UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSEMEIRE GRIGIO

**Competências: Representações sociais de supervisores técnicos de
uma Organização Social de Saúde**

**SÃO PAULO
2019**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSEMEIRE GRIGIO

**Competências: Representações sociais de supervisores técnicos de
uma Organização Social de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Vera Lúcia Mira

SÃO PAULO
2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSEMEIRE GRIGIO

**Competências: Representações sociais de supervisores técnicos de
uma Organização Social de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Mira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Grigio, Rosemeire

Competências: representações sociais de supervisores técnicos de uma organização social de saúde / Rosemeire Grigio. São Paulo, 2019.

95p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mira

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Competência profissional. 2. Pesquisa qualitativa.
3. Enfermagem. 4. Equipe de assistência ao paciente.
I. Título.

Nome: Rosemeire Grigio

Título: Competências: representações sociais de supervisores técnicos de uma organização social de saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEen) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, minha equipe de trabalho participante deste estudo e orientadora.

*“Porque sou Eu que conheço os planos que tenho
para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar
e não de causar dano, planos de dar a vocês
esperança e um futuro”.
Jeremias 29:11*

Agradecimentos

À Deus, pela proteção, por Sua presença viva em mim, por minha trajetória profissional vir transcorrendo com fé, potência e realizações que me orgulham. Muito obrigada, Senhor.

À minha mãe Lira Célia e ao meu pai Luiz Antonio, agradeço pelo imenso amor e altruísmo, e pela convicção de que o conhecimento derivado dos estudos e da prática profissional são primordiais e perenes.

Aos meus (lindos) filhos Gustavo, Vinicius e João Pedro agradeço por me amarem como sou. E não sou mãe em tempo integral ao lado deles. Aliás, me considero boa mãe, também, por desenvolver minha atuação profissional em favor da saúde de comunidades. Amo muito vocês.

Àqueles que, em vários momentos me fizeram melhor profissional de saúde pública também agradeço, de coração. Cláudio Sartori e Francisco Troccoli, vocês foram minhas primeiras inspirações no início deste caminho.

Agradeço aos professores doutores Paulo Capel e Paulo Frazão da Faculdade de Saúde Pública da USP por minha primeira experiência acadêmica em Saúde Coletiva e pelo despertar para o olhar sistêmico que a Saúde exige que tenhamos. Com eles, também colegas de profissão, percebi que não seria somente uma cirurgiã dentista, mas sim uma sanitarista que trilharia o caminho da saúde pública em prol da integralidade da atenção à saúde.

Seguir pela Saúde Coletiva com estes profissionais foi um acerto e o melhor início nesta jornada.

Outras escolhas que fiz em busca do aprimoramento profissional estavam em minha 'zona de conforto'. MBA em Gerenciamento de Projetos por meio do PMBOK, Project Management Book Of Knowledge na Fundação Getúlio Vargas trouxe a aplicabilidade imediata dos processos aprendidos e esta dinâmica vinha ao encontro da minha

personalidade objetiva e imediatista. Aos inspiradores gerentes de projetos, professores e amigos da FGV que me despertaram para o aprimoramento contínuo, agradeço por este momento.

Este é um momento importante. O aprimoramento no meio acadêmico me faltava. E a habilidade para a dinâmica de conhecer, avaliar varias correntes, opiniões, relatos e conclusões sobre o mesmo tema também me faltava. Foi desafiador. Preencher esta lacuna frequentando a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo foi uma honra e minha convivência e discussões em meio a enfermeiras(os) tão brilhantes e conhecedores das Competências e da Gestão de Enfermagem me deixaram com o sentimento de superação apurado. Muito obrigada por acolherem uma dentista sanitaria nas discussões técnico assistenciais riquíssimas que tivemos.

À minha orientadora Vera Mira agradeço pela competência, generosidade, paciência e dedicação diante da minha inexperiência neste meio. Calma, doce e perspicaz, agiu nesta trajetória exatamente como agem os que reconhecem seu valor com segurança e o expressa com humildade. Vera, se não fosse com você, tenho dúvidas se eu seria capaz de chegar aqui. Muito obrigada por tudo.

À minha amiga Mariane Ceron, linda por dentro e por fora, sou grata pelo estímulo como amiga e formalmente como Gerente de Educação Permanente da Instituição na qual atuamos para que ingressasse na jornada do Mestrado.

Aos diretores Dr. Ramiro e Dr. Jorge Neto pelo aceite do desenvolvimento do projeto na Instituição na qual atuamos.

À diretora Rosinéia Gil, agradeço pela amizade e pelo aprendizado sobre a intrínseca relação entre as questões jurídico administrativas e as técnico assistenciais em saúde que refletiram no conteúdo do SISTECNICA, por exemplo.

Também agradeço a confiança depositada em mim pelo Dr. Mário Monteiro, superintendente da instituição na qual aprendo e reavalio conceitos a cada dia de trabalho.

Trilhar o caminho do Mestrado foi desafiador. No início, o estímulo e segurança para seguir vieram da competente e amiga Bete Mitsue a quem devo a coragem de iniciar este momento profissional. Das indicações do professor particular da língua inglesa à sugestão de condução de textos, ela sempre esteve por perto.

Com Vera, Bete e outras muito competentes mestrandas e doutorandas passei a compor o grupo Veretes. Admiração e aprendizado. Vera rege este grupo com amizade e profissionalismo.

Agradecimento especial devo à Thabata, uma jovem profissional altamente focada em seus projetos que me inspiram pela dedicação, disciplina e competência. Te agradeço por me fazer acreditar, Thabata.

O substrato para compor esta dissertação devo à convivência com um grupo especial de profissionais que vivem a assistência em saúde do município de São Paulo com dedicação há muitos anos. Este grupo compõe a minha equipe de Supervisores Técnicos. Equipe multiprofissional composta por enfermeiras, dentista, psicóloga, fonoaudióloga que diariamente vivem presencialmente nos bairros das regiões Norte e Sudeste do município de São Paulo, os anseios, rotinas, conquistas e mazelas do Sistema Único de Saúde municipal com competência, criatividade e muita dedicação.

A elas e a ele (o único homem da equipe) agradeço por cada depoimento desafiador relacionado à realidade de saúde das comunidades que nos propomos a desatar juntos. Todos os problemas exigiram de nós conhecimento da dinâmica das equipes multiprofissionais e das comunidades, habilidade política, conhecimento técnico assistencial, foco e clareza de propósito.

A rotina desta mesma equipe me inspirou ao desenvolvimento da ferramenta SISTECNICA e por consequência a pesquisa aqui relatada.

Concluo agradecendo novamente a esta Força Maior que me guia, me fortalece, me encoraja, me ampara e me acalenta a cada desafio. É também através dEle que todas estas pessoas aqui lembradas fazem parte da minha vida e da minha história.

1 João 5:4

"Porque todo o que é nascido de Deus vence o mundo; e esta é a vitória que vence o mundo: a nossa fé."

RESUMO

GRIGIO R. Competências: Representações sociais de supervisores técnicos de uma Organização Social de Saúde. **100f.** [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Introdução O conhecimento científico sobre competências, embora consistente e muito discutido nas diversas áreas acadêmicas, carece, na área da saúde, de maior incursão prática, a fim de conhecer o que pensam os profissionais, pois, para sua aplicabilidade e construção de perfis, o processo é complexo e incipiente. Assim, este estudo possui como **Objetivos** - Conhecer as representações sociais sobre competências, dos supervisores técnicos atuantes em uma Organização Social de Saúde e - analisar a ferramenta SISTÉCNICA - Sistema de Informações Técnico Assistenciais de Saúde, na perspectiva dos supervisores técnicos. **Metodologia** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado junto a 13 Supervisores Técnicos de uma Organização Social de Saúde, do município de São Paulo/SP. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais gravadas com nove questões norteadoras. As entrevistas foram transcritas e analisadas no método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados** As representações sociais dos supervisores técnicos são apresentadas por meio de 13 ideias centrais, sendo cinco relativas à compreensão de competências profissionais: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes; Atribuições e responsabilidades profissionais; Interface - Conhecimentos, habilidades e atitudes; Liderança, Gestão e Relacionamento; Conhecimento técnico e habilidades como Gestão; e oito referentes à análise do SISTÉCNICA: Dificuldades relativas ao tempo; Saber fazer - Saber avaliar; Competência como competência; SISTÉCNICA como ferramenta de planejamento e de avaliação do trabalho; Mudanças necessárias no SISTÉCNICA; Avaliação de necessidades de aprendizagem; Avaliação de desempenho e Desenvolvimento técnico e comportamental. **Considerações finais** As representações sociais de competências remetem ao conceito clássico de conhecimento, habilidade e atitudes. O SISTÉCNICA aborda as ações específicas do supervisor técnico, apesar da falta de tempo para cumprir o que nele foi planejado.

Palavras-chave: Competências. Pesquisa Qualitativa. Enfermagem. Equipe de saúde

ABSTRACT

GRIGIO, Rosemeire. **Title.** 2019. 100f. Dissertation (Master of Science) – School of Enfermagem, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Original version.

Introduction The scientific knowledge about competences, although consistent and much discussed in the different academic areas, lacks, in the health area, a greater practical foray, in order to know what professionals think, because, for its applicability and profile construction, the process is complex and incipient. Thus, this study has as objectives - To know the social representations about competencies, of the technical supervisors working in a Social Health Organization and - to analyze the Health Care Technical Information System - SISTÉCNICA tool, from the perspective of technical supervisors. **Methodology** This is a qualitative study carried out with 13 Technical Supervisors of a Social Health Organization, in the city of São Paulo / SP. Data collection took place through individual interviews recorded with nine guiding questions. The interviews were transcribed and analyzed in the Collective Subject Discourse method. **Results** The social representations of technical supervisors are presented through 13 central ideas, five of which are related to the understanding of professional competences: Knowledge, Skills and Attitudes; Professional duties and responsibilities; Interface - Knowledge, skills and attitudes; Leadership, Management and Relationship; Technical knowledge and skills such as Management; and eight referring to the analysis of the SYSTEM: Difficulties related to time; Know how to do - Know how to evaluate; Competence as competence; SISTÉCNICA as a tool for planning and evaluating work; Necessary changes in the SYSTEM; Assessment of learning needs; Performance evaluation and Technical and behavioral development. **Final considerations** The social representations of competences refer to the classical concept of knowledge, skill and attitudes. The SISTÉCNICA addresses the specific actions of the technical supervisor, despite the lack of time to accomplish what was planned in it.

Keywords: Competencies. Qualitative research. Nursing. Health team.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos serviços de saúde gerenciados pela OSS, nos territórios do município de São Paulo, São Paulo - 2018

Quadro 2 – Supervisores técnicos, por formação e participação no estudo, São Paulo - 2018

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ST - Supervisores Técnicos

UFCE - Universidade Federal do Ceará

ESF - Estratégia Saúde da Família

SPDM/PAIS - Associação para o Desenvolvimento da Medicina/Programa de Atenção Integral em Saúde

RAS - Redes Assistenciais à Saúde

GTA - Gerência Técnico Assistencial

DTC - Diretoria Técnica Corporativa

OSS - Organização Social de Saúde

PMAQ-AB-MS - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde

PNH - Programa Nacional de Humanização

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBST - Unidade Básica de Saúde Tradicional UBSM - Unidade Básica de Saúde Mista

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

AMAE - Ambulatórios de Especialidades Médicas

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

SRT - Serviços de Residência Terapêutica

APS - Atenção Primária em Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SISTECNICA - Sistema de Informações Técnico Assistenciais de Saúde

IC - Ideia Central

EC - Expressão Chave

S - Supervisor

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

RS - Representação Social

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	6
2.	Objetivos.....	11
3.	Fundamentação Teórica.....	12
3.1	Os serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde.....	12
3.2	Compreensão de competências.....	16
3.3	Compreensão das Representações Sociais.....	23
4.	Percurso Metodológico	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Local do estudo	28
4.3	Participantes	29
4.4	Coleta de dados	29
4.5	Análise de dados	30
4.6	Aspectos éticos	32
5.	Resultados	33
6.	Discussão.....	52
7.	Considerações finais	61
8.	Referências.....	64
	Apêndices.....	69
	Anexos.....	72

1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional se iniciou a partir da formação como cirurgiã dentista sanitaria, especialista em Saúde Bucal Coletiva e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Minha experiência no âmbito da ESF traz relevância, visto que durante o período entre 1998 a 2001, participei e atuei na implantação e acompanhamento das equipes nos municípios de Mauá (SP) e São Paulo (SP); de 2002 a 2005, atuei como Assessora de Saúde Bucal para ESF na Organização Social da SPDM/PAIS; de 2006 a 2008, pela Universidade Federal do Ceará (UFCE), participei da elaboração e da implementação do projeto da Terapia Comunitária na ESF em 22 estados brasileiros; de 2009 a 2010, atuei na elaboração de três projetos de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro pela Organização Social de Saúde Viva Rio; de 2010 a 2014, atuei como Supervisora de Redes de Atenção à Saúde em três municípios de São Paulo.

Tais experiências me possibilitaram aprimorar meus conhecimentos na área da ESF e, também, amadurecer minha trajetória profissional. Essas questões foram fundamentais para subsidiar minha atual função: Gerente Técnica Assistencial de uma Organização Social de Saúde de grande porte. Neste cargo, coordeno 19 Supervisores Técnicos que atuam em regiões distintas nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro.

Assim, essa experiência profissional me despertou para a necessidade de contribuir para o aprimoramento técnico assistencial e gerencial dos profissionais, que estão sob a minha coordenação, interferindo diretamente no desempenho dos recursos humanos que compõem as equipes locais de trabalho assistencial nos diversos territórios. Para além, evidenciou, ainda, que é fundamental o aprimoramento da abordagem interdisciplinar e integral da atenção junto aos profissionais das equipes, sendo, portanto, necessário o conhecimento das competências profissionais para o exercício da função de Supervisor Técnico.

Esta inquietação me motivou a estudar a temática das competências profissionais enquanto mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e, por isso, esta pesquisa constituirá um estudo sobre as competências

necessárias para atuação do Supervisor Técnico no apoio assistencial junto as Redes Assistenciais à Saúde (RAS).

A estruturação, promoção, desenvolvimento e acompanhamento dos processos assistenciais de Enfermagem, Medicina e Odontologia desenvolvidos nas RAS das regiões de Pirituba, Perus, Vila Prudente, São Lucas, Sapopemba, Vila Mariana, Jabaquara e Ipiranga do município de São Paulo, estão sob responsabilidade de 14 Supervisores Técnicos graduados em Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Farmácia e Psicologia e todos pós-graduados em Gestão de Serviços de Saúde. Os Supervisores Técnicos reportam-se à Gerência Técnica Assistencial (GTA), que, por sua vez, responde à Diretoria Técnica Corporativa (DTC) da instituição e esta à Superintendência.

A GTA estabelece, junto aos Supervisores Técnicos (ST) e a DTC, as estratégias assistenciais e administrativas que a equipe de ST desenvolverá junto aos serviços que compõem as RAS, para alcance das metas quantitativas e qualitativas previstas nos Contratos de Gestão firmados entre a OSS e o ente público municipal.

As atribuições do Supervisor Técnico estão relacionadas ao planejamento, estruturação, implantação, monitoramento e avaliação dos processos assistenciais e administrativos dos serviços de saúde e sua integração à RAS correspondente. Cabe também, ao Supervisor Técnico, a identificação de temas e desenvolvimento de competências para composição do Plano de Educação Permanente em consonância com as atividades desenvolvidas pelos profissionais nos serviços de saúde. Cabe, ainda, a este profissional, avaliar os resultados relacionados aos indicadores próprios de cada serviço, bem como a articulação da RAS local.

Há, porém, desafios na organização do processo de trabalho dos Supervisores Técnicos. Um deles é assumir a responsabilidade de um grande número de equipes que não apenas apresentam configurações e perfis diferentes, implicando, ao Supervisor, distintas habilidades e conhecimentos, bem como flexibilidade no ajuste de sua própria abordagem junto às equipes.

Para gestão dessa rede, e tendo como eixos teóricos metodológicos: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica – Ministério da Saúde

(PMAQ-AB-MS), as diretrizes assistenciais dos Conselhos de Classe relacionados e as diretrizes próprias dos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, foi desenvolvido um instrumento informatizado de sistematização que contempla ações de gerenciamento das principais linhas do cuidado em saúde, informação em saúde e aspectos de ambiência como referenciais de atuação dos Supervisores Técnicos junto às equipes, visando o fortalecimento das RAS.

Para além, utiliza-se o Apoio Institucional para atingir uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe. O Apoio Institucional prevê a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização; procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização e acaba interferindo com a produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários (Campos, 2001).

A Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2008) caracteriza o apoio institucional como um dispositivo de intervenção que propõe um ‘modo de fazer’ mudanças necessárias para que o SUS se afirme como política efetivamente pública. Com a função ‘apoio’, é possível estar próximo aos serviços de saúde, junto com os diferentes sujeitos que constituem o sistema de saúde, gestores, usuários e trabalhadores, articulando as ações dos serviços que compõem a rede, favorecendo a solidificação dos princípios do SUS (Guedes, Roza, Barros, 2012).

Assim, o Supervisor técnico deve envolver os próprios apoiados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir, coordenar e planejar o trabalho. Idealmente, este profissional deve mensurar e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em seus próprios ambientes gerenciais e clínicos, com vistas a ampliar a qualidade do cuidado e da abordagem de integralidade da atenção em saúde prestada nos territórios (Campos, 2001). O Supervisor Técnico deve, portanto, estar provido, além do embasamento teórico sobre as diferentes modalidades de serviços, das competências relacionadas à liderança, foco e organização para direcionamento dos processos assistenciais.

Embora esta Pesquisa aponte para iniciativas organizativas das RAS, há importante distanciamento dos conceitos descritos quando comparados às ações desenvolvidas pelo Supervisor Técnico nos aspectos de concepção, estruturação e organização destas. Sob este aspecto, alguns desafios a serem superados dizem respeito a: falhas no entendimento das atribuições do Supervisor Técnico pelas Unidades de Saúde, supervisões de Saúde e Serviços de Referência; falta de análise da vulnerabilidade das equipes para definição da periodicidade de acompanhamento dos Supervisores e número máximo de equipes para apoio; falta de comprometimento dos profissionais nos espaços de discussão, compreendendo que tais espaços exigem reflexão contínua e disponibilidade para efetuar as mudanças necessárias; manejo inadequado quando da relação produção versus qualidade da assistência; desequilíbrio entre tempo destinado à discussão técnica sem causar prejuízos à população assistida pela Unidade, dada à necessidade de acesso; participação de categorias profissionais específicas nos espaços agendados para reflexão e construção, tendo em vista as demandas emergentes da população e as necessidades em saúde; falta de empoderamento do gerente quanto à continuidade das ações propostas e monitoramento das atividades, resultados e avanços alcançados; competências gerenciais fragilizadas, dificultando a gestão das equipes (Ferreira et al., 2011).

