

COMPETÊNCIAS DO GESTOR EM SERVIÇOS DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

MANAGER SKILLS IN HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW

JHONY MARCELO BOGADO GABARDO¹, RICARDO CEZAR HEREK¹, MARCELO PICININ BERNUCI², ADRIANO ROGÉRIO GOEDERT³, ELY MITIE MASSUDA^{4*}

1. Acadêmicos do curso de graduação de Medicina do Centro Universitário de Maringá; 2. Professor Doutor, Pesquisador do ICETI, Docente do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde; 3. Professor Doutor, coordenador do Curso de Administração na FAE – Curitiba; 4. Professora Doutora, Pesquisadora do ICETI, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Programa de Pós-Graduação em Gestão do Conhecimento nas Organizações.

* Av, Américo Belay, 1103/66, Jardim Imperial, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87025-210. elymitie.m@gmail.com

Recebido em 14/04/2017. Aceito para publicação em 10/06/2017

RESUMO

O objetivo da presente revisão sistemática de literatura consistiu em analisar as publicações que abordaram a temática competência profissional dos gestores de serviços de saúde. A revisão exploratória da literatura foi conduzida de acordo com a metodologia de revisão sistemática PRISMA. A pesquisa bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nos portais da Revista de Administração de Empresas e da Revista de Administração em Saúde, com termos de pesquisa relevantes (gestor de saúde e gestão em saúde) para identificar artigos publicados entre os anos de 2011 e 2014. Foram analisados 31 dos 230 artigos científicos inicialmente levantados sobre o tema em português. Os resultados encontrados apontaram que as competências do gestor de saúde estendem-se desde a gestão de custos até a gestão de conflitos, incluindo a habilidade de conciliar interesses das partes envolvidas nos processos e decisão em contexto de constante mudança. Ao gestor de saúde pública cabe o cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde respeitados os papéis cabíveis às esferas municipal, estadual e federal.

PALAVRAS-CHAVE: Gestor de saúde, gestão em saúde, serviços em saúde.

ABSTRACT

The objective of this systematic review consisted of analyzing the publications that addressed the thematic: professional competence of health service managers, from 2011 to 2014. The exploratory review of the literature was conducted according to the systematic review methodology PRISMA. The bibliographic research was carried out in the Virtual Health Library, in the portals of the Journal of Business Administration and the Journal of Health Administration, with relevant research terms (health manager and health management) to identify articles published between the years 2011 and 2014. We analyzed 31 of the 230 scientific articles initially raised on the topic in Portuguese. The results found that the competencies of the health manager extend from cost management to conflict management, including the ability to reconcile interests of the parties involved in the processes and decision in a context of constant change. The public health manager is responsible for compliance, formulation and

restructuring of health policies respecting the roles applicable to the municipal, state and federal spheres.

KEYWORDS: Health management; health manager, health services.

1. INTRODUÇÃO

O gestor de saúde (GS) destaca-se pela responsabilidade de executar a política pública de saúde, e por este motivo assume um papel decisivo no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cenário, o GS tem um cargo social importante, dependente tanto de técnica, como de política, sendo a autoridade sanitária de fato e indicado pelo chefe do executivo. Exerce suas funções em certo período de gestão política, sendo guiado tanto pela reforma sanitária e os planejamentos já vigentes, como pelos novos interesses públicos representados pelos partidos eleitos (BRASIL, 2007).

Atualmente, o conceito de competência e a sua apropriação no espaço organizacional é um dos temas mais debatidos tanto no meio acadêmico como no empresarial, nas esferas públicas ou privadas, e tal discussão advém, dentre outros fatores, da necessidade de profissionais competentes para realizar as atividades do dia a dia em suas funções (ZAGO; DIDIER, 2013; ROCHA *et al.*, 2014; HERNÁNDEZ *et al.*, 2014; SANT'ANA *et al.*, 2016). O conceito de competência não é recente, apenas sofre alterações no decorrer do tempo, tendo sido reavaliado e revalorizado, em função da situação econômica, das transformações nas características do mercado de trabalho, do processo de globalização e de modificações das organizações (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007; LIMA *et al.*, 2015).

