação de uma diretriz de EPS permite prosseguir com a produção de conhecimentos teóricos e práticos relativos a ampliação das competências elencadas.

Todavia, considera-se a necessidade de novas pesquisas, principalmente, relacionadas, a continuidade dessa pesquisa em relação a identificação dos gaps de competências, a implantação dos programas de desenvolvimento, bem como sua avaliação e do impacto no desenvolvimento de competências gerenciais realizados, possuindo como critérios as políticas nacionais e internacionais de educação e saúde.

Conclui-se que é possível construir um perfil de competências para o desenvolvimento das capacidades gerenciais do coordenador, contudo faz-se necessário compreender estas, não apenas como um atributo individual de aquisição e construção de saberes dos coordenadores, mas contextualizada com base nas demandas das situações reais da prática.

O perfil profissional para um Coordenador de US da SESAU corresponde a um perfil de gestor público requerido na atualidade, que articula competência técnica e sensibilidade política, capaz de dialogar com os usuários, de considerar elementos importantes do contexto, de mobilizar sua equipe, de fomentar a coprodução do cuidado em saúde no território, de ser responsivo, responsável, ao mesmo tempo com boa capacitação técnica, comprometido com metas e qualidade dos serviços. Nesse sentido, as competências identificadas, no contexto de unidades de saúde, podem servir de referência para outras áreas da gestão.

## **REFERENCIAS**

ABRAHÃO, A. L. **Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado**. Niterói: CEAD-UFF, 2016.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARAUJO, Ronaldo Marcos de Lima. Competências e Qualificação: duas noções em confronto, duas perspectivas de formação dos trabalhadores em jogo. **Revista Trabalho e Crítica**, Belo Horizonte / Rio de Janeiro, NETE-FAE-UFMG / UFF, setembro 1999.

ANDRADE, M. M. **Métodos e técnicas de pesquisa. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Cap. 11, p. 129-136.

ANDRADE, M. M. **Pesquisa científica: noções introdutórias. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Cap. 10, p. 121-127.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário oficial da União, 2007.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Secretaria de Saúde de Cascavel.** Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Disponível em: [http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014\\_plano\\_de\\_saude\\_2014\\_2017\(1\).pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017(1).pdf). Acesso em: 21 dez 2015.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BERG, B. L. (1998). **Qualitative Research Methods for the Social Sciences.** 3ª ed. MA (USA): Allyn & Bacon.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CARBONE, P. P., BRANDÃO, H. P., LEITE, J. B. D., & VILHENA, R. M. DE P. **Competência e gestão do conhecimento** (2ª ed.). Rio de Janeiro: FGV. 2006.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde.** In: VENÂNCIO, J. (org). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006, p. 107-12.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** 16. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CHORNY AH. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Educ Med Salud;** 1990.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, Sup. 1, p.7-27, 2008.

DEBUS M. **Manual para excelência em investigação mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DESLAURIERS J. P. **Recherche Qualitative.** Montreal: McGraw Hill, 1991.

DRUCKER, P. **Administrando em Tempos de Grandes Mudanças.** São Paulo: Pioneira, 1999.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. Adm. Contemp.**, Rio de Janeiro, v.5, n.esp., p. 181-196, 2001.

- FREIRE, P. **Educação e mudança**. 30ª ed.; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIOVINAZZO, R. A. *Focus Group* em Pesquisa Qualitativa – Fundamentos e Reflexões. **Administração On-Line – Prática – Pesquisa – Ensino**, 2, nº 4. 2001
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GOMES, S. R. Grupo focal: uma alternativa em construção na pesquisa educacional. **Cadernos de Pós-graduação**, v.4, p. 39-45, 2005.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Opin Paidéia*, 2003, v.12, n.24, p. 149-161. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2016.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia – Caminhos e Desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2002.
- GUERRA, E. L. A. **Manual Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Alma Educação 2014.
- GRIMM JW. Effective leadership: making the difference. **J of Emerg Nurs**. V.36, n.1, p.74-7. 2010.
- JUNQUEIRA, S. R. **Bioética e saúde pública**. In: RAMOS, D. L. P. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão, 2009, p. 97-115.
- LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun. Cien. Saúde**. v.18, p. 147-55, 2007.
- MAMEDE S. **Prefácio**. In: Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. p.13-14.
- MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M., AYOUB, A. C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 472-478, 2006.
- MATUS C. **Política, planejamento e governo**. tomo I e II. Brasília: IPEA, 1993.
- MENDES, E. V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. p.13-14.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4. p. 305-314, 1997.

MERHY, E E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67-92.

MERTON, R. K. AND P. L. KENDA. The Focused Interview. **American Journal of Sociology**. v.51, p.541-557, 1946.

MINAYO, C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2010. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.2010.

MORAIS, F. et al . A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Nov. 2012 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000300011> . Acesso em 30/08/2017.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. London: SAGE Publications, 1997.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: leitura e exercícios de treinamento em grupo. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1985.

NOGUEIRA, R. P. **Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 1993. Mimeografado.

OLIVEIRA, R.N.C. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.106 , p.267-283, 2011.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde**. In: Dicionário da Educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. Disponível: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 19 abril 2016.

PERES AM. **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e o mercado de trabalho [ Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2006.

QUINN, ROBERT E. ET AL. **Competências Gerenciais**: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier,2003. 416 p.

RIBEIRO, J. L. D.; RUPPENTHAL, C. S. **Estudos Qualitativos com apoio de grupos focais**. 2ª Semana de Engenharia de Produção e Transporte. Porto Alegre. Dezembro, 2002.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROVERE, M. R. **Gestion de La Educacion Permanente:** uma relectura desde uma perspectiva estratégica. **Educ. Med. Salud.;** v.27, p.489-515, 1993.

RUAS, ROBERTO ET AL. **Aprendizagem organizacional e competências.** Porto Alegre: Bookman,2005.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública,** [S.l.]n. 43(4), p. 721-725. 2009.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiania, v.9, n.2, p.389-401, 2007.

VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4:** práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p