Propõe-se, portanto, pesquisar sobre as competências profissionais do Supervisor Técnico, a partir da sistematização dos processos assistenciais sob sua responsabilidade. Salienta-se que esta sistematização e definição de competências tornam-se primordiais visto que a equipe de Supervisores Técnicos da OSS conta com uma diversidade de formação dos profissionais, fato que contribui para a atuação multiprofissional do serviço, mas também justifica a necessidade de sistematização dos processos. O fato das formações serem diversas, apesar de ser considerado um fator positivo, a medida em que há olhares diferentes e riscos sobre determinada situação, exige algum tipo de sistematização e com isso a compreensão de competências torna-se fundamental para o exercício da função.

Também, por esta razão, foi criado, pela pesquisadora, o SISTÉCNICA - Sistema de Informações Técnico Assistenciais de Saúde (Anexo 1), que é uma ferramenta

informatizada de sistematização dos processos assistenciais em saúde, com base nas diretrizes municipais e federais, da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo e do Ministério da Saúde, respectivamente, e embasada nas diretrizes previstas no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde (PMAQ-AB) para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema tem a finalidade de subsidiar o planejamento, o desenvolvimento e a revisão dos processos assistenciais da RAS e está estruturado para organização do processo de trabalho, de forma que o Supervisor Técnico realize, quinzenalmente, o planejamento de sua atuação junto aos serviços de saúde que compõem a RAS. O SISTÉCNICA possui usabilidade amigável e está dividido em Macroprocessos que se subdividem em micro processos e cada micro processo possui uma série de atividades.

Na tentativa de conhecer mais profundamente sobre as competências do ST e utilização do SISTÉCNICA, este estudo procurou responder às seguintes perguntas de pesquisa: O que pensam os ST sobre competências e quais são as competências profissionais necessárias para o exercício da função de Supervisor Técnico das Redes de Atenção à Saúde? O que pensam os ST sobre o SISTÉCNICA, ele está cumprindo com sua finalidade?

Para responder a estas perguntas, este estudo apresentou os seguintes objetivos.

2. OBJETIVOS

- Conhecer as representações sociais sobre competências, dos supervisores técnicos atuantes em uma Organização Social de Saúde;
- Analisar a ferramenta SISTÉCNICA, na perspectiva dos supervisores técnicos e sua relação com as competências: conhecimento, habilidades e atitudes com vistas ao aprimoramento da Supervisão dos Serviços de Saúde.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 OS SERVIÇOS QUE COMPÕEM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A conquista da regionalização como uma diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão é de expressiva importância para os desafios postos na atualidade para a eficiência do sistema e da prestação dos serviços. A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2006).

Tal conceito é concretizado quando as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Oliveira et al., 2008).

As limitações do modelo biomédico mediante a complexidade das questões de saúde, processo que comporta diversas dimensões da vida, apontaram para a necessidade de um modelo de atenção à saúde com olhar ampliado no desenvolvimento de ações/intervenções, que considerem os determinantes sociais da saúde e acolha demandas de saúde não apenas físicas, mas psicoafetivas e sociais. Ainda que a saúde de indivíduos e populações sofra grande influência de condições genéticas, existem evidências da contribuição de aspectos relacionados ao ambiente (social e físico), aos comportamentos, culturais ou socialmente determinados, e à natureza da atenção à saúde oferecida.

Nesse contexto surgem as RAS. As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do

Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010).

As RAS são compostas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas variações Estratégia Saúde da Família (ESF), Tradicional (UBST) e Mista (UBSM); Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Ambulatórios de Especialidades Médicas (AMAE) e Odontológicas (CEO); Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

Na hierarquização da rede assistencial, a Atenção Primária em Saúde (APS) representa a porta de entrada do sistema de saúde, entendida como primeiro nível de atenção (Santos, 2007). Por meio da APS, a promoção da saúde é retomada com ênfase aos fatores relevantes ao processo saúde-doença, às tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde e as interfaces com as necessidades sociais da população (Brasil, 2006). Quando se trata da APS, cabe ressaltar que sua função como porta de entrada do Sistema de Saúde deve ser exaltada e que deve incorporar os atributos de coordenação do cuidado garantindo que, nesse ponto de atenção, os usuários sejam acolhidos e que sejam dados os encaminhamentos que melhor respondam a suas demandas e as necessidades de saúde (Randow et al., 2011).

Neste contexto, a ESF, surge no Brasil em 1994, (precedida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS em 1991) como eixo reestruturante da atenção primária, respondendo por este nível de atenção no SUS e pelo encaminhamento dos atendimentos que exijam média e alta complexidade – sistema de referência – para os níveis de atenção Secundária e Terciária.

Definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a ESF é operacionalizada por equipes multiprofissionais em UBS. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4.500 mil pessoas de uma determinada área. Tem por princípios o caráter substitutivo dos modelos assistenciais de atenção primária em saúde no país; atendimento à demanda espontânea; integralidade e intersetorialidade voltados à promoção e recuperação da saúde (Brasil, 2012).

Aspectos assistenciais das UBST e UBSM na composição da RAS, quando comparados às fortalezas e fragilidades da ESF, denotam que as UBST e UBSM apresentam atuação menos efetiva com vista à vigilância em saúde e ênfase na promoção, empreendido pelos princípios e diretrizes do SUS. Ainda que esta responsabilidade esteja prevista em todas as modalidades APS, há na ESF uma direcionalidade mais efetiva para que isso ocorra, já que, do ponto de vista estrutural, apresenta elementos privilegiados para operar sob esta lógica (Marin, Marchioli, Moracvick, 2013).

Quanto ao acesso dos usuários à APS como “porta de entrada no sistema”, para efetivação da RAS, há desempenho semelhantes entre as modalidades ESF, UBST e UBSM uma vez que as modalidades citadas apresentam lacunas nesse aspecto (Marin, Marchioli, Moracvick, 2013). Entretanto, quanto ao vínculo e à longitudinalidade do cuidado, há maior aproximação da equipe da ESF com os usuários e ao contexto familiar, o que ocorre de forma menos efetiva na UBST e UBSM. A ESF, em algum sentido, vem cumprindo o seu papel de aproximação e de abordagem mais integral, favorecendo o fortalecimento da RAS já que o conhecimento do contexto social e familiar é condição ímpar no cuidado à saúde (Marin, Marchioli, Moracvick, 2013).

Quanto à oferta de serviços nos diferentes níveis de densidade tecnológica e à integração entre eles, constata-se um grande descompasso entre as necessidades apresentadas e o que é ofertado, tanto por usuários da USF como da UBST/UBSM. Esse aspecto parece indicar que somente a ampliação do acesso à porta de entrada não é suficiente para resolver os problemas de saúde da população, demandando novas formas de organização dos fluxos de serviços (Marin, Marchioli, Moracvick, 2013).

Ainda que a ESF tenha contribuído com o acesso da população, especialmente aquela com maior vulnerabilidade sócio-econômica, o eixo relacionado à equidade de acesso a toda tecnologia disponível para melhoria das condições de vida e saúde, ainda deve ser aprimorado. A articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde e o fortalecimento da RAS tomam, desta forma, caráter relevante. (Marin, Marchioli, Moracvick, 2013)

Segundo pesquisa desenvolvida junto a vinte e quatro gerentes de oito Unidades de Pronto Atendimento (UPA), no município de Belo Horizonte- Brasil foi possível identificar que a UPA representa, na perspectiva dos gerentes, local estratégico da RAS o qual pode ser caracterizado como significativo observatório do sistema de saúde. Este estudo propiciou a discussão sobre a articulação entre diferentes serviços de assistência à saúde, com enfoque nas políticas públicas de saúde (Randow et al., 2011).

As demandas atendidas na UPA pode delimitar alguns “nós” da rede, dentre os quais se destacam aqueles situados na APS. Quando analisadas as perspectivas de articulação da UPA com a APS, foi possível identificar desafios e possibilidades para a construção da rede. Entre os desafios ressaltam-se as condições da APS que resultam em dificuldades de acesso dos usuários, que, por sua vez, procuram a UPA como oportunidade de solucionar seus problemas, ainda que não sejam urgentes ou emergenciais (Randow et al., 2011).

Já em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), salienta-se que esta é uma rede integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas; ela deve considerar as especificidades loco-regionais; deve ter ênfase nos serviços com base comunitária, caracterizados por plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços; deve atuar na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações (Brasil, 2013).

A organização e articulação da RAS junto aos sistemas de atenção à saúde devem manter coerência com a situação da população usuária. Ocorre que a situação de saúde brasileira se marca por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: a agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, a carga importante de causas externas e a presença hegemônica forte de condições crônicas (Mendes, 2010).

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e episódico voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Neste contexto, há que se garantir a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação e fortalecimento RAS compostas em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população (Mendes, 2010).

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de UPA, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos. (Mendes, 2010). Em resposta a esta problemática, ocorreu o desenvolvimento e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Chiarelli (2016), como a construção histórica da saúde se deu por indivíduos e coletivos, o olhar lançado para as necessidades e especificidades do trabalho em saúde produz uma nova demanda na gestão, e evidencia que cada vez mais a reorganização do processo de trabalho é necessária com objetivo de ampliar a escuta e a responsabilização, produzir em equipe e ampliar ferramentas dos trabalhadores para diversificar ofertas a partir das fragilidades identificadas.

3.2 COMPREENSÃO DE COMPETÊNCIAS

O termo competência é comumente utilizado para caracterizar uma pessoa que possui determinadas qualificações para desempenhar alguma atividade específica. (Andre, 2013). A discussão sobre as competências ganhou destaque nos meios acadêmico e empresarial ao abordar essa temática em diferentes instâncias de compreensão, ou seja, a competência do indivíduo, das organizações e dos países (sistemas educacionais e formação de competências) (Fleury e Fleury, 2001).

A discussão sobre as competências recebeu destaque com as mudanças que aconteceram na sociedade e no mercado de trabalho há aproximadamente 50 anos. Do ponto de vista teórico, entende-se que o termo competência tem origem do termo qualificação. Muitos autores afirmam que houve a substituição de um termo pelo outro, todavia Zarifian (2003) ressalta que ocorreu um reajustamento dos dois conceitos ao afirmar que os dois são complementares (Andre, 2013). Dessa maneira, torna-se importante abordar o termo qualificação.

O termo qualificação é definido “pelo saber e pelo saber-fazer adquiridos no trabalho e na aprendizagem sistemática”. A partir desta definição, o termo pode ser compreendido como algo que o indivíduo possui (Tomasi, 2004,). No entanto, Zarifian (2003) compreende o termo qualificação como “uma construção social cujo objeto é qualificar os assalariados”.

Este termo tornou-se mais visível na década de 40, após a Segunda Grande Guerra Mundial, quando ocorreram a evolução tecnológica e a modernização dos meios produtivos, gerando, conseqüentemente, novas exigências e formas de gestão do trabalho e do trabalhador. O trabalhador precisa ser qualificado de acordo com o que desempenha para atingir a eficiência do processo produtivo e também levando em consideração à sua posição salarial, ou seja, a remuneração (Zarifian, 2003).

Nesse contexto, as discussões sobre o conceito de competência surgem no meio organizacional, à medida que o trabalhador é considerado um ator que participa, influencia e é influenciado por todo esse contexto. Com isso, o termo competência surge associado a ideia de tarefas mais complexas que exigem do trabalhador um papel mais ativo e capacitado, visto sua atuação na realidade organizacional. Nessa conjuntura, evidencia-se que ocorre uma amplificação das exigências que são impostas ao trabalhador, mediante a pró-atividade, o saber-saber, o saber fazer e o saber-ser (Zarifian, 2003).

A literatura americana sobre o tema competência foi marcada por dois autores: McClelland e Boyatzis. A discussão sobre competência, entre os psicólogos e administrados, iniciou, de certa forma, em 1973 com a publicação de McClelland. O paper intitulado “Testing for Competence rather than Intelligence” demonstra que para o autor o termo competência é considerado como uma característica implícita a uma

pessoa e é relacionada com o bom desempenho na realização de determinada tarefa (Mirabile, 1997).

Nesse sentido, McClelland diferenciou o termo competência dos termos aptidões, habilidades e conhecimentos, visto que aptidão se refere ao talento natural da pessoa (que pode ser aprimorado), habilidade é a demonstração de um talento na prática e conhecimento é o que as pessoas necessitam saber para realizar uma tarefa em particular (Mirabile, 1997). Já na década de 80, Boyatzis identificou um conjunto de características que possibilitam atingir um desempenho superior ao analisar estudos que investigavam sobre as competências gerenciais. (Spencer e Spencer, 1993; McLagan, 1997; Mirabile, 1997).

Nesse contexto, o conceito de competência é compreendido como o conjunto de capacidades humanas (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitam ao indivíduo atingir alto desempenho, que podem ser aprimorados, fundamentados na inteligência e personalidades das pessoas. Assim, a competência é compreendida como o conjunto de recursos individuais que a pessoa possui, ou seja, o foco na análise está no indivíduo. Todavia, os autores americanos salientam que é necessário articular as competências com as atividades ou atribuições dos cargos existentes nas organizações (Fleury e Fleury, 2001).

Esta linha de pensamento é questionada por Lawler que aponta a fragilidade de abordar a temática das competências apenas como o conjunto de habilidades e requisitos para exercer determinada função. Essa vertente aponta que apenas essa consideração não supre as demandas das organizações no mundo globalizado, visto que estas organizações são complexas e mutáveis. Dessa maneira, a competição entre as empresas passa a acontecer também por meio de competências e não apenas mediante produtos e, com isso, passam a desenvolver os profissionais para atingirem as capacidades complexas necessárias para suprir as expectativas das empresas.

Já em relação ao debate francês sobre a temática das competências teve início nos anos 70 quando houve o questionamento a respeito do conceito de qualificação e formação profissional do ponto de vista técnico. Nota-se a insatisfação entre a capacitação profissional e as necessidades das empresas e, com isso, passaram a aproximar o ensino das necessidades, com a intenção de qualificar os trabalhadores,

gerando maiores oportunidades de conseguirem um trabalho, já que passou a ser estabelecida a relação entre competências e os saberes nos descritivos das formações (certificados) e dos empregos, fazendo com que o termo atingisse, também, as relações trabalhistas como forma de se avaliar as qualificações necessárias para o posto de trabalho.

Nos anos 90, a compreensão de competência, na literatura francesa, passa a ser considerada como algo além do conceito de qualificação. O modelo de competência para a gestão das organizações é fortalecido a partir de três alterações ocorridas no ambiente de trabalho, conforme Zarifian (1999) aponta:

- A percepção do imprevisto: aquilo que ocorre de forma não programada e que altera o desenvolvimento normal do sistema de produção. Com isso, entende-se que a competência não pode estar atrelada nas definições estabelecidas para o exercício da função/tarefa, pois é necessário a constante mobilização de recursos para suprir as novas demandas do trabalho.
- A comunicação: este aspecto sugere para a necessidade de compreender o outro e a si mesmo, visto que comunicar significa entrar em acordo sobre os objetivos da empresa, ou seja, compartilhar as normas comuns para a gestão da mesma.
- O serviço: passou a ser compreendido como fundamental para a organização como forma de atender aos clientes externos ou internos e, por isso, precisa estar presente em todas as atividades desenvolvidas pela organização.

Com isso, o trabalho deixa de ser compreendido apenas como o conjunto de tarefas atreladas à descrição do cargo e passa a ser a ampliação da competência que o indivíduo precisa articular para suprir as demandas profissionais contidas em ambientes mutáveis e cada vez mais complexos, fazendo com que o imprevisto se torne comum no mercado de trabalho.

Na realidade brasileira, a discussão, em nível acadêmico, sobre a temática foi inicialmente influenciada pela literatura americana, à medida que se acreditava que competência era apenas algo que pertencia ao indivíduo. Com a influência de autores

franceses (Le Boterf e Zarifian) e ingleses (Billis e Rowbottom, Stamp e Stamp) foi que a discussão se tornou mais madura com o enriquecimento teórico e empírico, fato que possibilitou novas perspectivas de compreensão.

Para este estudo, a temática da competência será abordada segundo a perspectiva francesa, de acordo com os autores Zarifian e Le Boterf. Para Zarifian (1999), a competência é a sabedoria para a resolução de situações práticas, sendo que esta sabedoria é sustentada pelos conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória, sendo que estes vão amadurecendo e se fortalecendo a medida em que a complexidade das situações aumenta.

Para Le Boterf (1995), competência é um processo e não apenas um estado, ou seja, demonstra o caráter mobilizador do indivíduo, que é capaz de desenvolver diferentes funções de acordo com as situações enfrentadas, utilizando recursos como: raciocínio, conhecimento, memória, senso crítico para avaliações, habilidades de relacionamento ou comportamentais. Assim, ter competência significa ter o domínio total da situação e, com isso, articular os recursos cognitivos necessários para a situação.

Tais recursos cognitivos são de vários tipos e são importantes uma vez que ressaltam a heterogeneidade destes recursos e, portanto, não podem ser reduzidos apenas ao conhecimento ou capacidades operacionais. Estes recursos são:

- Conhecimentos: modelos de realidade (declarativo); como fazer, métodos, técnicas (processual); saber o momento de fazer (condicional); conhecimento da realidade local (informação).
- Habilidades: “saber fazer”, percepção, pensamento, julgamento e avaliação.
- Outros recursos (dimensão normativa): atitudes; valores; normas, regras etc.

Para uma gestão mais efetiva é necessário o desenvolvimento de competências gerenciais, assim a questão de atitudes mais apropriadas à nova realidade proposta é chave para o aprimoramento das práticas de trabalho e para o envolvimento de todas as pessoas na organização. Nesta vertente o saber agir se refere a atitudes, o que é a busca por um comportamento mais condizente com a realidade desejada. Assim, resultando em saber agir para se poder empregar adequadamente os conhecimentos e habilidades (Von Briiger, 2018).

Assim, é possível compreender a competência como um saber agir responsável que impõe a necessidade de mobilizar, articular, integrar, compartilhar conhecimentos, recursos e habilidades que gerem valor econômico à organização, mas também agregue valor social à pessoa (Fleury e Fleury, 2001).

O conceito de competência, portanto, está em constante processo de construção e sua discussão, conforme o descrito, pode ser realizada em duas instâncias, sendo elas: da organização e do indivíduo (Le Boterf, 1995). Assim como os indivíduos, as organizações possuem sistemas cognitivos e memórias organizacionais.

