



COMPETÊNCIAS DO GESTOR EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Jhony Marcelo Bogado Gabardo¹, Ricardo Cezar Herek², Vinícius Cassu Queiroz³, Ely Mitie Massuda⁴, Marcelo Picinin Bernuci⁵

¹ Acadêmico do Curso de Medicina, UNICESUMAR-Maringá-PR. Bolsista PIBIC-/NPq-UniCesumar.
jhony0022@gmail.com

^{2,3} Acadêmico do Curso de Medicina, UNICESUMAR

⁴ Orientadora, Doutora, Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e do Programa de Mestrado em Gestão do Conhecimento nas Organizações, UNICESUMAR

⁵ coorientador, Doutor, Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, UNICESUMAR

RESUMO

Este trabalho analisou como a temática competência profissional dos gestores de serviços de saúde, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido abordada na literatura brasileira no período de 2011 a 2014, por meio de revisão sistemática de literatura apoiada na metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Realizou-se pesquisa eletrônica na base de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS). Também foram analisadas todas as edições da Revista de Administração em Saúde (RAS) e na Revista de Administração de Empresa (RAE) de 2011 a 2015. Os resultados mostram os principais tipos de pesquisa adotados, as categorias de profissionais responsáveis por sua autoria e as competências necessárias ao âmbito da gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Administração em saúde; Gestão em Saúde; Gestor de saúde; sistema único de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Um gestor de saúde, além de administrador, exerce um cargo social importante, que depende de técnica, política e é a autoridade sanitária de fato, indicado pelo chefe do Executivo, de acordo com CONASS (2007), tendo que exercer suas funções em um certo período de gestão política. Sob sua responsabilidade estão qualidade e demanda do atendimento ao público, infraestrutura interna e externa, processos burocráticos, controle dos profissionais e prestadores de serviços, adequação da situação com o plano governamental, adequação ao PPA – Plano Plurianual.

Ser Gestor de Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS compreende a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde em meio a uma rede de sistemas, seguindo uma das diretrizes fundamentais da reforma sanitária: A descentralização de ações e serviços, de acordo com SILVA (2013). Essas competências e a avaliação da responsabilidade do Gestor será tratada no presente trabalho.

2 METODOLOGIA

A metodologia para o estudo utilizada foi a revisão sistemática de literatura, seguindo a recomendação de protocolo PRISMA (*Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses*), disponível no site <http://www.prismastatement.org/PRISMAStatement/default.aspx> e corroborado por várias



revistas de notório reconhecimento pela comunidade científica, tais como: *International Journal of Surgery*, *PLoS Medicine*, *Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *Journal of Clinical Epidemiology* entre outras.

Em relação aos meios de investigação, o presente trabalho é um estudo bibliográfico da produção científica brasileira sobre competências profissionais dos gestores de saúde disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Revista de Administração de Empresas – RAE e Revista de Administração em Saúde – RAS. Foram analisadas todas as edições da RAE e RAS de 2011 a 2015 enquanto que na BVS foram utilizados os artigos compreendidos pelos descritores “gestor de saúde” e “gestão em saúde” com a última busca efetuada em 21/12/2015.

A Biblioteca Virtual em Saúde – BVS foi escolhida por ser uma rede de livre acesso e um espaço de informação científica integrada na América Latina e Caribe. A RAS foi escolhida por se tratar de um programa de adesão voluntária, abrangendo a administração especificamente nos serviços de saúde. Já a RAE foi escolhida pelo fato de ser a primeira revista científica brasileira na área de administração e se consolidou no meio acadêmico-científico brasileiro com avaliação QUALIS/CAPES A2 na área.

Foi desenvolvido um protocolo para manejar o grande número de estudos inicialmente identificados: primeiramente analisaram-se os títulos e resumos de todos os trabalhos selecionados, os estudos cujos títulos ou resumos mencionassem as atividades do gestor de saúde foram obtidos e analisados na íntegra. Os estudos avaliados para elegibilidade tiveram suas listas de referência bibliográfica revisadas, na busca de outros estudos de importância. Esta estratégia foi aplicada de forma independente pelo autor e revisada seguidamente pelos orientadores, com correção de possíveis erros.

3 RESULTADOS

A busca eletrônica na BVS resultou na identificação de 201 estudos, sendo que 111 foram rastreados e tiveram seus títulos e resumos analisados. Destes, após eliminar duplicados, 10 estudos foram selecionados e analisados na íntegra sendo 1 excluído. As publicações encontradas na RAE e RAS através da análise de suas edições foram, respectivamente, de 8 e 21 artigos. Do periódico RAS 7 artigos foram excluídos. Foi realizado o levantamento da titulação e principal atuação de cada autor/autores com base no exposto em suas respectivas pesquisas e em seu currículo Lattes, disponível online na plataforma Lattes do CNPq. Quando em discordância de titulação priorizou-se a mais recente. Dos 31 estudos incluídos, o número total de autores somou 72, dos quais a maioria 56,9% dos autores são doutores, 19,4% mestres, 12,5% especialista e 11,1 graduados.

4 DISCUSSÃO

A elevação dos gastos em saúde é uma tendência mundial em razão da mudança do perfil epidemiológico que passou de um quadro de prevalência de doenças infecto contagiosas para doenças degenerativas-crônicas e, concomitantemente, o aumento da perspectiva de vida (DALLORA e FORSTER, 2013).