De fato, as instituições de saúde, governamentais ou não, encontram-se sob pressões comerciais, políticas, sociais e humanitárias para que melhorem continuamente seus padrões de produção e segurança (NETO, 2011; SCHIESARI, 2014). Dessa forma, ao gestor de saúde incumbe acompanhar as mudanças globais, adaptando as instituições para fazer face às transformações em curso. Nessa perspectiva do aumento das pressões comerciais e sociais nas instituições de

saúde bem como da constatação do papel decisivo do GS no manejo das ações de implementação das políticas públicas de saúde, os resultados de estudos direcionados a avaliar as competências do GS foi revisado sistematicamente no presente estudo, a fim de esclarecer as possíveis implicações de suas atribuições no fortalecimento e consolidação do SUS.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para elaboração desta revisão sistemática foi utilizada a metodologia recomendada pelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses) para o desenvolvimento de revisões sistemáticas e metanálises (MOHER *et al.*, 2009; SAMPAIO; MANCINI, 2007).

A pesquisa bibliográfica foi conduzida nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Revista de Administração de Empresas (RAE) e na Revista de Administração em Saúde (RAS), na língua portuguesa. Realizou-se a análise de todas as edições da RAE e RAS de 2011 a 2015. Os descritores utilizados foram: "gestor de saúde" e "gestão em saúde" com a última busca em 21/12/2015.

A escolha do Portal Regional da BVS se justificou por ser uma rede de livre acesso e um espaço de integração da informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe. A RAS foi escolhida por ser um programa de adesão voluntária, que abrange a administração especificamente nos serviços de saúde, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. A seleção da RAE se deve ao fato de ser a primeira revista científica brasileira na área de administração, que se consolidou no meio acadêmico-científico com 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 identificados, 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 a seguir revisada pelo orientador, com os possíveis erros encontrados e corrigidos.

Os critérios de inclusão consistiram em estudo abordando as competências profissionais do gestor de saúde brasileiro no período de 2011 a 2014, em texto completo. Os critérios de exclusão, em estudos sobre gestor não abordando suas competências gerais, fora do período supracitado, em texto parcial ou resumo ou não traduzido para o português.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 as publicações duplicadas, 10 estudos foram selecionados e analisados na íntegra sendo um excluído por não atender aos critérios de inclusão. A Tabela 1 apresenta as características e motivo da exclusão de artigos.

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 as publicações duplicadas, 10 estudos foram selecionados e analisados na íntegra sendo um excluído por não atender aos critérios de inclusão. A Tabela 1 apresenta as características e motivo da exclusão de artigos.

Tabela 1. Características e motivo de exclusão dos artigos selecionados.

Autores	Base dados	Tipo estudo	Motivo exclusão
Mota & Cornetta	RAS	Longitudinal	Não aborda GS
Ferreira et al.	RAS	Qualitativo	Não aborda GS
Silva & Juliani	RAS	Quantitativo	Não aborda GS
Brasil et al.	RAS	Qualitativo	Não aborda GS
Demarchi	RAS	Descritivo-qualitativo	Não aborda GS
Françolim et al.	RAS	Exploratório-descritivo	Não aborda GS
Oliveira	BVS	Qualitativo	Não aborda GS
Ângelo et al.	RAS	Qualitativo	Não aborda GS

As publicações encontradas na RAE e RAS foram, respectivamente, de oito e 21 artigos. Do periódico RAS, sete artigos foram excluídos por não apresentarem abordagem vinculada a presente proposta. No total, considerando-se também os artigos da BVS, 31 estudos foram incluídos, conforme Figura 1.