As organizações desenvolvem rotinas de trabalho e processos padronizados para enfrentar as situações e problemas internos e externos. Esses processos vão se incorporando a memória organizacional e tornando a empresa cada vez mais competente para lidar com as mudanças de processos, estruturas ou comportamentos decorrentes de processos cognitivos e de aprendizagem (Fleury e Fleury, 2001).

Salienta-se que as competências organizacionais devem proporcionar benefícios reais aos consumidores, deve ser complexa para se plagiar e possibilitar abertura a diferentes mercados. Para além, uma empresa deve conseguir articular diferentes competências para conseguir inovar e se manter atuante no mercado. Nesse sentido, competência, seria, então, a potencialidade para combinar, integrar e articular diferentes recursos institucionais (Fleury e Fleury, 2001).

As competências em uma organização podem ser as mais variadas. Segundo Zarifian (1999), as competências podem ser diferenciadas da seguinte maneira:

- Competências sobre processos: refere-se aos conhecimentos sobre o processo de trabalho.
- Competências técnicas: trata dos conhecimentos específicos para a realização de determinada atividade.
- Competências sobre a organização: estruturam os fluxos e processos de trabalho.
- Competências de serviço: articula a competência técnica ao impacto sobre o consumidor final.

- Competências sociais: englobam comportamentos das pessoas e envolvem domínios como autonomia, responsabilização e comunicação.

Estas competências, mesmo que inicialmente descritas para a realidade industrial, servem de parâmetros para a ampliação da análise. Tal ampliação deve estar relacionada a formação de competências junto a definição das estratégias organizacionais, em um processo de aprendizagem contínuo. Dessa forma, o desenvolvimento de competências em uma organização está intimamente relacionado ao processo de aprendizagem que vai desde a aprendizagem individual, para a aprendizagem em grupo, atingindo, por fim, a aprendizagem organizacional (Zarifian,1999).

Considera-se que a aprendizagem ocorre em três níveis diferentes. O primeiro nível é o individual que considera que o processo de aprendizagem se inicia no indivíduo e, por isso, é um processo marcado por emoções positivas e/ou negativas. O segundo nível é referente a aprendizagem do grupo, ou seja, é um processo social e coletiva que exige a compreensão sobre a maneira como determinada coletividade aprende e isso gera a possibilidade do desenvolvimento de ações. Por fim, o terceiro nível é o da organização que se refere ao processo onde a aprendizagem individual e a compreensão do grupo são partilhadas e geram valor a organização ao ponto de se tornar institucional, impactando, portanto, em diferentes estruturas organizacionais (Zarifian,1999; Le Boterf, 1995).

Sabe-se que é a aprendizagem o fator responsável por determinar a transformação do conhecimento em competência, visto que a competência agrega valor tanto para o indivíduo quanto para a organização. Por isso, a grande preocupação está em como assegurar que a aprendizagem individual consiga ultrapassar seus limites e atingir a conotação de aprendizagem organizacional (Fleury e Fleury, 2001).

Assim, para melhor compreensão das competências neste estudo, torna-se fundamental o conhecimento sobre a organização e processo de trabalho que estão envolvidos neste estudo, ou seja, o SUS e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme serão descritos no decorrer deste estudo.

3.3 COMPREENSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações é aplicável a toda área de conhecimento, inclusive na enfermagem, que, segundo Martinez, Souza e Tocantins (2012), teve a construção do conhecimento influenciada pelas ciências humanas e sociais, adotando teorias diversas, tal como, as Representações Sociais (RS).

Sêga (2000), ao analisar o conceito de representações sociais ao longo da história, afirma que a elaboração da RS considera a "organização do funcionamento cognitivo do grupo". Dessa forma, a RS interpreta a realidade, mostrando a ação mental do grupo em relação ao objeto que lhe afeta. "Em outras palavras, a representação social é um conhecimento prático, que dá sentido aos eventos que nos são normais, forja as evidências da nossa realidade consensual".

Jodelet (2001), citada por Santos e Dias (2015), declara que a representação social valoriza o senso comum e é definida como uma "forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

Ainda sob a abordagem psicossocial, o conceito de RS apresentada por Jodelet (2001) compreende formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos — imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem a estes componentes. Assim, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, devem ser compreendidos a partir do seu contexto de produção.

Sperber (1989) explica o nível de análise das representações sociais com a finalidade de pontuar as diferenças entre as abordagens da psicologia e da antropologia. Segundo o autor, as representações podem ser abordadas, enquanto eventos intra-individuais, como representações mentais, estudadas pela psicologia cognitiva e pela psicanálise, em que o social é apenas uma sombra; como elementos centrais da comunicação, sendo então representações públicas, objeto de estudo da psicologia social; ou, ainda, como elementos coletivos, comunicados repetidamente e

distribuídos igualmente numa determinada formação social, sendo então representações culturais, objeto de estudo da antropologia.

Utilizando metáforas médicas, Sperber (1989) compreende a antropologia relacionada à Epidemiologia: a disciplina interessada na distribuição das representações em uma determinada população. A psicologia o autor associa à patologia, dedicando-se ao estudo das representações propriamente ditas: seu conteúdo e seu processo de elaboração.

Outra maneira de entender a transdisciplinaridade é adotada por Jodelet (1989) para explicitar as múltiplas dimensões do campo de estudos das representações sociais. Esta abordagem abandona a divisão de territórios disciplinares e assinala a importância da definição precisa do aspecto a ser abordado no estudo das representações sociais.

A mudança de perspectiva quanto ao papel disciplinador das teorias do conhecimento teve um papel fundamental na elaboração do conceito de representações sociais em psicologia social, já que houve a desvinculação do poder de criação dos conhecimentos práticos ou das teorias do senso comum. Assim, não se trata de reabilitar o senso comum enquanto forma válida de conhecimento, trata-se de situá-lo como rede de significados capaz de criar efetivamente a realidade social (Spink, 2017). Moscovici (1988) reconhece que, ao enfatizar o poder de criação das representações sociais, acatando sua dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes, inscreve sua abordagem entre as perspectivas construtivistas.

Neste sentido, a ferramenta SISTECNICA foi construída com base nas políticas públicas de qualidade à saúde propostas pelo Ministério da Saúde, mas fundamentalmente lapidada pelo acréscimo de ações elencadas pelos supervisores técnicos, ações estas derivadas de sua prática, seu conteúdo por meio de seu próprio processo de elaboração.

A diferenciação da perspectiva quanto ao papel disciplinador das teorias do conhecimento implica a constatação de importantes mudanças no posicionamento sobre a objetividade e da busca da verdade. O estudo das representações sociais se posiciona entre os esforços de desconstrução da retórica da verdade, componente da

Revolução Científica que inaugura a modernidade nas sociedades ocidentais. A contestação da retórica da verdade pode ser visualizada como um movimento de ampliação do olhar, de modo a ver o senso comum como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais (Spink, 1993). Assim, segundo Fuller (1988), “a epistemologia clássica parecia viável exatamente porque pensava-se existirem ‘verdades’ cuja aceitação beneficiária a todos — ou, pelo menos, a todos os seres racionais — e conseqüentemente não tinham efeitos globais na distribuição do poder. Esta é uma maneira de expressar a ‘neutralidade’ do conhecimento científico. Ou seja, embora este conhecimento possa ser usado de forma a promover determinados valores, o conhecimento, enquanto tal, não é viesado a favor ou contra a realização de valores particulares”

Valsiner (2003), citado por Wachelke e Camargo (2007) compreende que a RS designa ao mesmo tempo um produto e um processo. Quanto ao processo de representação social, este permite às pessoas interpretar e conceber aspectos da realidade para agir em relação a eles, uma vez que a representação toma o lugar do objeto social.

As RS tanto são normativas, inserindo objetos em modelos sociais, quanto são prescritivas (Moscovici, 2003), servindo de guia para ações e relações sociais (Abric, 1998). Valsiner (2003) afirma que o processo da representação social diz respeito à construção de signos para lidar com um futuro imediato desconhecido, delimitando sua incerteza.

As representações sociais são estruturadas e compartilhadas por meio da interação pública entre atores sociais, em práticas de comunicação do cotidiano (Moscovici, 1961; 2003). Por meio da comunicação que ocorre dentro dos grupos e também no contexto intergrupar são compartilhadas e discutidas convenções para lidar com os eventos da realidade. Os pontos de referência para pensar sobre e agir em relação aos objetos sociais são estruturados em maior ou menor extensão (Doise, 1985).

Sob a concepção de Wagner (1998), as representações sociais indicam um fenômeno específico de grupos cujos membros efetivamente se definem como

integrantes de um grupo e conhecem os limites e critérios para definir quem deve compor o grupo. São os chamados grupos reflexivos, distintos dos grupos nominais ou taxonômicos, que são definidos arbitrariamente por um observador externo, geralmente o pesquisador, independentemente do reconhecimento de pertença grupal pelos membros.

Novamente, o processo descrito remete à concepção e estruturação da ferramenta SISTECNICA utilizada no processo de apoio e supervisão dos processos assistenciais desenvolvidos pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa.

Por fim, segundo Abric (1993) é possível considerar uma representação social como uma “preparação para a ação,” no sentido de que orienta o comportamento e, principalmente, recria o meio em que ele acontece. Conforme Franco (2004) e Bovina (2006), a representação social é capaz de conferir sentido ao comportamento, integrando-o em uma rede de relações com seu objeto e proporcionando noções que tornam estáveis e eficazes essas relações.

O apoio das representações sociais, neste estudo, se dá como um instrumento para compreender a concepção de competências e sua interface com a ferramenta SISTECNICA.

Nesse sentido, o Discurso do Sujeito Coletivo foi adotado para análise de dados, pois visa transformar a opinião do grupo em um discurso síntese, narrado na primeira pessoa do singular, como o "eu ampliado" (Lefevre et al, 2010).

Isto posto e para melhor compreensão das competências bem como a relação com as Representações Sociais neste estudo, torna-se fundamental o conhecimento sobre a organização e processo de trabalho que estão envolvidos neste estudo, o SUS e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Abordagens teóricas sobre as representações sociais, enquanto formas de conhecimento prático, destacam suas funções, entre elas: orientação das condutas e das comunicações - função social; proteção e legitimação de identidades sociais - função afetiva e familiarização com a novidade - função cognitiva. A função cognitiva evidencia os dois principais processos envolvidos na elaboração das RS citadas por Moscovici em 1961: ancoragem e objetivação. A ancoragem refere-se à inserção

orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes.

Moscovici (1978) a concebe como um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando-a em um saber capaz de influenciar, pois “nos limites em que ela penetrou numa camada social, também se constitui aí num meio capaz de influenciar os outros e, sob esse aspecto, adquire status instrumental”. Assim, a ancoragem é feita na realidade social vivida e não intra-individual. A objetivação é essencialmente uma operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se “tão vívidos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa”. Este processo implica três etapas: a descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; a formação de um núcleo figurativo, a formação de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e, finalmente, a transformação destas imagens em elementos da realidade (Moscovici, 1988).

Há lacunas na literatura relacionadas a este tema especialmente à sua aplicabilidade na gestão de serviços de saúde. Tal evidência justifica a realização deste estudo.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, com delineamentos exploratório e descritivo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Organização Social de Saúde (OSS) que planeja e desenvolve projetos de gestão em 171 serviços de saúde distribuídos entre as regiões sudeste e norte do município de São Paulo. Os serviços gerenciados por esta OSS são classificados, hierarquicamente, mediante nível de complexidade/atenção, como de Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada e Atenção Hospitalar, e quando articulados, compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A estrutura organizacional vertical desta Instituição é composta por um superintendente, quatro diretores - Técnico, Administrativo, Planejamento e Educação Permanente/Sustentabilidade. Subordinado ao Diretor técnico, está a Gerente Técnica Assistencial que lidera, no município de São Paulo, 14 supervisores técnicos que fazem a gestão dos serviços mencionados no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos serviços de saúde gerenciados pela OSS, nos territórios do município de São Paulo, São Paulo - 2018.

Serviço	Quantidade
Urgência/Emergência	3
AMA	28
AMA Hospitalar	7
UBS/Tradicional	12
UBS/ESF	59
Saúde Mental	23
Serviços complementares	39

4.3 PARTICIPANTES

Foram convidados para participar deste estudo, os 14 (100%) Supervisores Técnicos do quadro de pessoal da GTA da OSS, atuantes no município de São Paulo, estes profissionais possuem diferentes formações acadêmicas, conforme apresentado no quadro 2. Destes, 13 profissionais foram entrevistados, pois um deles encontrava-se de férias no momento da coleta de dados.

Quadro 2. Supervisores técnicos, por formação e participação no estudo, São Paulo - 2018

Formação acadêmica	Quantidade	Participação no estudo
Enfermagem	10	10
Fonoaudiologia	1	1
Psicologia	1	1
Farmácia	1	0
Odontologia	1	1
Total	14	13

4.4 COLETA DE DADOS

Foram realizadas, em novembro de 2018, entrevistas individuais gravadas com os 13 Supervisores Técnicos da OSS. As entrevistas foram conduzidas em ambiente privativo, norteadas por nove questões, sendo três relacionadas às competências e seis relacionadas ao SISTÉCNICA, contou, ainda, com dados de caracterização dos participantes (Apêndice 1).

O Sistema de Informações Técnico Assistenciais de Saúde – SISTECNICA foi idealizado com o propósito de subsidiar as visitas técnicas dos Supervisores Técnicos com vistas à qualificação da assistência prestada à população. Tendo como base teórica os macro e microprocessos do PMAQ, a estruturação do SISTECNICA foi desenvolvida pelo grupo de Supervisores Técnicos. Pautado na lógica técnico

assistencial e administrativa, o SISTECNICA contempla, em eixos, a grande parte das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais de saúde, que por sua vez, servem como diretriz para o monitoramento e aprimoramento contínuo dos processos assistenciais em saúde.

Considerando que a pesquisadora é a criadora do SISTECNICA e chefe dos ST, o que poderia causar algum desconforto aos participantes, foi treinado um graduando em Gerontologia para realizar as entrevistas.

O profissional foi capacitado para garantir a condução dos questionários junto aos Supervisores Técnicos sem interferências ou juízo de valor e de forma a favorecer a reprodução fiel dos relatos/respostas a eles destinadas.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os depoimentos dos participantes foram transcritos conforme o discurso dos participantes e submetidos, para análise, ao método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que possibilita o conhecimento dos pensamentos, crenças, valores e representações sobre temática específica de uma determinada coletividade, a partir da utilização de recursos científicos. Além disso, o DSC possui fundamentação da teoria da Representação Social e é considerado uma técnica para a organização e tabulação de dados qualitativos, representando um avanço para as pesquisas qualitativas (Lefreve e Lefreve, 2014).

Este método foi desenvolvido por Lefreve e Lefreve no final da década de 90, motivados pelo desafio de respeitar a dupla condição (qualitativa e quantitativa) da auto expressão do pensamento ou da opinião coletiva. Assim, com o DSC é possível elaborar um discurso-síntese com a utilização das partes de sentido semelhante dos discursos de todos os envolvidos, a partir de uma técnica de procedimentos sistemáticos e padronizados (Lefreve e Lefreve, 2014).

Com isso, o discurso-síntese é elaborado na primeira pessoa do singular para reconstituir um ser empírico coletivo, em outras palavras, o social é caracterizado e

expressado de forma singular, conforme o funcionamento natural das representações sociais, visto que as representações sociais se fortalecem pelo fato dos indivíduos acreditarem no caráter genuíno das suas opiniões e dos seus pensamentos (Lefreve e Lefreve, 2014).

O conteúdo do discurso-síntese é editado para a elaboração do produto final: o discurso do sujeito coletivo, que é uma opinião coletiva de uma pessoa coletiva no qual são evidenciadas as representações sociais sobre a temática de estudo. Nesse contexto, é primordial a discussão sobre o motivo das pessoas expressarem tais pensamentos e quais são as consequências e implicações práticas decorrentes desta manifestação. Dessa maneira, o caráter coletivo do pensamento social é definido qualitativamente e são identificadas as categorias de representação e, com isso, é realizada a coletivização dos resultados pela quantidade (Lefreve e Lefreve, 2014).

Por esta abordagem, o DSC foi o método definido para ser utilizado neste estudo por apresentar este caráter inovador. Além disso, este método é utilizado em um grande número de pesquisas na área da saúde, demonstrando sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas.

As respostas dos participantes foram processadas com o uso do DSC, obtendo-se um retrato, detalhado e diversificado, das categorias de opinião desta coletividade sobre o tema em estudo.

O método analisa o material coletado e extrai de cada depoimento, as ideias centrais e suas expressões chaves. As ideias centrais e expressões chaves semelhantes compõem o discurso-síntese que é o Discurso do Sujeito Coletivo. Com isso, é necessário esclarecer que as expressões chave são partes do discurso que devem ser priorizadas pelo pesquisador, pois revelam a essência do conteúdo do discurso. Já, a ideia Central é uma expressão linguística que revela/nomeia, de forma sintética e precisa, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de expressões chave, que possibilitará a elaboração do DSC.

O DSC, ao desenvolver e resgatar as Representações Sociais, articula as dimensões individual e coletiva das representações de determinado fenômeno ou objeto de estudo (Lefreve e Lefreve, 2014).

Considerando a similaridade das entrevistas respostas às perguntas 4, 5, 6 e 7, as IC foram criadas juntando-se os discursos. Do mesmo modo, as perguntas 8 e 9 compuseram IC agrupadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o CAAE nº 91890918.7.0000.5392 e parecer nº 2.759.158 (Anexo 2)

Salienta-se que os Supervisores Técnicos foram esclarecidos quanto às características, estruturação e objetivos do estudo, garantia de sigilo e anonimato, bem como da participação voluntária. Para os profissionais que aceitaram participar do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Após a leitura e assinatura do participante, o entrevistador iniciou a entrevista que foi realizada de forma individual, gravada e em ambiente privativo.

O estudo respeitou a regulamentação prevista na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (MS)

5. RESULTADOS

Referente às entrevistas realizadas com 13 supervisores, cada participante foi identificado com uma letra e um número, S indica os supervisores, e os números referente às entrevistas.

Dos 13 supervisores, contamos com 11 mulheres e 2 homens, com formações na área da saúde enfermagem (n=9), odontologia (n=1), fonoaudiologia(n=1), psicologia (n=1), farmácia (n=1). E idade média 41 anos, sendo o mais novo 26 anos e com maior idade, 53 anos.

A primeira pergunta abordada aos profissionais, "O que você compreende como competências profissionais?", buscou a definição de competências profissionais e resultou nas três IC, descritas abaixo.