A principal competência inerente ao Gestor de Saúde é a capacidade de diminuir os custos, sem diminuir a qualidade do serviço prestado (DALLORA e FORSTER, 2013; NETO, 2011; FIGUEIREDO e D'INNOCENZO, 2013; BONFIM V, BONFIM I, SANTOS, 2011). “Diminuir custos em hospitais é uma tarefa delicada pela própria natureza dos



serviços prestados” (DALLORA; FORSTER; 2013, p.47). “Se não existe uma cultura de medir custos e resultados o discurso da eficiência é vazio” (DALLORA; FORSTER; 2013, p.47).

De acordo com BONFIM, trabalhar com a saúde requer considerações além da capacidade técnica, ética e respeito do profissional, incluindo o comportamento organizacional e o paciente (BONFIM, 2013; p.130). Para COSTA (2014; p.135) “é imprescindível um olhar profissional sobre as incidências de conflitos nas organizações, pois estudos revelam que o gerente de nível médio prioriza cerca de 20% de seu tempo para lidar com conflitos”. Segundo CABRERA (2002), citado por COSTA et al. (2014; p.135) “a dimensão pessoal foi tão supervalorizada que se tornou mais relevante do que a dimensão padronizada de cargo”; o que demonstra a importância do gerenciamento de fatores pessoais pelo Gestor de Saúde capazes de influenciar a atuação dos profissionais dentro das corporações (FIGUEIREDO e D’INNOCENZO, 2013; COSTA, 2014).

Para Mesquita et al (2013) o Gestor de Saúde tem por função se mostrar líder e valorizar sua equipe, na busca pela qualidade do serviço. A gestão de conflitos é considerada mais importante do que a tomada de decisão, liderança ou habilidades de comunicação (COSTA; 2014). “Gerenciar conflitos no século XXI compreende habilidade competitiva que pode agregar um diferencial à organização, sobretudo em tempos nos quais se evidencia que as corporações dependem de pessoas e de suas inter-relações” (COSTA; 2014; p.135).

É fundamental fortalecer o Gestor de Saúde, bem como toda sua equipe, através da educação contínua e capacitação permanente, pois só assim os profissionais terão segurança e senso crítico, dando-lhes mais eficácia e garantirão os resultados previstos (FIGUEIREDO, D’INNOCENZO, 2013). Para Ângelo (2011) quem faz a qualidade de fato não é a alta direção, são os demais escalões e o grande fator de sucesso, para isso, é a liderança assumir a responsabilidade.

Unidades ou sistemas de saúde bem administrados tem uma melhor qualidade de serviços ao cliente, o que fortalece sua credibilidade e imagem na sociedade e órgãos financiadores. O gestor deve mostrar que a qualidade no cuidado é prioridade institucional, assim como a necessidade do desempenho medido por metas e indicadores financeiros. A resistência ao controle de finanças na saúde deve ser superada.

O cenário atual aponta como principal dificultador o acúmulo de atividades do gestor no serviço de saúde, seguido pela falta de conhecimento teórico, prático e da resistência as mudanças organizacionais (FIGUEREDO; D’INNOCENZO, 2011). Diversas camadas sociais exercem pressões sobre esse profissional sejam elas econômicas, políticas ou humanitárias, encontrar um ponto de conciliação entre elas para aplicar um plano de ação nem sempre é fácil ou possível (NETO, 2011).

5 CONCLUSÃO

Obteve-se 31 estudos envolvendo as competências do GS mesmo no curto período de tempo analisado, em resposta ao seu grande número de funções. Observou-se aumento do número de publicações em relação a década anterior, como expressado na análise das referências dos trabalhos estudados. Os estudos retrospectivos tiveram grande parcela nas pesquisas inclusas e, destes, só se analisou a discussão e conclusão de acordo com a metodologia proposta. Caracterizando sua principal limitação. Bem como o limitado número de fontes, apenas 3 (BVS, RAS, RAE).

Conclui-se que o aumento de custos em saúde em razão da transição demográfica e mudanças no perfil epidemiológico da população assim como da relação entre



pacientes e profissionais da saúde, tornam o papel do gestor de saúde de alta importância no sistema de saúde brasileiro. Apesar da necessidade de conhecimentos técnicos e do prolongamento do serviço ao longo do tempo para avaliação das mudanças, os gestores muitas vezes são nomeados pelos interesses de cunho político, que somados ao grande número de funções desse profissional acabam diminuindo a eficiência na evolução do sistema.

REFERÊNCIAS

ANGELO M. **Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores.** RAS. 2011;13(52).):29-36.

BONFIM R. **A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho.** RAS. 2014;15(60).

BOMFIM V, BOMFIM I, SANTOS E. **Indicadores Hospitalares e as Organizações Sociais.** RAS. 2011;13(52):45-52.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

CABRERA LCQ. **Visões tradicionais e modernas de empresa, trabalho e pessoas.** In: Zaima G, Boog M (orgs.). **Manual de gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências.** 5. ed. São Paulo: Conti; 2002.

COSTA J, SOUSA S, FEITOSA F, FEITOSA M, ASSIS E, PATRÍCIA PEIXOTO C. **Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde.** RAS. 2014;15(61).

DALLORA M, FORSTER A. **Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino.** RAS. 2013;15(59).

FIGUEIREDO M, D'INNOCENZO M. **Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos.** RAS. 2011;13(50).

NETO A. **Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica.** RAS. 2011;13(50).

SILVA Y. ROQUETE F. **Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011.** RAS. 2013;15(58).