1- Categoria Competências profissionais

IC 1.1 - Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA)

EC

“Eu acho que competência a gente pode elencar aqui é, conhecimento do trabalho, responsabilidade, aí... tem tanta coisas que a gente elenca como competência que na hora de falar a gente dá um branco. Eu acho que o próprio conhecimento do trabalho já é uma competência, a responsabilidade, assiduidade é... (pausa) relação interpessoal, também vejo isso como uma competência.” (S.1)

“Eu entendo por competências profissionais a parte técnica que cabe ao que o profissional tem e deve fazer, a parte ética da profissão ou do que ele está fazendo, mas entendo também que não tem como diferenciar neste quesito o profissional do pessoal, então tem que ter resiliência, tem que ter liderança, tem que ter empatia, tem que ter humildade, tem que se aprofundar e se colocar no lugar do outro sempre que possível e tem que ter um olhar de gestão, também, né? Um olhar de equidade, vamos colocar assim.” (S.9)

“Eu acho que a competência ela é uma junção entre o conhecimento técnico e habilidades que a gente precisa compor para formar as competências profissionais, é isso.” (S.10)

“O que eu entendo é que são habilidades na verdade que a pessoa, que o profissional precisa ter para desenvolver qualquer atividade ou qualquer atribuição na sua função.” (S.11)

“Competências profissionais, para mim, é tudo que envolve desde o projeto, planejamento do processo de trabalho até as relações também, tanto com colegas e funcionários” (S.5)

DSC - Compreendo competência profissional como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à execução de todo trabalho.

IC 1.2 - Atribuições e responsabilidades profissionais

EC

Bom, competências profissionais é onde cada é... profissional, então o enfermeiro tem a sua competência de trabalho, o farmacêutico tem a sua competência de trabalho, que não impede o desenvolvimento conjunto," né? (S8)

“Competência é o que compete àquela profissão que você exerce, acho que é isso que eu entendo, minhas competências em relação a minha profissão, o que que compete a mim a fazer.” (S.12)

“Tá, competências profissionais são as atribuições e os desenvolvimentos que o profissional tem dentro da sua especificidade, e a sua atuação dentro da especificidade.” (S.3)

DSC Entendo por competências profissionais aquilo que cabe a cada profissional executar, de acordo com sua área específica de formação.

IC 1.3 Qualidade do desempenho

EC

“Eu entendo que competências profissionais é... é... é tudo aquilo que a pessoa pode fazer pra se desenvolver, né? É aquilo que ela faz de melhor ... e eu acredito que seja um desenvolvimento, uma habilidade que o profissional possa apresentar.” (S.2)

“Competências são... características que o profissional precisa ter para desempenhar o seu bom trabalho né? Então, eu acredito que é como a gente talvez defina algumas... é... alguns adjetivos que o profissional precisa ter para executar uma ação de acordo com aquilo que está se esperando dele... acredito que é isso. ” (S.4)

“É um arcabouço, né? De conhecimentos e relações que você tem para você se desenvolver no campo em que você atua, né? Para você se desenvolver seja na saúde, nas ciências ...” (S.7)

"Eu acredito que sejam características que o profissional tem que ter para aquele determinado cargo, características pessoais que podem contribuir para o desempenho do cargo, da função." (S13)

DSC Compreendo competência como bom desempenho, em que a qualidade é fundamental para se desenvolver no campo que atua.

A segunda pergunta abordada, "Quais as competências necessárias para o desempenho da função de supervisor?", originou duas IC.

2 - Categoria Competências necessárias ao supervisor técnico

IC 2.1 Interface - Conhecimentos, habilidades e atitudes

EC

“Olha, eu acho que precisa ser alguém de confiança, eu acho que precisa ter conhecimento, precisa saber se colocar, precisa... como eu posso dizer? ... precisa saber tratar com as pessoas, precisa saber responder a uma organização, propor novas funções, novas atribuições, eu acho que é isso. Compromisso, conhecimento do trabalho, a relação interpessoal, essa fundamental para todos os meios que a gente circula é... compromisso com a instituição...” (S.11)

“É um arcabouço, né? De conhecimentos e relações que você tem para você se desenvolver no campo em que você atua, né? Para você se desenvolver seja na saúde, nas ciências exatas. São habilidades que você precisa ter para desenvolver aquilo que você se propôs a desenvolver, profissionalmente.” (S.7)

“Bom ... as competências necessárias eu acho que..., para nós que somos supervisores técnicos, é entender o papel de supervisor técnico, né? Para iniciar, desde a relação do onde você está, da instituição, o objetivo e a missão da instituição e até junto com a secretaria de saúde que é onde a gente se relaciona no cotidiano e a região que você também está desempenhando o seu papel como supervisor técnico que tem umas grandes diferenças aí nas relações com a supervisão regional, né?”. (S.5)

"Habilidades, a gente tem que ser muito dinâmico, a gente tem que ser muito rápido nas repostas, eu penso que a gente tem que ser muito flexível para atuar em alguns momentos, a gente tem que ser disponível, é isso. (S8)

DSC As competências profissionais necessárias ao supervisor compreendem a soma dos conhecimentos e das habilidades acrescidas de compromisso e visão ampliada do território.

IC 2.2 Liderança, Gestão e Relacionamento

EC

“ai ai ai (risos). Eu acho que assim, a gente tem que ser flexível, a gente tem que ser paciente, ter bastante jogo de cintura, que eu acho que envolve a questão da flexibilidade.” (S.2)

“Conhecimento do trabalho em relação à atuação ao que a gente tem hoje, conhecimento dos indicadores do contrato de gestão, conhecimento de liderança, de gestão de pessoas.” (S.6)

O cargo de supervisor é um cargo bastante complexo, a gente atua em muitos serviços distintos, apesar de serem todos da saúde, são áreas distintas, né? Então a gente acaba precisando ter bastante... bastante... é... como é que eu digo... bastante flexibilidade para você atuar com vários perfis, além de lidar com volume de pessoas e de serviços que a gente tem, né? Acredito que a escuta né? (S.7)

“É... é igual ao usuário que ela atende, eu não posso olhar só para a unidade.” (S.9)

“Vamos lá, eu acho que a gente atua, a gente tem uma interface muito grande como supervisor técnico, pensando nas competências necessárias, eu acho que tem que ter um conhecimento técnico específico para a área de atuação que a gente está envolvido, então, saúde pública que envolve, principalmente, os conceitos de atenção básica, rede, gestão em saúde. Então, eu acho que um conhecimento técnico específico para o que a gente faz, para o lugar que a gente atua, porque atuar em saúde tem uma especificidade dentro da saúde pública, a gente precisa entender a gestão pública, o papel do estado nisso e o papel hoje da organização social dentro desse contexto, eu acho que essa é uma delas.” (S.11)

DSC Entendo que o supervisor técnico deva reunir a capacidade de gerir a equipe de forma com que estruture o relacionamento entre todos, incluindo os profissionais e os usuários dos serviços.

Da terceira pergunta abordada, "Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes para esta função?", originou-se uma IC.

3 - Categoria Conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à função supervisor

IC 3.1 Conhecimento técnico e habilidades como gerenciamento

EC

“Então, eu acho que foi o que eu falei, conhecer o que o contrato pede, os indicadores do contrato, ter habilidade em relação a pessoas, postura em relação a tratar as pessoas, e conhecimento básico em relação à atenção básica, a cada característica de cada equipamento que eu supervisiono, o propósito e a finalidade de cada um, que cada um compete para fazer, e essa habilidade com as pessoas, em saber lidar com pessoas com gestores que estão na unidade, com o pessoal da assistência, acho que é isso.” (S.12)

“Eu penso que o supervisor técnico tem que ter conhecimento básico em todas as linhas de atuação que a secretaria preconiza, então, eu acho que ele tem que ter conhecimento é de saúde mental básico, ele tem que ter um conhecimento de gestão básico, ele tem que ter um conhecimento técnico de sistema básico para conseguir atuar dentro das unidades que ele tem a sua responsabilidade, eu acho que ele tem que o tempo todo estar atualizando essas questões, dentro do que a secretaria preconiza.” (S.12)

“Conhecimento, tem que ter conhecimento no sentido de unidade de saúde, unidade tradicional, estratégia saúde da família, AMA, em alguns casos pronto socorro.” (S.9)

“Tá... Bom, conhecimento, eu acho que é o conhecimento da própria atividade, né? Hoje, aqui em São Paulo, por exemplo, como supervisor técnico, a gente trabalha com AMAs, UBS, estratégia saúde da família, saúde mental, então, eu acho que você tem que conhecer um pouquinho de tudo, de todo esse complexo.” (S.1)

“Então, eu... eu... eu acho que é isso, você ter os conhecimentos técnicos, né? E... que a gente... por exemplo, a gente tá... eu passei recentemente, foi ontem até, por um processo assim de implantação de serviço, né? E eu... eu acho que é isso, você tem que ter um conhecimento, um pouco de conhecimento de tudo, né? De... de um setor, o que que você precisa... desde conhecimento estrutural para ver se aquilo que eu pretendo implantar, no cenário da unidade vai ser funcional ou não, né? Então, eu acho que conhecimento técnico, é... as habilidades, né? Como você colocou, as habilidades técnicas, né? Para determinados setores, né.” (S.2)

“Conhecimentos eu acho que eles perpassam pela nossa atuação técnica, então, não dá para a gente, no papel de supervisor, não ter uma condição técnica de avaliar aquilo que a gente está fazendo, né?” (S.4)

“Então, a gente acompanha políticas que o Ministério da Saúde, muitas vezes, que o governo e que a municipalidade coloca, né? E nós, servidores técnicos, precisamos ter conhecimentos técnicos para poder apoiar as equipes no desenvolvimento e na busca dos resultados, né? Além disso, e consequência disso é o acompanhamento, por exemplo, do contrato de gestão, que entra no conhecimento técnico. Então, a gente acaba buscando desenvolver ações que contemplam as metas e os resultados de gestão, então, a gente precisa apoiar as equipes, no desenvolvimento dessas ações de modo que eles colham frutos, principalmente, para a saúde da população e atendendo àquilo para o qual a gente foi contratado para executar, né?” (S.7)

“Os conhecimentos eu acho que são conhecimentos é... é... no geral é o que eu... um pouquinho do que eu falei na.. nas competências em cima, são os conhecimentos dos serviços, para que serve, que... para que... qual que é a... a... o objetivo daquele serviço, né? É de trabalhar com aqueles pacientes, eu acho que isso são os conhecimentos básicos do serviço, as habilidades eu acho que entra as habilidades de... de escuta, né?” (S.6)

“Conhecimento técnico, né? É... o que nós... eu acho que primeiro é assim o que que a instituição tem como objetivo no contrato que a secretaria colocou para a instituição, eu acho.” (S.5)

“Eu acho que o conhecimento é dos processos de trabalho, né? Do funcionamento do serviço, seja de uma unidade básica, seja do programa saúde da família, seja do atendimento de demanda espontânea de baixa complexidade que a gente tem, nós temos vários outros serviços, de especialidades médicas, especialidades em reabilitação. Então, eu acho que conhecimento é você conhecer os processos e o maior número de processos que tem, que você precisa desenvolver dentro desse serviço”. (S.11)

“Eu acho que a gente precisa ter coragem, eu acho que isso é uma coisa importante que a gente precisa ter, tem que ter agilidade, a gente tem que ter postura... Tomada de decisões, porque a gente está atuando com uma interface muito grande, e não, necessariamente, durante essa atuação a gente consegue um retorno institucional em tempo de tomar estas decisões, então a coragem e a atitude de tomar a decisão.” (S10)

“Essa experiência é você ter o perfil, né? É de poder agregar aquele serviço é... planejamento, acho que isso é fundamental né? Então, o supervisor ele não é aquele que vem só com a questão técnica, né? É de graduação ou de formação acadêmica, a gente teve uma formação na ponta para conhecer como desenvolve o trabalho na ponta para que a gente possa ajudar a... a... que essas questões sejam passíveis de desenvolvimento, que sejam otimizadas.” (S.3)

“Conhecimentos, eu acho que o conhecimento ele é contínuo na gestão técnica, na gestão pública, nas diretrizes da secretaria municipal, é estar antenado, quais são as diretrizes.” (S.13)

DSC O gestor precisa estar apto com conhecimento em indicadores, saber lidar e gerir pessoas, de acordo com sua área específica de formação, incluindo atualização. Entendo por conhecimentos, habilidades e atitudes para esta função o profissional com atitude e com conhecimento dos processos de acordo com sua área específica de atuação.

Foi entregue o SISTÉCNICA aos participantes e feitas as perguntas, uma a uma, 4 - Qual a sua percepção deste instrumento? O que você acha do instrumento? Ele é capaz de identificar as competências necessárias para o exercício da função Supervisor? 5 - Você poderia identificar essas competências nesse instrumento? 6 - Quais as competências específicas para desenvolver as atribuições/atividades previstas no SISTECNICA? Ex: Planejamento: o que é necessário para efetivar o planejamento? Detalhar. 7 - O instrumento representa as ações? O que mudar? O que incluir ou excluir?

Como resultados, agrupamos estas quatro perguntas, devido à similaridade dos discursos respostas, o que reverteu em cinco IC.

4 - Categoria SISTÉCNICA em análise

IC 4.1 Dificuldades relativas ao tempo

EC

“O fluxo diário tem sido muito intenso, então, é... esse instrumento, a gente acaba não conseguindo, fazer ele, exatamente, como ele foi proposto, né? Ele acaba sendo um instrumento para a gente lançar as atividades que foram feitas, para cumprir... para cumprir... é... normas, né? E ele acaba não sendo; realmente; utilizado para a finalidade ao qual ele foi criado. ... se nós tivéssemos tempo hábil para fazer, exatamente, todos os macroprocessos e micro processos, é, ... seria perfeito.” (S1)

“... o instrumento ele é muito completo, porque quando eu não consigo realizar uma ação porque eu tive outra ação, eu consigo mostrar no instrumento que eu estava na atividade, mas fazendo outras atividades, né? Então, eu consigo apontar isso ... hoje, eu vejo que a questão do planejar e não conseguir realizar, é mais a questão é... do

tempo, né? Pela demanda ou até por número do supervisor do que do próprio instrumento, porque no instrumento eu consigo, quando eu conheço bem o instrumento, eu consigo apontar as ações e o porque que aquela ação não foi realizada, né?” (S5)

“Então, apesar de ser um instrumento ao meu ver de planejamento, ele fica um pouco engessado quando a gente não consegue fazer algumas alterações, quando o prazo dele é muito curto, né? aumentou o número de unidades consequentemente que eram desses supervisores, mas o prazo para a gente continuou o mesmo de “SISTÉCNICA” e a gente tem tantas atribuições que as vezes oito horas do nosso dia não dá né? Fica curto, e aí a gente acaba deixando o que de fazer? (S6)

“Está falando do planejamento, que é para efetivar o planejamento, eu acho que gente precisa é do tempo mesmo (risos). Agora eu tenho que direcionar para um desses itens, ou eu fico meses desenvolvendo o mesmo item, mas eu tenho que ter todos eles para poder desenvolver dentro de um tempo determinado, então, eu acho que é o tempo mesmo que é o que falta aí para... que é necessário para a gente eu não digo efetivar, mas para a gente conseguir concluir isso de uma forma mais efetiva.” (S11)

DSC O supervisor técnico está apto para usar o instrumento SISTÉCNICA, no entanto, necessita de mais tempo para utilizá-lo de forma apropriada à sua finalidade.

IC 4.2 Saber fazer - Saber avaliar

EC

“É que a gente mescla ...competência e habilidade, ... assim, a habilidade eu vejo como conseguir por em prática uma competência, um conhecimento que eu tenho ... então, eu acho que competência é a avaliação das agendas dos profissionais, né? É... aí como habilidade, você pega é... eu sei fazer a avaliação das agendas, aí como habilidade, avaliação das vagas, né?... Então, eu acho que a competência, no geral, é isso, é o conhecimento do trabalho, o conhecimento dos processos para gerar isso em ação, porque aí essa é a habilidade de gerar a ação, né? Do que eu vou fazer. ... (S1)

“Por exemplo, a avaliação das agendas dos profissionais, é que você falou, não tem resposta certa ou errada (risos), mas por exemplo, na avaliação das agendas dos profissionais, em relação a minha competência, o que eu tenho que avaliar lá. Eu tenho que ver se... está adequado o formato da agenda no sistema, né? Para poder verificar se isso 'tá funcionando na prática e... e... se 'tá de acordo com a diretriz que é passada para a unidade, não sei se encaixaria aí, isso aí como uma competência, né?” (S2)

Sim, eu acho que sim, a gente tem relatórios que a gente consegue até ver o nosso processo de trabalho, se a gente está indo na linha mais administrativa, ou na linha mais do cuidado em conjunto com o gestor daquele serviço, ou de acordo com as propostas que estão sendo direcionadas naquele momento pela supervisão ou pela secretaria, ou algum foco que acontece, especificamente, naquele momento, naquele território, naquele serviço. (S8)

DSC O supervisor técnico precisa estar habilitado em saber fazer para avaliar aquilo que foi executado.

IC 4.3 Competência como competência

EC

"... é você ser pró ativo, né? ... você pensar que aquela determinada situação pode... o que que ela pode ocasionar se ela não tiver correta, ... o que que isso implica no... no processo, né? Se eu não tiver essa proatividade, né? e esse pensamento assim do que... dos riscos que pode ocorrer naquele setor, naquele serviço, né? O que que vai ocasionar para não... para não dar o problema, então eu acho que isso faz parte um pouquinho da nossa função né? Prever situações de risco." (S2)

"Primeiro que a gente faz um planejamento mensal, né? Mas que ele é contínuo, né? Então, eu vejo que para a efetividade desse acompanhamento, requer um acompanhamento... do período." (S3)

"... eu acho que dá para você ter uma ideia da atuação do supervisor e de suas competências a partir disso. Não todas, porque eu acho que é isso, a gente tem uma atuação que é mais ampla do que o que está aqui, né? Mas competências mais relacionadas com essas é... com essa... com a sua postura, com a sua disponibilidade em atuar, eu acho que isso consegue ser percebido aqui. Eu acho que primeiro você precisa ter uma certa organização dos processos, né? ... o planejamento em saúde, ele não se dá a partir do SISTÉCNICA, ele se dá a partir de outras situações que são é... do dia a dia da unidade, então, você precisa agregar muito mais informação, muito mais conhecimento ... Ele traz, ele tem uma possibilidade muito boa que é de sintetizar, de poder... de a gente poder condensar e ter algo mais padrão na atuação de supervisor, mas ele não é o único instrumento, ele não pode ser o instrumento exclusivo, né? Então, para o planejamento em saúde a gente precisa ter acesso... então você precisa ter muita organização, você precisa ter um olhar ampliado para saber que você discutir planejamento em saúde, você tem que ter outros instrumentos que te façam ter uma ideia melhor do que é possível para aquela unidade, e aí eu estou falando desde indicadores epidemiológicos, mortalidade, territorialização, e muito mais... produção, então você precisa juntar um monte de coisa para poder executar. O supervisor que

consegue agregar tudo isso ao SISTÉCNICA, com certeza está fazendo um trabalho melhor, agora se você se baseia só no que é o SISTÉCNICA, com certeza você está deixando margem para muita coisa que não está sendo explorada e nem completa. (S4)

"É... eu não sei te falar qual seria a competência para isso, mas eu acho que ter uma visão... não sei a palavra correta para usar, mas eu acho que é ter uma visão diferenciada, entender o problema e fazer uma avaliação daquilo junto com a equipe da unidade, junto com a gerente para a gente conseguir trabalhar. Então, eu acho que essa... dentro dessas atividades que a gente... planejamento, agenda dos profissionais, então eu vou avaliar, né? Se eu tenho algum problema de atingir meta, eu entro no planejamento local e vou avaliar as agendas, é o primeiro processo que a gente faz, né?" Organização. ... Coordenações de todos os cuidados, ... a gente consegue ver muitas falhas em processos de trabalho, e aí a gente consegue fazer a organização desse fluxo, não sei se é isso." (S6)

"... quando eu te falo de conhecimento técnico que a gente precisa ter como competência." (S7)

"Descrições de ações e processos que representam aquilo que você tratou, como você também vai... toda visita que a gente faz poder levar alguma coisa pra discutir, você não chega lá na unidade e só vai ficar escutando o que o gerente tem, você vai levar propostas, também, que, muitas vezes, estão relacionadas, de imediato, com aquilo que o gerente está discutindo, porque a gente vai conhecendo a unidade e a gente vai identificando os problemas, as situações, as necessidades, as habilidades, os processos bons que aquela unidade tem e com o planejamento a partir do instrumento, com o planejamento que você faz, você consegue sempre desenvolver alguma potencialidade naquela unidade, ou levar um tema que você... que é novo, que aquela unidade, ainda, não está trabalhando bem, como potencializar alguma coisa que a unidade já faz muito bem, sei lá, a unidade já está muito bem em algum acompanhamento de algum indicador de saúde por exemplo, vamos melhorar esse monitoramento." (S7)

"... tudo que envolve os programas do SUS com atendimento à atenção básica tem que ter esse tipo de conhecimento, habilidade de lidar com pessoas, gerir pessoas, resiliência, paciência, e persistência. Então, eu tenho um olhar crítico para as demandas e para a carência das minhas unidades para eu poder fazer esse planejamento." (S9)

"Não consigo, as competências não, na verdade, eu acho que aqui, a gente tem um instrumento muito mais norteador do processo do que a forma de fazer, porque eu desenvolvo aqui o que eu tenho que fazer, mas como fazer ou dentro daqui o que eu tenho que nesse macroprocesso ou nesse indicador que eu estou vendo aqui por

exemplo, a coordenação do cuidado do idoso, eu tenho ele como algumas ações, agora o que eu tenho que ter de características ou de habilidades para desenvolver isso, ele não traz, né? Teoricamente, eu teria que ter algo que complementasse ele para fazer." (S11)

DSC O supervisor técnico precisa ser competente e desenvolver as habilidades relacionadas a sua função.

IC 4.4 SISTÉCNICA como ferramenta de planejamento e de avaliação do trabalho

EC

"O SISTÉCNICA, ele é um sistema onde eu planejo e... lanço as atividades que eu executei, então, ele é o instrumento que representa ação, sim, né?" (S1)

"... instrumento super rico, eu acho que ele direciona bem assim o nosso processo de trabalho por exemplo, numa determinada ação, né? ... que a gente planeja, o que que eu tenho que identificar ... durante minha visita na unidade por exemplo, né? Então, para mim, eu acho ele super rico, ele direciona bem para... para as nossas atividades, ele acaba padronizando... um pouco, ele não é engessado, né? Ele padroniza mas ele dá sinais assim, diretrizes, nortes para a gente poder saber o que que a gente procura no trabalho." (S2)

"é um instrumento que sem dúvida traz para nós, ...todo o processo de acompanhamento e necessidades dos nossos serviços de saúde e é um instrumento que inclusive, né? Pauta pela qualidade, né?" (S3)

"Esse instrumento no contexto do trabalho ajudou muito no direcionamento do processo de trabalho na rede, então, é uma forma que você tem para planejar, organizar e rever o seu processo de trabalho nas unidades. Eu acho que esse instrumento, ele compõe, basicamente, todos os requisitos que a Secretaria de Saúde preconiza na atuação, na melhoria da assistência, promoção em saúde, mesmo porque, ele é baseado nas questões do PMAQ, que eu acho que é o que a gente vê o tempo todo na rede, né?" (S8)

"... então, ele é organizador, na minha opinião, ele é um direcionador, eu acho que a gente por estar em um lugar entre a instituição e a ponta, a gente precisa de um instrumento que organiza o nosso planejamento e que traga para a gente todo mês, quando a gente vai entrar e fazer a nossa programação mensal, a gente resgatar coisas que, às vezes, no processo, às vezes, vão acontecendo coisas que você vai deixando de olhar para alguns detalhes do processo do supervisor, e aí, quando você senta para fazer o seu planejamento, você retoma esse lugar. Então, ele é facilitador nesse sentido." (S10)

"Eu acho que o instrumento é capaz de detectar as habilidades necessárias para o supervisor, as competências na verdade, eu acho que o instrumento é um avanço em termos de gestão de unidade. Eu que já passei por outras OSS eu vejo esse instrumento criado como oficial e que atende às demandas de quem faz gestão de unidade. Não vi isso em nenhuma outra OSS." (S9)

"Outra coisa que eu acho que facilita é que você consegue em uma linha histórica, então, você tem relatórios, você tem uma série de coisas que o sistema te permite que você consegue, inclusive, enxergar a sua atuação naquele serviço e naquela rede, se você consegue analisar isso, com calma. Então, mês a mês, ele te dá a oportunidade de rever o seu planejamento e atuação, e te dá algo que tem a ver com aquela realidade com aquela micro rede, com aquele serviço, e, ao longo do tempo, ele consegue dar para a gente, se a gente, de fato, conseguiu cumprir aquilo que a gente está pensando para aquele serviço, para aquele bloco de serviços, para aquela rede e para a atuação do supervisor e da diretoria técnica naquele território. Ele é tanto um instrumento que nos orienta, ajuda a organizar o planejamento e contém itens, na minha opinião, que são essenciais, e eles são divididos de uma maneira bastante didática, macro e micro processos, e, também, permite que a gente analise, então, eu acho que é um instrumento que para a gente facilita muito." (S10)

"... você estando lá você tem que usar, no mínimo, isso daqui, independe das habilidades ou da forma do entendimento. No mínimo, eu tenho que ter isso, então, ele é norteador mesmo, eu preciso no mínimo fazer isso para poder desenvolver, então ele é uma coisa que veio com muita necessidade, e ele vai sendo aprimorado e fazendo o que a gente precisa e ela contempla o que a gente quer." (S11)

"... eu acho esse instrumento, um instrumento muito importante e facilitador no nosso papel, porque acaba facilitando a gente a não deixar de verificar ou de supervisionar alguma questão." (S12)

DSC A ferramenta SISTÉCNICA se configura como instrumento facilitador para o desenvolvimento das competências do supervisor.

IC 4.5 Mudanças necessárias no SISTÉCNICA

EC

"Deixar ele ser um pouco mais flexível em relação ao tempo do planejamento ... o que eu mudaria era realmente essa coisa da flexibilidade do tempo ... tem uma coisa que a gente podia incluir por exemplo, eu sou da região do Ipiranga, então eu tenho as unidades "X" que são minhas, que eu posso lançar atividade," (S1)

"O que eu incluiria, talvez, seja em algum outro serviço, mais específico, por exemplo, a gente tem o serviço de "EMADE", é um serviço." (S2)

"Mas eu acho que isso é algo frágil, porque nós estamos na linha de frente também fazendo a mediação disso, né? Então, interesses, às vezes, não são comuns, ou posturas que não são semelhantes, é... ideias que não... não são convergentes, então geralmente quem 'tá no meio disso para mediar, para facilitar, para fazer a coisa andar é o supervisor e isso o instrumento não te dá muito, como descrever isso de uma forma tão padronizada como as outras que estão mais voltadas para um olhar mais técnico. As ações? Efetivamente as ações? Eu acho que sim, daquelas em que elas estão descritas, como eu disse falta mais coisa."

(S3)

Então, eu acho que eu até já falei, eu acho que excluir não, porque eu acho que ele traz uma visão mesmo do papel, mas ele precisaria ter abordagens que são mais relacionadas à gestão de pessoas, né? Ele precisaria ter espaços em que isso ficasse evidente do quanto o supervisor atua na gestão das pessoas, na gestão da sua equipe, e aí eu 'to falando dessas questões mesmo das relações, do poder da hierarquia dentro das equipes, né? E um outro papel que eu também acho que é muito característico do supervisor técnico e não aparece aqui é... é representar o interesse institucional junto ao interesse da gestão nas nossas atuações, a gente faz isso, né? Então, a instituição tem olhar e tem as suas diretrizes, a gestão tem o seu olhar e tem as suas diretrizes, a unidade de saúde e os seus profissionais representam o interesse dessas duas instituições, quem consegue agregar isso, selecionar isso, trazer para o que é comum e para o que não é comum e lidar com as diferenças, é o supervisor. A gente não tem espaço no SISTÊNICA para isso, e isso demanda muito do nosso tempo, muito, desde uma coisa muito simples, por exemplo, o prazo para a gestão para a entrega de uma informação é "X", o prazo da instituição para aquela informação é "Y", quem corre atrás disso? Quem diz ah só um minutinho, ah deixa eu ver aqui, ... somos nós. Mas isso de uma coisa mínima que eu 'to falando que eu poderia dar exemplos até maiores em que, muitas vezes, é... não existe uma coisa comum e quem vai construir algo para ser comum e estar dentro de uma coisa simbiótica é o supervisor, entendeu? Isso não aparece aqui, por mais que se fale assim articulação com a secretaria, articulação com a supervisão, isso é.. é... um jeito muito vago para colocar tudo o que a gente faz dentro desse item. (S4)

"Eu incluiria questões para agilizar melhor o sistema de informação e não a questão assistencial." (S8)

"... poderia informar, em termos de relatório, o realizado não planejado com mais facilidade, ... porque ele tem datas, o instrumento, ele tem datas para você fazer planejamento, por exemplo, e, às vezes, você perde esse prazo, e se você perde, o sistema fecha, então dependendo do seu mês, seria interessante ter a liberdade de fazer, não esse mês eu preciso fazer um realizado não planejado porque eu estou com o mês em que eu estou cobrindo férias de outro supervisor, estou com demanda do conselho gestor, estou com demanda do CRF, estou com demanda da supervisão, então isso eu mudaria." (S9)

"Agora eu tenho só uma observação em relação a ele, acho que, de alguma forma, a gente precisa ter mais atualizações em relação a isso, porque os nossos processos, eles são muitos dinâmicos, os processos assistenciais, eles são dinâmico. Então ele contempla a maior parte deles, mas se eu puder fazer uma observação em relação às ferramentas, eu acho que a atualização da ferramenta ela deveria ser mais sistemática." (S10)

"Eu acho que específico, ele precisa..., não sei se é desenhar, ou algumas habilidades da função que faz para que case com essa parte aqui do instrumento, eu acho que é isso que a gente precisa ... o que precisa ser desenvolvido, eu acho que é isso, é essa... o perfil de competência desse supervisor para casar com esse instrumento, algumas características, principalmente, de habilidades, mesmo que eu acho que precisa juntar isso daqui que a gente não tem para nortear, a gente tem no teórico, vamos dizer assim, ... a gente tem que ter habilidade de tomar decisão em certo momento, de questionar, de resolver, de juntar tudo, representando, fazendo essa ligação de uma coisa com a outra, mas isso é desenvolvido, vamos supor, se eu fosse contratar agora um supervisor, o que que eu tenho que ver nele, ... entendeu? Então, falta bem esse perfil mesmo, mais desenhado, mais detalhado para poder desenvolver isso aqui." (S11)

DSC A ferramenta SISTÉCNICA se constitui como instrumento eficaz para supervisão de processos assistenciais e requer inclusões relacionadas à gestão de pessoas.

Da pergunta 8, também em relação ao SISTÉCNICA, "Como usar o instrumento para avaliar a necessidade de aprendizagem e avaliação de desempenho dos profissionais?", originaram-se duas IC. Todavia, houve dúvidas por parte dos entrevistados, se essas avaliações se referiam ao ST ou aos gerentes das unidades e equipes, por eles, supervisionadas. Interpreto esta dúvida como possível falha no entendimento sobre o processo pelo qual participavam.

5 - Categoria Avaliação de necessidades de aprendizagem e avaliação de desempenho

IC - 5.1 Avaliação de necessidades de aprendizagem

EC

"Em relação à aprendizagem, eu acho que ele é bárbaro porque, até para a gente entender cada micro processo, cada macroprocesso, às vezes você confunde mesmo, aí, o que que é macroprocesso disso, o que que é micro processo, né? Então, é... e ele é um norte, dá um norte para a gente, né?" (S1)

“Toda vez que a gente pensa uma ação que está aqui direcionada dentro desses macroprocessos que o instrumento traz para a gente e que você observa que determinado serviço de saúde ele precisa melhorar, o desenvolvimento, ou o resultado, ou mesmo olhar para aquela situação de saúde, ele mostra para você isso, então por exemplo, assim... se eu olhar ele do começo ao fim pensando no serviço de saúde, eu consigo identificar aqui, através desse instrumento, questões que aquele serviço precisa melhorar. Então, por exemplo, eu posso olhar aqui tal serviço de saúde, ele olha nesse primeiro que está aqui, ele olha... ele faz avaliação das agendas dos profissionais? Ou é uma necessidade de educação e de aprendizado e de melhoria que aquele serviço precisa ter? Hoje ele consegue fazer esse processo que é super importante para as ações em saúde? Se sim, você acompanha, se não, você ajuda a implementar.” (S7)

DSC O supervisor técnico precisa ter o domínio do instrumento, assim como acompanhar o desenvolvimento dos macro e microprocessos nele contidos para avaliar o desempenho dos profissionais.

IC - 5.2 Avaliação de desempenho

EC

“Eu acho que ele é muito claro para quem pega ele para avaliar. Então, se a gente tem um planejamento e uma ação, né? Quando quem vai pegar isso pra avaliar e ver que o planejamento não 'tá sendo a ação, dali eu já tiro algo que, opa, aqui a gente precisa trabalhar, ou a gente tá sem tempo de fazer aquela ação é... que isso para mim, é muito claro, né? Porque quando a gente não consegue cumprir o planejado, ou você acaba fazendo outras atividades que não estão ali, é... algum ponto está falhando né?” (S1)

“Através do instrumento a gente tem, né? As atuações, né? Divididas aí pelos micro processos e aí eu consigo ver se o profissional supervisor técnico perpassa por todos esses micro processos, conforme as necessidades apresentadas e conforme o planejamento desenvolvido para a região. (S3)

“... o instrumento ... por ele ter essa lógica, de ser fácil no sentido da sua manipulação, né? Porque ele já está descritivo, você pode selecionar, você pode fazer um trabalho nele que é dessa condensação, dessa padronização, para o trabalho de supervisor eu acho que ele vai trazendo aspectos que são é... que você pode melhorar, se você consegue fazer essa análise, eu atuo a partir da necessidade ou eu atuo a partir daquilo que eu sei oferecer? Né? Se a gente conseguir fazer esse balanço, então, porque que na minha ação, na minha atuação enquanto supervisor eu 'tô sempre atuando nesses macroprocessos, nesses micro processos porque essa é a necessidade ou por que essa é a melhor, é o melhor que eu sei fazer? Né? Eu acho que se a gente consegue trazer uma análise em relação a isso, melhora o trabalho do supervisor, porque você

consegue identificar seus pontos fortes e seus pontos fracos e faz... e tenta é... se aprimorar em cima disso, isso eu acho é ... que seria interessante se fosse feito, né? Por outro lado, eu acho que para os profissionais ele também pode dar esse... essa análise, se a gente faz isso, a gente atua a partir da necessidade de equipe, então, a gente consegue acompanhar e ver quais são as fragilidades e... e dar esse retorno, né? Para os profissionais, para as equipes, ou não... ou se também... se você não faz isso ele também não 'tá servindo, ele 'tá sendo um mero documento burocrático, um instrumento burocrático." (S4)

"Eu acho que nós, como supervisores, realizar isso já seria um meio de avaliação nosso, e como avaliar isso é através dos resultados que a gente tem na ponta." (S6)

"Eu acho que ele é um facilitador e um direcionador do que a gente deve esperar da equipe na ponta, mas não que ele avalie, ... porque eu acho que esse instrumento, ele nos avalia e não avalia a ponta, eu acho que ele ajuda a gente a ter um norte para o que desenvolver com os gestores nas unidades, nos serviços. ... então, a diretoria avalia o nosso trabalho e a gente também, né? Quando a gente chega no final do mês, a gente percebe se ficou muito fora da assistência e mais numa questão administrativa burocrática, né? A gente percebe se a gente foi mais vezes num determinado serviço ou não, que, muitas vezes, é um planejamento, mas que pode chamar a atenção, de você direcionar para um próximo planejamento ou não, ou seguir e falar não, eu tenho que seguir nessa linha mesmo... entendeu? Eu acho que é uma avaliação mais nossa do que da equipe." (S8)

"Eu acho que é fazendo um compilado dos relatórios, porque eu acho que ele deve... quem está por trás dessa ferramenta deve, em algum momento, decidir juntar essas informações e fazer um compilado, né? E aí, olhar o que cada um está priorizando e, em cima disso, discutir com esses supervisores. Não acho que esses números em si, vai dar uma diretriz pronta, eu acho que fazer um compilado desses relatórios e sentar com o supervisor, você consegue orientá-lo ou entender porque que ele escreveu aquilo daquele jeito, porque, às vezes, alguns supervisores são mais sucintos e outros escrevem mais, mas não quer dizer que porque escreve menos ou mais 'tá fazendo mais ou menos. Eu acho que como instrumento de discussão para, aí sim, saber se o profissional tem habilidade necessária, ele é muito válido." (S9)

"Na verdade ele ... falta esse instrumento (risos). Porque ele é muito mais do processo do que do desempenho do profissional mesmo, a gente falta um instrumento específico ou um segundo instrumento, ou uma sequência desse instrumento para a gente poder avaliar o profissional dentro desse... de cada processo." (S11)

"De acordo com o resultado daquilo que é planejado por mim e monitorado por mim nas unidades durante as visitas, eu vou avaliando esse desempenho daquilo que eu propus, e assim eu vou avaliando." (S12)

DSC O supervisor técnico precisa ter habilidade em avaliar aquilo que é realizado. Para o Supervisor, os resultados de indicadores assistenciais representam um meio de avaliação.

A última pergunta, "De que forma o instrumento pode nortear o desenvolvimento técnico e comportamental do Supervisor?", resultou uma IC.

6 - Categoria Desenvolvimento técnico e comportamental

IC - 6.1 Desenvolvimento técnico e comportamental

EC

"Então, é... eu... acho que assim, uma resposta acaba puxando a outra né?, eu acho que eu acabo colocando dessa forma mesmo, eu acho que ele vai direcionar a gente né? E... eu refletir ali se eu consegui deter... executar a ação né?" (S2)

"Com a série histórica desse instrumento e a utilização dele, e como que o supervisor atua em relação a ele, então, eu consigo perceber se é... eu estou com um desenvolvimento adequado através desta avaliação." (S3)

"Claro que dentro da lógica de que ele precisa ser complementado, ele não é um instrumento pronto, ele não é um instrumento, também, que não pode ter seus ajustes, então eu entendo que é... ter uma... uma... um aperfeiçoamento dele para que mais atribuições, mais micro processos estejam estabelecidos no trabalho de supervisor, mas a gente consegue, também é avaliar como a gente atua e o quanto a gente atua, acho que esse é um diferencial. Mas ele serviria sim para a gente conseguir fazer essa análise eu acho. Acho que ele teria mais efeitos se dentro das atribuições tivessem mais essas descrições que não são tão técnicas, né? Porque ele traz mesmo é... uma descrição de... de... processos que eles são bem técnicos, né? A atuação do supervisor dentro de uma perspectiva em que você estabelece um perfil de competências, um perfil de qualidades, de adjetivos que o supervisor precisa pelo menos tentar se aproximar para ser, eu acho que aí você consegue trazer uma análise melhor das competências para aprimorar o trabalho do supervisor, acho que isso é um pouco frágil." (S4)

"Do desenvolvimento técnico é... ele vai mostrar o que o supervisor ele planejou e realizou, e porque que ele ficou naquela ação por mais tempo naquele serviço, naquela unidade mais tempo, que foi de repente um necessidade daquela unidade, né? Enfim, quando a gente está em uma implantação requer mais energia e mais tempo do supervisor naquela unidade, te dando um exemplo. E aí eu acabo não é.. não indo ou trocando as atividades de outras unidades que eu planejei, porque eu tenho que ter mais energia naquela, no momento de implantação é... mas o instrumento como

qualquer instrumento, né? Qualquer instrumento que é físico eu não vejo que ele consegue mostrar de fato o perfil... ou como perfil ele até mostra, né? Mas o comportamento do supervisor no dia a dia, tanto como ... na relação com a supervisão, na relação com a equipe, na relação com o gerente, que são relações, né? É o comportamental, ele é do dia a dia, ele tá no campo mesmo, né?" (S5)

"Então, eu acho que ele pode nortear tecnicamente, mas 'comportamentalmente' fazer com que cada supervisor siga e tenha o mesmo comportamento eu acho que isso não, porque eu acho que isso é individual de cada um, né? (S6)

"Então, comportamental eu acho que é o que eu falei, quando a gente faz um planejamento e depois a gente vê o que a gente realmente fez de efetivo, nas atividades, porque a gente tem uma tendência ir para o que a gente mais gosta, e quando aparece esse instrumento e você por exemplo, gosta mais de atuar nas equipes de estratégia, você percebe que você está mais nessa área do que nas equipes de saúde mental por exemplo. Então, ele faz com que você... o tempo todo, ele sinaliza que você precisa dividir seu tempo de uma forma uniforme para todos os serviços, então eu acho que isso é mais uma questão do comportamento." (S8)

"Eu acho que o desenvolvimento técnico eu acho que foi o objetivo maior disso aqui nesse formato, eu acho que ele contempla bem o nortear, o desenvolvimento que eu planejo em cima dele e vou desenvolver em cima desse instrumento. Agora, comportamental do supervisor, eu acho que teria ter... volto a dizer que parece que falta um perfil aqui para casar com isso, para a gente ligar essa habilidade a esse norteador. ...Vamos dizer assim, eu posso planejar, eu desenvolvo essa atividade que está descrita aqui naquele momento, naquela situação, eu descrevo o que eu consegui dentro daquele processo, mas eu não consigo, vamos dizer assim, avaliar o comportamento, de repente, se eu estou discutindo aquele processo que eu planejei ou se eu estou discutindo aquilo que precisa ser discutido nesse momento, isso dá para ser avaliado usando isso aqui mas, de que forma que eu fiz isso? Se eu fiz isso de uma forma mais efetiva, se eu deveria ter melhorado nisso, se eu deveria ter falado mais, se eu deveria ter demorado mais tempo desenvolvendo aquele processo, isso ele não consegue dar, né?." (S11)

"É comportamental, não acho que esse instrumento evolua assim comportamental... ajuda a gente a não se perder diante de tantas informações. É isso." (S12)

DSC O SISTECNICA favorece o planejamento e acompanhamento técnico assistencial, mas não contempla seu desenvolvimento comportamental.

Em síntese, as nove perguntas das entrevistas captaram seis categorias, conforme segue.

Pergunta 1 - O que você compreende como competências profissionais?

- 1- Categoria Competências profissionais
- IC 1.1 - Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA)
- IC 1.2 - Atribuições e responsabilidades profissionais

Pergunta 2 - Quais as competências necessárias para o desempenho da função de supervisor?

- 2 - Categoria Competências necessárias ao supervisor técnico
- IC 2.1 Interface - Conhecimentos, habilidades e atitudes
- IC 2.2 Liderança, Gestão e Relacionamento

Pergunta 3 - Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes para esta função?

- 3 - Categoria Conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à função supervisor
- IC 3.1 Conhecimento técnico e habilidades como Gestão

Pergunta 4 - Qual a sua percepção deste instrumento? O que você acha do instrumento? Ele é capaz de identificar as competências necessárias para o exercício da função Supervisor?

Pergunta 5 - Você poderia identificar essas competências nesse instrumento?

Pergunta 6 - Quais as competências específicas para desenvolver as atribuições/atividades previstas no SISTECNICA? Ex: Planejamento: o que é necessário para efetivar o planejamento? Detalhar.

Pergunta 7 - O instrumento representa as ações? O que mudar? O que incluir ou excluir?

- 4 - Categoria SISTÉCNICA em análise
- IC 4.1 Dificuldades relativas ao tempo
- IC 4.2 Saber fazer - Saber avaliar
- IC 4.3 Competência como competência
- IC 4.4 SISTÉCNICA como ferramenta de planejamento e de avaliação do trabalho
- IC 4.5 Mudanças necessárias no SISTÉCNICA

Pergunta 8 - Como usar o instrumento para avaliar a necessidade de aprendizagem e avaliação de desempenho dos profissionais?

- 5 - Categoria Avaliação de necessidades de aprendizagem e avaliação de desempenho
- IC - 5.1 Avaliação de necessidades de aprendizagem
- IC - 5.2 Avaliação de desempenho

Pergunta 9 - De que forma o instrumento pode nortear o desenvolvimento técnico e comportamental do Supervisor?

- 6 - Categoria Desenvolvimento técnico e comportamental
- IC - 6.1 Desenvolvimento técnico e comportamental

6. DISCUSSÃO

As RS dos supervisores técnicos participantes da presente pesquisa foram construídas por meio da interação diária, por aproximadamente dez anos, entre a maior parte dos profissionais deste grupo social. Quando compartilhadas entre os pares, as representações sociais relacionadas às práticas de apoio técnico assistencial em saúde foram consolidadas sob os aspectos de acesso classificado dos pacientes mediante risco e agravos à saúde de populações; fluxo interno entre as clínicas médicas, de enfermagem, odontológica e farmacêutica que compõem a atenção primária em saúde; encaminhamento a demais níveis hierárquicos do Sistema Único de Saúde, bem como sua contra referência a Unidade Básica de Saúde.

Sob os aspectos relacionados à ambiência e com base nos preceitos de Vigilância Sanitária, as representações sociais, também, foram consolidadas entre os supervisores técnicos, definindo parâmetros de estrutura física compatível a cada grupo de procedimentos assistenciais realizados em cada ambiente do Serviço de Saúde. Questões administrativo-trabalhistas relacionadas aos recursos humanos que compõem as equipes assistenciais foram, ao longo dos anos de atuação entre os pares, manejadas e compartilhadas pelo grupo de supervisores técnicos, favorecendo a consolidação das representações sociais.

A compreensão de competência profissional dos ST revela o senso comum do significado de competência como perícia, habilidade de ação e atribuição específica, abarca, ainda, o conceito tradicional de conhecimentos, habilidades e atitudes, tais como conhecimento técnico, liderança, relacionamento e gestão, com implicação na boa execução do trabalho.

O conceito de competência traz um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes os quais justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas, o que é trazido na literatura acadêmica, como nos textos que fundamentam a prática administrativa, a referência que baliza o conceito de competência é a tarefa e o conjunto de tarefas pertinentes a um cargo. No constructo do conceito de competência do indivíduo (Chiavenatto, 2004).

Ampliando esta compreensão, Zarifian (1999) traz a competência como o que não se limita a um estoque de conhecimentos teóricos e empíricos detido pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa, sendo a competência, a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações. As competências sobre a organização, o saber organizar os fluxos de trabalho, as competências de serviço, em que alia a competência técnica ao impacto que este produto ou serviço terá sobre o consumidor final. As competências sociais, o saber ser, incluindo atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas.

Na representação da competência como CHA não há um sentido de estado e não se reduz a um conhecimento específico. Para além disso, Le Boterf (1995) posiciona a competência com três eixos, formados pela pessoa, pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. Assim, define competência como um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação, um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.

É importante destacar que o tema das competências no trabalho e nas organizações constitui importante categoria de estudos em comportamento organizacional. De maneira geral, quando se fala do uso da abordagem de competências aplicado aos processos de gestão de recursos humanos – gestão por competências –, vive-se uma fase preliminar do modelo caracterizada, principalmente, pelo uso da abordagem em processos de seleção e desenvolvimento. A competência agrega-se a verbos, como saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes, aprender, engajar-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica. A competência individual encontra seus limites, mas não sua negação no nível dos saberes alcançados pela sociedade, ou pela profissão do indivíduo, numa época determinada. Assim, a rede de conhecimento em que se insere o indivíduo é fundamental para que a comunicação seja eficiente e gere a competência (Carbone, 2015).

Destaca-se que a competência profissional é resultado da mobilização e aplicação dos CHA, desta forma, essas competências podem ser vistas nos comportamentos expressos das pessoas no trabalho, que são as partes estruturadoras do desempenho profissional.

Os supervisores técnicos necessitam, também, de capacidade de relacionamento interpessoal, autocontrole emocional e saber controlar o estresse e gerenciar conflito. Como citado, previamente, para se gerir pessoas é importante que você possa considerar as habilidades específicas. A responsabilidade profissional advém com a competência de envolver e identificar as oportunidades de treinamento e desenvolvimento em ajudar os profissionais, individualmente, a atualizarem seus conhecimentos. Nela, também, enquadra-se o desenvolvimento de habilidades, para que seus funcionários possam ser promovidos ou suas responsabilidades possam ser aumentadas. As organizações precisam de um profissional empenhado em desenvolver habilidades da equipe com responsabilidade e com disposição de participar na formação e desenvolvimento da sua equipe.

A RS sobre a qualidade do desempenho nos remete ao conceito de competência apresentado por Chiavenato (2004) como um modelo sistematizado que objetiva a definição de perfis profissionais, a fim de maior produtividade e adequação ao negócio da organização. Assim, identifica os pontos fortes e os pontos fracos, supri lacunas e agrega o conhecimento, tendo por base critérios objetivos e passíveis de mensuração. A gestão por competências é um modelo gerencial que tem por base o bom desempenho de pessoas e organizações que está relacionado ao domínio de certos recursos.

Para Fleury e Fleury (2001), esse modelo enfatiza a redução da diferença entre as competências necessárias à realização da estratégia organizacional e aquelas já disponíveis na organização.

Aponta-se que o desenvolvimento de um indivíduo dentro da organização pode ser identificado pela sua capacidade de assumir e executar atribuições e responsabilidades de maior complexidade, e como esta maior complexidade tende a

fazer com que o indivíduo agregue mais valor à organização, é preciso estabelecer uma ligação direta entre desenvolvimento e remuneração. Seguindo esta vertente, para se planejar é necessário colocar nas bases, a demanda e o fornecimento do trabalho, de forma que a implementação dos modelos de gestão por competências e de gestão do conhecimento se justifica porque trabalhadores desmotivados, mal remunerados e desqualificados tecnicamente prestam serviços de má qualidade. Esse é um dos motivos pelos quais se tem procurado adotar a gestão por competências como alternativa para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, valorizando e incentivando seus trabalhadores (Roquete, 2012).

Os supervisores técnicos também se referiram a conhecimentos técnicos e teóricos de áreas específicas, como fundamentais para a gestão no nível estratégico de uma operadora de autogestão em saúde. Esta visão pode ser decorrente da forma como as organizações privadas de saúde gerenciam e obtêm resultados. Essas organizações incorporam as noções da administração e de práticas assistenciais da saúde, com eficiência, eficácia e comprometimento, a fim de garantir a segurança e a qualidade dos serviços prestados e assegurar a sua sobrevivência no mercado (Godoy; D'amélio, 2012; Silva; Roquete, 2014).

Os gestores de nível estratégico reconhecem a importância da aprendizagem formal no exercício de suas funções, bem como o aprendizado e a aplicação de conhecimentos possibilitados pelas experiências profissionais e pessoais anteriores. Tal reconhecimento denota que o desenvolvimento das competências profissionais desses profissionais acontece em um processo dinâmico entre aprendizagens formais e informais. O desenvolvimento de competências profissionais é um processo dinâmico e articulado (Cheetham; Chievers, 1996, 1998, 2000; Godoy; D'amélio, 2012), assim, o profissional que desenvolve sua competência, possui maior capacidade em lidar com as situações de conflito, em potencializar talentos e gerir trabalho em um clima de confiança e satisfação.

De Oliveira (2007) destaca que as competências podem ser descritas nas seguintes categorias, - competências essenciais, que são centrais nas estratégias da organização; - competências distintivas, que são reconhecidas pelos clientes como

diferenciais perante a concorrência, conferindo, à organização, vantagem competitiva; - competências de unidades de negócio, que são atividades-chave desejadas pela organização das unidades de negócio; - competências de suporte, que correspondem às atividades base para outras ações da organização e, por fim, a capacidade dinâmica: condição da organização em adaptar-se continuamente suas competências frente às exigências competitivas.

Adicionalmente, Cardoso (2006) diferencia competências organizacionais das competências essenciais. As competências para serem essenciais devem atender a três critérios, - haver valor percebido pelo cliente; - ser de difícil imitação e - permitir expansão aos diferentes mercados. Ao longo do ciclo estratégico, ao definir sua estratégia competitiva, uma empresa identificará as competências essenciais do negócio e as competências necessárias a cada função, ou seja, as competências organizacionais.

O discurso coletivo apresentado como conhecimento também está relacionado ao campo educacional. Além da formação educacional e da apreensão de conhecimentos e capacidades relacionadas a um conjunto de tarefas associadas descritivamente a um cargo. Destaca-se que, para o supervisor técnico analisar tais habilidades, precisam ser mobilizadas de acordo com o contexto no qual se desenvolvem as atividades individuais, bem como os ambientes social, físico e cultural que cerca o indivíduo no trabalho, ou seja, de acordo com as dimensões contextuais do trabalho, de forma a gerarem resultados reconhecidos (Roquete & Brito, 2014). As habilidades administrativas esperadas nas competências gerenciais remetem a estudos na literatura que assinalam a relevância de o enfermeiro desenvolver conhecimentos e competências ancoradas em pesquisas sobre gestão, liderança e poder (Garcia, 2009; Lourenço, 2005).

O discurso coletivo aborda o conceito de competência destacado pelos verbos: saber, saber-fazer, e querer-fazer, assim com esse novo referencial as instituições conseguem avaliar a competência dos profissionais, e cabe à liderança criar todo um contexto motivacional que envolva a sua equipe e faça com que realmente se empenhem nas tarefas que tem a realizar (Carbone, 2015).

A abordagem da gestão de pessoas encaminha à necessidade da mensuração do capital intelectual da empresa para que se faça um paralelo entre o que a organização tem e o que ela, efetivamente, necessita para o alcance de seus objetivos. A gestão no processo de admissão de um funcionário necessita desta comparação pela gestão de desempenho, para que o desempenho de cada trabalhador seja medido de forma acertada, é imprescindível que seja feito o mapeamento de competências - fundamental para a concretização dos objetivos organizacionais, que servirá de base para a organização planejar, prover, desenvolver e avaliar as competências disponíveis e identificar as competências e habilidades que a organização necessita (Santos, 2014).

Na abordagem de Heijden e Barbier (2004), o gerenciamento de competências deve preconizar seu desenvolvimento e a flexibilidade dos empregados, a partir de iniciativas que partam, ao mesmo tempo, do gerenciamento e do empregado. Remete-se à gestão por competências como organizada a partir dos seguintes eixos: gestão previsional de empregos e competências, a partir da individualização dos trabalhadores, no que diz respeito às suas perspectivas e possibilidades de mobilidade horizontal e ou transversal; desenvolvimento de competências individuais, diretamente, relacionado com mudanças nas políticas organizacionais de formação de pessoal; reconhecimento das competências do trabalhador, desconsiderando-se suas origens e formas, e incentivando suas próprias ações a esse respeito; e, estabelecimento de políticas avaliativas e remuneratórias por competências (Ramos, 2001).

Uma grande dificuldade encontrada nas organizações com relação à atitude é que não conseguimos ensinar alguém a ter atitude por meio da transmissão de informações, é preciso exemplificarmos com a prática do dia a dia (Serrano, 2010).

A demonstração de compromisso com a qualidade é um importante fator que mostra que o profissional se orgulha de seu trabalho e isso traz melhores resultados. Competências como organização, proatividade, envolvimento e resiliência foram expressas pelos ST, como, diretamente, relacionadas a sua função e decorrentes das relações no trabalho, bem como de conflitos presentes nessas relações. O gerenciamento de conflitos, a capacidade de trabalhar em equipe e o desenvolvimento

de pessoas exigem do supervisor técnico, o comprometimento com a sua profissão e a atualização constante. Importantes destacar que além das atividades relacionadas as funções, o supervisor precisa ser capaz de dar conta da complexidade do particular com o profissional sem que interfira nos resultados esperados (Cavalcanti, 2006).

Para uma gestão eficiente, deve-se buscar desenvolver competências que envolvam todos os profissionais, para que se obtenha uma equipe integrada que construa em conjunto as competências. Os gerentes se defrontam com diversas complexidades no trabalho, decorrentes de uma demanda variada e exigente que preza a valorização do capital humano e a mudança da concepção de saúde. Por isso, devem-se adotar modelos de gestão capazes de melhor qualificar os supervisores técnicos.

Do supervisor técnico, é esperado um atendimento efetivo ao usuário, para tanto, precisa ter os conhecimentos, as habilidades e as atitudes para lidar com essa complexidade e que contribua sempre com a equipe por meio do encorajamento para a conquista do desenvolvimento coletivo na solução de problemas e a criação de oportunidades. A tríade da competência proporciona ganhos organizacionais e individuais. Uma possível explicação encontra-se na constatação de um sistema em constantes modificações consequentes das exigências do consumo, do mercado, das circunstâncias ambientais, de órgãos que visam a plena melhoria do sistema e do sistema regulador de serviços de saúde. Tais fatores demandam novos conhecimentos com profissionais que deem conta dos requisitos impostos por essa nova realidade.

A área de gestão de pessoas é fundamental para subsidiar o líder no trabalho com as suas equipes. Independentemente do tamanho ou porte, os líderes estão gerenciando pessoas o tempo todo. O grande desafio é incentivá-las e motivá-las para alcançar os objetivos organizacionais. O talento e o capital humanos são requisitos competitivos no mercado de trabalho e cabe, à área de gestão de pessoas, resgatar essa visão para dentro das organizações, a fim de que ela reconheça o capital humano como o seu principal diferencial competitivo (Tachizawa, 2015).

Dessa forma, as competências essenciais devem ter natureza dinâmica e requerem aprendizagem organizacional para seu desenvolvimento e atualização contínua. O supervisor precisa desenvolver a capacidade de olhar para a instituição, para o território e para si, para poder dar conta de toda a complexidade da sua vida particular e da sua vida profissional, sem que haja interferência nos resultados. Essa habilidade está ligada à capacidade de usar dados para melhorar os processos e operações, analisando os resultados e apresentando os resultados a outros (Cavalcanti, 2006).

A gestão por competências como ferramenta de um movimento voltado a oferecer alternativas eficientes de gestão, sendo possível, por meio de sua aplicação, a descrição detalhada das competências exigidas pela organização e as que dizem respeito a cada cargo, é indispensável para que sejam mensuradas as competências disponíveis, para que sejam feitas ações corretivas quanto à alocação de pessoal e, também, em relação ao treinamento e desenvolvimento (Fischer et al., 2001).

A gestão de processos é fundamental para um planejamento que pode gerar melhores resultados.

Autores destacam que os desafios atuais refletem, diretamente, na necessidade de revisão dos processos de formação profissional e organização do trabalho em saúde. Deve haver a promoção de uma reorientação dos modelos de atenção, das práticas de gestão e cuidado, além da qualificação dos profissionais atuantes na rede, investimento na sua formação (Nespoli e Ribeiro, 2011).

As RS traduzem a necessidade do estabelecimento de um perfil de competências apropriado para os cargos de gerência, uma vez que estes exigem profissionais altamente capacitados para lidar com situações diversas, agindo eticamente nos mais variados níveis envolvendo política, negociação e liderança (Caminha, Oliveira, 2017; Santos et al. 2016).

O SISTÉCNICA, como uma ferramenta de gestão, não se mostrou, totalmente, hábil para avaliar necessidades de aprendizagem e desempenho, nem tampouco para o desenvolvimento comportamental, certamente, devido a seu caráter técnico de

diretriz de planejamento. Embora não tenha sido construído para tais finalidades, esta ferramenta poderá ser modificada para abarcar outras funções gerenciais.

O SISTÉCNICA foi interpretado, sobretudo, como uma ferramenta para planejamento e avaliação das ações do ST, tal como foi concebido, no entanto, ele poderá vir a ser utilizado para avaliação de necessidades e avaliação de desempenho, desde que acrescentado um perfil de competências e não somente as ações a serem desenvolvidas.

Os ST estão preparados para utilização do SISTÉCNICA e sugeriram maior flexibilidade em seu uso, no que se refere, principalmente, ao tempo de preenchimento e a inclusão de competências.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais dos supervisores técnicos são apresentadas por meio de 13 ideias centrais, conforme segue.

Relativas à compreensão de competências profissionais e as competências e CHA necessários ao ST, cinco IC: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes; Atribuições e responsabilidades profissionais; Interface - Conhecimentos, habilidades e atitudes; Liderança, Gestão e Relacionamento; Conhecimento técnico e habilidades como Gestão.

Referentes à análise do SISTÉCNICA, oito IC: Dificuldades relativas ao tempo; Saber fazer - Saber avaliar; Competência como competência; SISTÉCNICA como ferramenta de planejamento e de avaliação do trabalho; Mudanças necessárias no SISTÉCNICA; Avaliação de necessidades de aprendizagem; Avaliação de desempenho e Desenvolvimento técnico e comportamental.

Os supervisores técnicos compreendem competência como um conjunto de conhecimentos e habilidades técnico assistenciais em saúde e a necessária interface do conhecimento técnico com as habilidades comportamentais. Por vezes, os discursos foram sugestivos de imprecisão sobre o conceito teórico do termo *competências profissionais*. Estudos complementares podem ser gerados para identificação e elucidação de conceitos que favoreçam sua aplicabilidade na prática laborativa.

A análise do SISTÉCNICA reiterou a necessidade de aprimoramento das competências atitudinais para o refinamento das ações de supervisão em saúde.

Os discursos apontam para a relevância da gestão de processos assistenciais por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde, bem como da gestão de pessoas.

Ainda que a concepção de Supervisão Técnica e das competências necessárias para exercê-la, eventualmente, tenham sido expressadas, diferentemente, entre os profissionais entrevistados, as RS mostram a necessidade de aprendizagem dos

conceitos relacionados a competências profissionais e sua aplicabilidade na prática de Supervisão.

O supervisor técnico está apto a utilizar o SISTÉCNICA, que representa todas as atividades a serem executadas, no entanto, a falta de recursos humanos e a alta demanda não prevista culminam em falta de tempo para consecução do planejamento proposto. Por esta razão, os supervisores consideram que o sistema deva ter mais flexibilidade, tanto para execução como para o preenchimento no sistema.

Como desafio para aprimorar o reconhecimento e adequação das competências do Supervisor Técnico nas práticas de apoio às redes de atenção à saúde e, por consequência, o fortalecimento das ações de supervisão técnica dos processos assistenciais, destacam-se as necessidades: legitimação das práticas de supervisão sob os aspectos de conhecimento, habilidade e atitude; sensibilização e mobilização dos supervisores sobre suas competências e sua relação junto às rotinas assistenciais e aos gestores locais dos serviços de saúde; organização e sistematização dos processos de trabalho a partir da interdependência das competências; valorização dos espaços de discussão nos ambientes de trabalho; integração das expectativas dos supervisores técnicos, profissionais e usuários.

A necessidade de aprimorar o reconhecimento sobre a inter-relação das ações de supervisão em saúde e as competências profissionais próprias para seu desenvolvimento caracterizou um contexto próspero para a educação permanente sobre as competências profissionais a serem desenvolvidas pelos supervisores técnicos, com base nas ações a eles atribuídas; disponibilização de instrumentos que possam auxiliar no desenvolvimento de competências profissionais e atribuições próprias de supervisão, sob a lógica de retroalimentação; sensibilização de gestores, trabalhadores e população para compreensão da relação entre competências profissionais e aprimoramento das ações em saúde.

Como estudo posterior, deverá ser mapeado o perfil de competências profissionais dos supervisores técnicos para subsidiar o desenvolvimento da equipe.

Como limitações deste estudo, destacam-se, o equívoco da questão 8, que não esclareceu sua referência ao supervisor ou ao gerente; e a participação de supervisores técnicos de saúde, somente de OSS, demarcada nas regiões sudeste e norte do município de São Paulo.

Os resultados deste estudo representam o subsídio para o desenvolvimento das ações de aprimoramento das competências da equipe de supervisores técnicos, conforme as ações de apoio assistenciais a eles atribuídas. A continuidade do processo de aprimoramento profissional se dá pelo envolvimento dos gestores de serviços de saúde locais.

8. REFERÊNCIAS

Andre ARD. As competências transversais e as práticas de gestão por competências: Um estudo exploratório de diferentes realidades organizacionais. Dissertação de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos. Instituto Politécnico do Porto. Nov, 2013.

Bellini M, Pio DAM, Chirelli MQ. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. Saúde debate. 2016; 40(108):23-33.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Série Pactos pela Saúde, 7. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 21 mai. 2013, Seção 1, págs. 37/38.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2008.

Brown T. Confirmatory factor analysis for applied research. Second Edition. The Guilford Press. New York London. 2015. 462p.

Campos, GWS. O apoio institucional e análise de demanda em saúde ou apoio Paidéia. Rede HumanizaSUS [Internet]. 2001 nov. [citado 2013 jan. 20]. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/59928-o-apoio-institucional-e-analise-de-demandaem-saude-ou-apoio-paideia-gastao-wagner-sousa-campos-novembro2001/>

Cardoso LR. Avaliando Sistemas de Remuneração Baseados em Habilidades e Competencias: a Visão dos Profissionais de Gestão de Pessoas. Revista Brasileira de Gestão de Negócios, v. 8, n. 21, 2006.

Carbone PP, Tonet HC, Da Silva Bruno JR. Gestão por competências. Rio de Janeiro: FGV; 2015.

Cavalcanti ACR. O gestor e seu papel na gestão de conflitos. Um estudo de caso em empresa de Varejo de Vestuário Masculino [mestrado]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

Cheetham G, Chivers G. Towards a holistic model of professional competence. Journal of European industrial training. 1996;20(5):20-30.

Chiavenato I. CHIAVENATO, Idalberto. Empreendedorismo: dando asas ao espírito empreendedor. Editora Manole, 2004. PÁGINA 128-140.

Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. New York: John Wiley & Sons; 1999.

Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. Avaliação Psicológica. 2012; 11(2): 213-228.

Ferreira FA, Silva LL, Bento MF, Ribeiro MPDS. O trabalho do Apoiador Institucional da Atenção Primária a Saúde Santa Marcelina [Internet]. 2011. [citado 2011 ago]. Disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/1751>

Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001.

Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev adm contemp 2001;5(SPE):183-96.

Godoy AS, D'Amelio M. Competências gerenciais desenvolvidas por profissionais de diferentes formações. Organizações & Sociedade 2012;19(63):621-39.

Garcia IG, Santa-Barbara, ES. Relationship between nurses' leadership styles and power bases. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(3):295-301.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2006.

Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de Atenção Básica. Cad. Saude. Colet. 2012; 20(1):93-101.

Heijden BV, Barbier G. A competência, sua natureza e seu desenvolvimento: uma abordagem anglo-saxônica. Da qualificação à competência. São Paulo: Papirus, 2004.

Kuenzer AZ. Competência como práxis: os dilemas da relação entre teoria e prática na educação dos trabalhadores. Boletim técnico do SENAC, v. 29, n. 1, p. 16-27, 2018.

Le Boterf G. De la compétence - essai sur un attracteur étrange. In: Les éditions d'organisations. Paris: Quatrième Tirage, 1995.

Lourenco MR, Shinyashiki GT, Trevizan MA. Management and leadership: analysis of nurse manager's knowledge. Rev. LatinoAm. Enfermagem. 2005; 13(4):469-73.

Le Boterf G. De la compétence - essai sur un attracteur étrange. In: Les éditions d'organisations. Paris: Quatrième Tirage, 1995.

Le Boterf, G. (Junho de 2006). Avaliar a Competência de um Profissional, Três dimensões a explorar. Reflexão RH, pp. 60-63.

Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. Education Permanente, 97-112.

Le Boterf, G. (2011). Ingénierie et évaluation des compétences (6ª ed.). Paris: Editions d'Organisation.

Lefevre F e Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. Comunic, Saúde, Educ. jul/dez 2006; 10(20):517-24.

Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. Texto & Contexto Enfermagem. 2013; 22(3): 780-788.

Mclagan, P. (1997). Competencies: the next generation . Training & Development, 4048.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(5):2297305.

Mirabile, R. (1997). Everything you wanted to know about competency modeling. Training & Development, 73-77

Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.116-35.

Pasquali L. Psychometrics. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [citado em 18 jan

2018]; 43(esp):992-9. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>

Randow RMV, Brito MJM, Silva KL, Andrade AM, Caçador BS, Siman AG. Articulação com Atenção Primária À Saúde na perspectiva de gerentes de Unidade de Pronto Atendimento. Rev Rene, Fortaleza; 12(n. esp):904-12, 2011.

Santos AS. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: Santos AS, Miranda SMR, Cianciarullo T. A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri: Manole; 2007.p.1-40.

SPINK, Mary Jane P. The concept of social representations in social psychology. Cadernos de Saúde Pública, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

SPINK, Mary Jane P. Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos. Editora Vozes Limitada, 2017.

Oliveira MHCB, Rehem TCMSB, Amaral TCL, Barros S. Costa VLC, Souza RR, organizadores. A Atenção à Saúde no SUS São Paulo: uma perspectiva regional. São Paulo: Secretaria da Saúde/FUNDAP; 2008. p. 9-22.

Oliveira JR, Miranda MD. Competências essenciais e conhecimento na empresa. Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, p. 121-156, 2001.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, 2013.

Parente C. Para uma análise da gestão de competências profissionais. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, v. 14, 2017.

Roquete FF, Brito MJM. Dimensões Contextuais do Trabalho: a Visão de Diretores Executivos de uma Unimed de Minas Gerais. Rev Médica de Minas Gerais. 2014;24(2):186-93. Godoy AS, D'Amelio M. Competências gerenciais desenvolvidas por profissionais de diferentes formações. Organizações & Sociedade 2012;19(63):621-39.

Roquete FF. Identidade e competências profissionais: um estudo com diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico de Minas Gerais. 2012.

Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. Revista Formação. 2001; 2:19-28. Brasília: MS,

R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2015. Disponível em: <http://www.R-project.org/>

Spencer L M, Spencer S M. Competence at work: models for superior performance. New York: John Wiley & Sons, 1993.

Serrano M. A Gestão de Recursos Humanos: Suporte teórico. Evolução da Função e Modelos, SOCIUS–Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações-ISEG, 2010.

Tachizawa T. Gestão com pessoas: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios. Editora FGV, 2015.

Tomasi, A. (2004). Qualificação ou Competência? In A. Tomasi, Da Qualificação à Competência - pensando o séc. XXI (pp. 143-157). São Paulo: Papirus

Von Kriiger, CCP et al. Desafios à implantação de modelos de gestão por competências no setor público federal: o caso de uma autarquia federal. Revista do Serviço Público, v. 69, n.3, p.707-740, 2018.

Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Cad Pesq Admin. 2000; 01(12):54-65.

Zarifian P. Objectif compétence. Paris: Liaisons, 1999

Zarifian, P. (2003). O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas (2ª ed.). São Paulo: Senac

Zarifian P. Objectif compétence. Paris: Liaisons, 1999. 28-30.

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM SUPERVISOR TÉCNICO

Dados de identificação:

Nome

Idade

Formação

Atuação

Perguntas norteadoras:

- 1- O que você compreende/entende por competências profissionais?
- 2- Quais são as competências necessárias para o desempenho da função de supervisor?
- 3- Nesse mesmo sentido, quais são os conhecimentos, habilidade e atitudes necessárias para esta função?
- 4- Qual a sua percepção deste instrumento? O que você acha do instrumento? (entregar o instrumento). Ele é capaz de identificar as competências necessárias para o exercício da função? (Supervisor)
- 5- Você poderia identificar essas competências nesse instrumento?
- 6- Quais as competências específicas para desenvolver as atribuições/atividades previstas no SISTECNICA? Ex: Planejamento: o que é necessário para efetivar o planejamento? (detalhar)
- 7- O instrumento representa as ações? O que mudar? O que incluir ou excluir?
- 8- Como usar o instrumento para avaliar a necessidade de aprendizagem e avaliação de desempenho dos profissionais?
- 9- De que forma o instrumento pode nortear o desenvolvimento técnico e comportamental do Supervisor?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa **Identificação da percepção do supervisor técnico sobre as competências necessárias para a realização do apoio aos serviços das Redes de Atenção à Saúde**, coordenada pela pesquisadora Rosemeire Grigio Escola de Enfermagem da USP. A pesquisa tem como objetivo: Conhecer e identificar as competências necessárias para o exercício da função de supervisor técnico das redes de atenção à saúde, na perspectiva destes profissionais.

A coleta de dados contará com a participação de supervisores que atuam nos Serviços de Saúde da Atenção Primária selecionados para o estudo. Para coleta de dados serão realizadas entrevistas individuais, gravadas, realizadas em ambiente privativo. Após o estudo, as entrevistas serão descartadas/deletadas. Com as entrevistas será possível identificar a percepção dos envolvidos a respeito das competências necessárias para o desenvolvimento das atividades previstas no processo de trabalho do Supervisor Técnico. O tempo estimado para a entrevista é de, aproximadamente, 30 minutos e será realizada em local privativo no próprio ambiente de trabalho, sem causar qualquer tipo de prejuízo às suas atividades profissionais.

Sua participação na pesquisa não trará risco físico e é baixa a probabilidade de causar desconforto emocional, visto que a entrevista será conduzida por pesquisador não envolvido na rotina de trabalho, além disso, a entrevista percorrerá apenas tópicos relacionados às atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho. Ressalta-se que esta pesquisa pode beneficiar a Instituição, no que se refere à identificação das necessidades de implantação de fluxos e análise de rotinas, capacitações e qualificação do serviço.

Sua participação é voluntária e você tem total liberdade para decidir aceitar, recusar ou de retirar seu consentimento, em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Não há qualquer tipo de custo ou de remuneração para os participantes e, caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito à indenização.

Os dados são confidenciais e são garantidos o sigilo e o anonimato. Os dados serão utilizados, exclusivamente, para esta pesquisa, que será divulgada em revistas e eventos científicos.

Este Termo possui duas vias, após assinada e rubricada, uma via ficará com você e outra com a pesquisadora.

Caso queira qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, entrar em contato com:

- Pesquisadora principal: Rosemeire Grigio – Endereço: Avenida Padre Anchieta, 252 – apto 192 D – Jardim Santo André – Cep 09090-710. Telefone: Celular (11) 98346-5087. Endereço eletrônico: rosegriego2@gmail.com

Caso tenha dúvida ou alguma consideração ética sobre a pesquisa, entrar em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa Escola de Enfermagem USP - edipesq@usp.br Tel: (11) 30617548. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo/SP CEP 05403-000

- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464. Endereço eletrônico: smscep@gmail.com

Esta pesquisa atende todas as especificações da RESOLUÇÃO 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Eu _____, após ter sido suficientemente esclarecido(a) sobre o estudo e sobre a forma da minha participação; bem como: as garantias de sigilo e confidencialidade, de esclarecimentos permanentes sobre a pesquisa, a possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos de qualquer natureza, CONCORDO, voluntariamente, em participar.

São Paulo, _____, de _____, 2018.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

SISTÉCNICA
1. MACROPROCESSO: APOIO TÉCNICO ASSISTENCIAL

1.1 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das agendas dos profissionais <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do número de vagas ofertadas conforme diagnóstico situacional do território (agenda local e regulada) - Acompanhamento do número de vagas, absenteísmo, perda primária e origem do paciente - Avaliação do planejamento das visitas domiciliares conforme prioridade - Análise do atendimento da demanda espontânea, horas de reuniões e grupos - Análise do atendimento nos casos de urgências odontológicas, organização para atendimento com prioridades a partir da avaliação, classificação de risco e análise de vulnerabilidade
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do fluxo de acolhimento/ acolhimento com classificação de risco (ACCR), com direcionamento conforme classificação <u>AMA/ UBS INTEGRADA</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da escala de acolhimento - Avaliação do fluxo de acolhimento - Verificar a procedência da demanda (faz parte da área de abrangência do território?) - Avaliação o fluxo de acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade - Avaliação da estratégia adotada como forma de garantir o acesso <u>UBS</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do modelo da escala de acolhimento (Acolhimento pela equipe de referência do usuário ou Acolhimento pela equipe de acolhimento do dia) - Pontos a serem avaliados: <ul style="list-style-type: none"> • Como é realizado o acolhimento nessa unidade? • Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento? • Eles mudam em diferentes horários? • O que é ofertado no acolhimento? • Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana? • Qual o perfil da demanda espontânea? • Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de ouvidoria e demanda judicial <ul style="list-style-type: none"> - Orientação para que as demandas judiciais sejam encaminhadas ao setor de demanda técnica (email: demandas.tecnicas@spdm-pais.org.br) para análise e orientação
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da disponibilidade de medicamentos e insumos <ul style="list-style-type: none"> - Orientação quanto ao monitoramento e provisionamento da Gestão de Sistema em Saúde (GSS) - Orientação para que o gestor formalize junto a STS local a falta de materiais/insumos e comunique o Supervisor Técnico. - Avaliação quanto à disponibilidade de materiais impressos para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atendimento ao usuário

PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio ao processo de territorialização <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da necessidade de ampliação/reorganização das equipes existentes e/ou implantação de novas equipes - Orientação e acompanhamento do processo de territorialização, favorecendo o acesso aos usuários e a organização do serviço
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise da demanda reprimida na regulação local e da qualificação dos encaminhamentos <ul style="list-style-type: none"> - Orientação ao gestor para discutir com a equipe médica a avaliação da demanda e da oferta de exames/ consultas com especialistas
	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação ao gestor para analisar junto ao médico regulador as demandas e intensificar a utilização das redes de atenção à saúde (Equipe Multiprofissional, NASF, CER, CEO, CAPS, etc)
	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) <ul style="list-style-type: none"> - Participação em reunião de Rede; - Discussão sobre as articulações de Rede.
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da disponibilização das vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunização (PNI) <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o gestor a realizar o apontamento da falta de vacinas junto a STS/SUVIS e ao Supervisor Técnico
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do acesso dos profissionais aos protocolos do Programa Municipal de Saúde (PMS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se os profissionais estão utilizando os protocolos e diretrizes - Verificar a disponibilidade de todos protocolos e diretrizes atuais impressos e de fácil acesso
	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão das dificuldades para transferência de pacientes que necessitem de assistência de maior complexidade <ul style="list-style-type: none"> - Analisar a efetividade do fluxo de remoção em relação ao uso das ambulâncias de referência (AMA e STS). - Analisar as dificuldades na referência e contra referência do paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação das atividades desenvolvidas pelo Programa Saúde no Esporte
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das ações os usuários do tabaco
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras Atividades Relacionadas

1.2 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das metas de Produção <ul style="list-style-type: none"> - Verificar a atualização diária do SISPAM - Avaliar o cumprimento dos indicadores de produção - Avaliar os impactos para o não cumprimento das metas
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do indicador de sete consultas ou mais no atendimento a gestante - Analisar o relatório gerado do B.I. <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os impactos para o não cumprimento das metas - Avaliar o fluxo estabelecido para acompanhamento das consultas previstas no indicador e discutir adequações se necessário - Orientar o acompanhamento dos trimestres que serão avaliados
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do indicador de procedimentos realizados a gestante através do B.I. <ul style="list-style-type: none"> - Analisar o relatório gerado do B.I. - Avaliar os impactos para o não cumprimento das metas - Avaliar o fluxo estabelecido para acompanhamento das exames realizados previstas no indicador e discutir adequações se necessário - Orientar o acompanhamento dos trimestres que serão avaliados
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise da movimentação de gestantes maior que 45 dias - Analisar o relatório gerado do B.I. <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os impactos para o não cumprimento das metas. - Avaliar o fluxo estabelecido para acompanhamento das exames realizados previstas no indicador e discutir adequações se necessário; - Orientar o acompanhamento dos trimestres que serão avaliados
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do indicador de cobertura vacinal de crianças de 0 a 12 meses <ul style="list-style-type: none"> - Descrever no verso da ficha espelho, os contatos realizados para a atualização de faltosos e/ou a falta de vacinas, comprovando a busca ativa realizada pelos diversos profissionais
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do indicador de procedimentos em Saúde Bucal <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os impactos para o não cumprimento das metas
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do Indicador de Atendimento Individual em Saúde Bucal <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os impactos para o não cumprimento das metas
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do Indicador de Qualidade dos Prontuários <ul style="list-style-type: none"> - Verificar o fluxo de avaliação diária dos prontuários - Orientar a equipe médica quanto à adequação da legibilidade, carimbo e assinatura, CID ou hipótese diagnóstica e exame físico
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de ATA/Lista de Presença de reuniões com o Conselho Gestor <ul style="list-style-type: none"> - Verificar o registro em ATA e Lista de presença das reuniões - Caso não tenha ocorrido, avaliar o motivo e as ações realizadas para o cumprimento do indicador
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.3 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do SISTEMA – PAINEL DE ACOMPANHAMENTO DE METAS (SISPAM) - Verificar a atualização do SISPAM paralelo a inclusão no SIGA/BPA - Verificar a atualização diária do Sistema de SISPAM - Avaliar a produção dos indicadores de produção e de qualidade. - Avaliar a meta proporcional/ quantidade de profissionais cadastrados
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise da atualização dos Sistemas de Informação - Verificar a atualização do SIIA e comunicar o setor de recrutamento e seleção - Verificar o fluxo de digitação das fichas ESUS
	<ul style="list-style-type: none"> • Analisamos se a equipe médica realiza os Programas estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.4 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ATÉ 21 ANOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do acompanhamento de 0 a 5 anos conforme protocolo - Avaliar se há garantia de retorno em consulta - Avaliar o fluxo de busca ativa para faltosos
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da cobertura vacinal de 12 meses a 15 anos - Descrever no verso da ficha espelho, os contatos realizados para a atualização de faltosos e/ou a falta de vacinas, comprovando a busca ativa realizada pelos diversos profissional
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações desenvolvidas no Programa de Saúde da Escola (PSE) - Avaliar o vínculo da UBS com a escola - Avaliar a atuação da equipe de odonto nas escolas - Avaliar o fluxo e preenchimento da planilha de monitoramento das crianças
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do fluxo de investigação dos óbitos infantis ocorridos no território. - Avaliar se a unidade realiza discussão e notificação dos óbitos e ações para redução do índice de mortalidade infantil
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.5 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
MICROPROCESSO: COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da cobertura vacinal da gestante - Avaliar o fluxo de busca ativa para atualização vacinal
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações para a captação precoce das gestantes no 1º Trimestre Acompanhar o percentual de captação precoce através do relatório do B.I.
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do encerramento do Pré-Natal com consulta de Puerpério até 42 dias após o parto - Verificar o fluxo de visita/consulta de puerpério - Verificar o fluxo de digitação do encerramento do pré-natal
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do fluxo de investigação de óbitos maternos ocorridos no território - Avaliar ações para redução do índice de óbito materno - Avaliar as discussões das causas dos óbitos
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das ações de identificação precoce do câncer de mama e de colo uterino - Verificar se a unidade possui monitoramento da frequência de realização de Papanicolau de acordo com os resultados de citologia com alteração - Verificar o fluxo de busca ativa dos casos de citologia alterada
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das etapas do planejamento familiar que incluem Atividades Educativas, Aconselhamento e Consulta Clínica - Avaliar a efetivação ações de planejamento familiar, monitorando os encaminhamentos de acordo com o fluxo - Avaliar o fluxo de busca ativa para inclusão no planejamento familiar - Avaliar a oferta e efetivação das laqueaduras programadas na unidade
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas
1.6 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DO HOMEM	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações de Atenção Integral à Saúde do Homem - Avaliar as ações de rastreamento do CA de Próstata - Avaliar as oferta e efetivação das vasectomias programadas na unidade - Avaliar as ações de incentivo à participação do Homem no Pré-Natal
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas
1.7 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DO IDOSO	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações de Atenção Integral à Saúde do Idoso - Avaliar as ações de monitoramento da imunização preconizada ao Idoso - Avaliar as ações que visam identificar os Idosos em condições de Violência Doméstica/Vulnerabilidade - Avaliar as ações para acompanhamento em saúde mental ao Idoso
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.8 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações de Atenção Integral à Saúde do trabalhador <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as ações relacionadas à saúde do trabalhador na área de abrangência - Orientar o fluxo de atendimento/encaminhamento em caso de acidente de trabalho - Orientar fluxo de encaminhamento em caso de violência
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.9 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE BUCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do atendimento da demanda espontânea em Saúde Bucal <ul style="list-style-type: none"> - Discutir os motivos da procura pela demanda espontânea - Analisar o fluxo de atendimento/Acesso
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das ações educativas e prevenção de agravos <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o fluxo de ações educativas realizadas nas escolas, unidade ou território
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE BUCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das ações assistenciais previstas nos protocolos de encaminhamentos para as especialidades
	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do desenvolvimento das ações previstas na diretriz para a atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.10 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Notificações Compulsórias <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o fluxo de notificações, aconselhamento, diagnóstico e acompanhamento dos agravos de Notificação Compulsória - Avaliar as ações de vigilância realizadas de acordo com o diagnóstico e característica do território - Avaliar o fluxo de monitoramento das doenças em tratamento supervisionado e garantia de acesso à agenda - Avaliar as ações de promoção e prevenção para doenças sexualmente transmissíveis (DST)
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações de vigilância ambiental e sanitária <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e discutir as ações desenvolvidas pela Unidade/ Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) - Monitorar a realização de avaliação das salas e processos conforme orientação da vigilância sanitária
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.11 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o acompanhamento de portadores de deficiência e do acesso nas ações de promoção, prevenção e reabilitação - Avaliar o fluxo de orientação à pessoa portadora de deficiência, sobre direitos, tratamento e inserção no mercado de trabalho e rede de apoio
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.12 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação/Discussão da efetividade do Plano Terapêutico Singular (PTS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da efetividade do matriciamento - <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o cumprimento da escala proposta - Discutir sobre a participação dos profissionais
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da realização das intervenções assistenciais, visitas domiciliares e grupos terapêuticos <ul style="list-style-type: none"> - Participar nas discussões de casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de casos de Demandas Técnicas <ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre a devolutiva dos relatórios encaminhados para avaliação - Orientação quanto ao fluxo para demandas técnicas - Participação na discussão de demandas Judiciais
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades relacionadas

1.13 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações quanto ao uso correto, adesão e armazenamento de medicamentos e insumos
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da realização de notificações de reações adversas
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da efetivação do Programa Erro Zero
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da cobertura da farmácia pelos farmacêuticos e ou Técnico de farmácia
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras Atividades Relacionadas
1.14 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA VIOLÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar as ações realizadas pelo Núcleo Prevenção de Violência (NPV) - <ul style="list-style-type: none"> Participar de discussão de casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar as ações para a cultura de paz
	<ul style="list-style-type: none"> • Outras Atividades Relacionadas

1.15 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	• Análise da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)
	• Avaliação da realização Supervisão do Enfermeiro - Verificar a por meio do impresso padronizado pela Instituição - Verificar escala de trabalho - Avaliar a efetivação das Normas de Segurança do Pacientes
	• Outras atividades relacionadas

1.16 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA PROGRAMA AMBIENTES VERDES E SAUDÁVEIS (PAVS)	• Avaliação do desenvolvimento das ações socioambientais - Acompanhamento dos projetos de intervenção locais e regionais - Acompanhamento do projeto Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P)
	• Outras atividades relacionadas
1.17 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA NÚCLEO DE APOIO SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	• Avaliação das Ações do Núcleo de Apoio da Família - Avaliar a construção de projetos locais e regionais para intervenções de melhorias no atendimento ao usuário - Avaliar/Participar do fluxo de construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) - Avaliar o fluxo de matriciamento
	- Analisar as ações baseada no documento norteador
	- Analisar a produção da equipe multidisciplinar
	• Outras atividades relacionadas

2. MACROPROCESSO: APOIO TÉCNICO ESTRUTURAL

2.1 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
AMBIÊNCIA/ EQUIPAMENTOS	• Verificação e orientação dos encaminhamentos dos serviços de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais
	• Análise junto ao setor responsável das necessidades de melhorias estruturais do serviço - Participar na avaliação e proposta da planta física para implantação ou reforma de serviço
	• Acompanhamento da conferência e atualização do patrimônio
	• Discussão junto à gestão local sobre a necessidade de aquisição de novos equipamentos
	• Outras Atividades Relacionadas

3. MACROPROCESSO: PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

MICROPROCESSO:	
AÇÕES ADMINISTRATIVAS TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação/ Avaliação do cumprimento das normas, rotinas, fluxos e processos administrativos <ul style="list-style-type: none"> - Orientar da conferência de prazos de envio dos ofícios relacionados a movimentações administrativas diversas - Orientar o fluxo nas situações de funcionários que pretendem alterar turno de trabalho - Orientar do fluxo de informações na presença de imprensa nas unidades - Orientar dos riscos que envolvem o Assédio Moral e os cuidados durante a abordagem aos funcionários - Participar da definição e análise de competência por cargo/função - Avaliar a prestação de serviços/terceiros junto à instituição - Avaliar o histórico e da atuação/desempenho dos profissionais e suas atribuições - Analisar a solicitação e acompanhamento de medidas disciplinares • Participação do processo demissional • Participação do processo seletivo • Participação de processo trabalhista • Outras atividades relacionadas

3.2 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
AÇÕES ADMINISTRATIVAS INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades técnicas administrativa <ul style="list-style-type: none"> - Demandas de e-mail - Contatos com as unidades - Atualização de histórico de gerentes - Discussão pontual com a gerente técnica - Análise e assinatura de documentos - Discussão de demanda pontual com outros setores

3.3 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
REUNIÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da reunião Geral Institucional • Participação da reunião Técnica Assistencial • Participação em reunião com Gerente Médico/Supervisor Médico • Participação em reunião com os Diretores dos Hospitais Municipais • Participação em reunião com a Autarquia Hospitalar Municipal • Participação em reunião com Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) • Participação em reunião com Secretaria Municipal de Saúde (SMS) • Participação em reunião com Supervisão Local (STS) • Participação em reunião em Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) • Participação em reunião de Saúde Mental • Participação em reunião com Gestores

REUNIÕES	• Participação em reunião de Comissão
	• Participação em reunião com o Conselho Gestor
	• Participação em outras reuniões

3.4 MICROPROCESSO:	ATIVIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de Relatórios. <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar planejamento/relatório de Atividades - Elaborar Relatórios de Deslocamento - Elaborar Relatórios das Comissões Técnicas - Elaborar de relatórios de justificativas técnicas assistenciais para o Conselho de Acompanhamento (CONAC) ou a Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)
RELATÓRIOS/ APRIMORAMENTO	• Elaboração de apresentação
	• Participação em Cursos
	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades técnicas administrativa - Demandas de e-mail. <ul style="list-style-type: none"> - Contatos com as unidades. - Atualização de histórico de gerentes. - Discussão pontual com a gerente técnica. - Análise e assinatura de documentos. - Discussão de demanda pontual com outros setores.
	• Realizamos estudo científico assistencial sobre temas pertinentes a atuação do Supervisor Médico
	• Outras atividades relacionadas

PARECER COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção do perfil de competências do Supervisor Técnico para o desenvolvimento das ações em Redes de Atenção à Saúde

Pesquisador: ROSEMEIRE GRIGIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91890918.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.158

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Construção do perfil de competências do Supervisor Técnico para o desenvolvimento das ações em Redes de Atenção à Saúde", é voltado para o estudo das Competências relacionadas ao Conhecimento, habilidade e atitudes para o desempenho da função do Supervisor Técnico. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizará o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo, ao desenvolver e resgatar as Representações Sociais, articula as dimensões individual e coletiva das representações de determinado fenômeno ou objeto de estudo.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo Primário é Construir o perfil de competências profissionais do Supervisor Técnico para o exercício laboral em Redes de Atenção à Saúde, na perspectiva de supervisores e gestores;
O Objetivo Secundário é Analisar o perfil construído, comparando-o as atividades descritas no SISTECNICA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, os Riscos são relacionados ao "Desgaste físico emocional dos entrevistados, quando da longa duração da entrevista."

Quanto aos Benefícios, são "Reconhecer e definir as competências necessárias para que o

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.759.158

Supervisor Técnico possa atuar, efetivamente, no apoio à implantação, desenvolvimento e integração de Redes de Atenção a Saúde; Sistematizar e padronizar as atividades realizadas pelos Supervisores Técnicos, a partir da utilização do SISTECNICA que foi estruturado nos processos descritos no PMAQ-AB; Possibilitar o desenvolvimento das competências destes profissionais, a partir do reconhecimento destas competências, utilizando as estratégias da Formação Permanente em Serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância para reconhecer e definir as competências dos profissionais das Redes de Atenção, bem como melhorar o serviço. A pesquisa, será realizada dentro do Programa de Mestrado em Gerenciamento em Enfermagem - Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde do(a) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O cronograma apresentado pela pesquisadora é exequível para a sua finalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

O TCLE está compatível com as exigências da Resolução CNS 466/12

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, nem inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	20/06/2018		Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.759.158

Básicas do Projeto	ETO_1161279.pdf	15:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2018 15:45:40	ROSEMEIRE GRIGIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	20/06/2018 15:44:46	ROSEMEIRE GRIGIO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_PB.pdf	19/06/2018 17:15:16	ROSEMEIRE GRIGIO	Aceito
Outros	DOCEQ.pdf	19/06/2018 08:05:01	ROSEMEIRE GRIGIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br