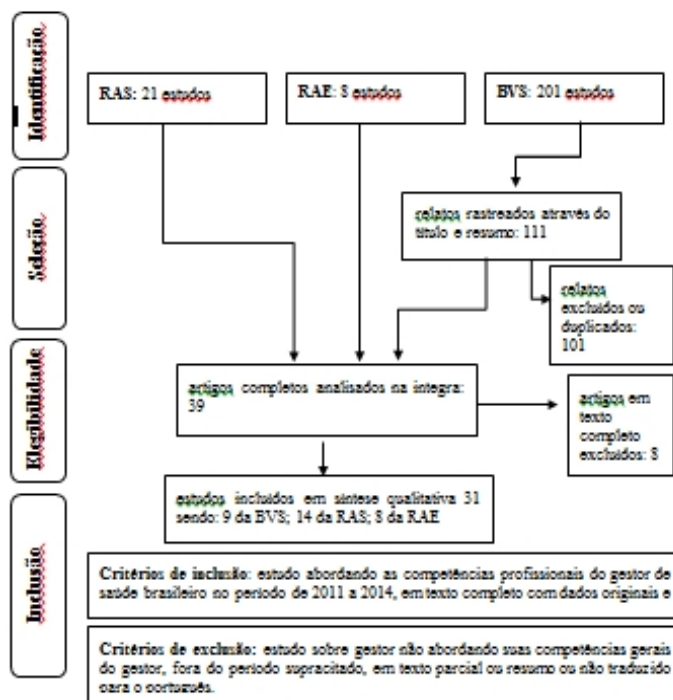


Figura 1. Representação esquemática do método de busca e dos resultados obtidos: estudos excluídos e incluídos, segundo método PRISMA.

Tabela 2. Características dos estudos incluídos.

Autores	Ano	Metodologia	Características dos estudos incluídos segundo o tipo de estudo.
Mori; Oliveira	2014	BVS Qualitativo	Apoio institucional e cogestão
Santos; Carvalho	2013	BVS Livro texto	Novos Marcos Legais do SUS
André <i>et al.</i>	2013	BVS Retrospectivo	Tendências de gerenciamento
Romero & Delduque	2013	BVS Descritivo-analítico	Responsabilidade sanitária
Silva	2011	BVS Qualitativo	Gestão do SUS na Amazônia ocidental
Patrício	2011	BVS Qualitativo	Visão dos gestores para sua capacitação
Diniz	2011	BVS Qualitativo	Gestão em saúde
Berreta <i>et al.</i>	2011	BVS Metodológico	Modelo de avaliação da gestão do SUS
Maia Júnior	2011	BVS Revisão literatura	O SUS visto pela ponta da corda
Vale	2014	RAE Qualitativo	Empreendedorismo e marginalidade
Vignochi <i>et al.</i>	2014	RAE Aplicada Qualitativa	Gestores e indicadores de desempenho
Sobral & Mansur	2013	RAE Revisão sistemática	Comportamento organizacional
Mascarenhas & Barbosa	2013	RAE Qualitativo	Gestão de pessoas
Motta	2013	RAE Qualitativo	O estado da arte da gestão pública
Cherman & Pinto	2013	RAE Qualitativo	Valoração do conhecimento
Cunha <i>et al.</i>	2012	RAE Estudo de campo	Avaliação de desempenho organizacional
Aguiar <i>et al.</i>	2012	RAE Estudo de campo	Incentivos e práticas gerencial
Bomfim	2014	RAS Quantitativo-Qualitativo	Satisfação dos profissionais de saúde
Costa <i>et al.</i>	2014	RAS Estudo de caso	Gestão de conflitos em UBS
Silva & Roquete	2013	RAS Descritivo	Competências do gestor
Dallora & Foster	2013	RAS Estudo de caso	Gerenciamento de custo em hospital
Mesquita <i>et al.</i>	2013	RAS Exploratório-descritivo	Satisfação profissional do gerente da ESF
Souza <i>et al.</i>	2012	RAS Quantitativo	Sistema de informação na gestão hospitalar
Neto	2011	RAS Qualitativo	Riscos assistências hospitalares
Alencar <i>et al.</i>	2011	RAS Bibliográfico	Programa seis sigmas na gestão hospitalar
Figueredo & D'Innocenzo	2011	RAS Exploratório-descritivo	Dificuldades na gestão de processos
Angelo	2011	RAS Estudo de caso	Modelo de qualidade: visão dos gestores
Yashiro <i>et al.</i>	2011	RAS Análise qualitativa	Implantação de modelo de gestão
Bonfim <i>et al.</i>	2011	RAS Transversal	Indicadores hospitalares
Silva <i>et al.</i>	2011	RAS Bibliográfico	Gestão de informação em saúde

sintética e as características dos estudos incluídos segundo o tipo de estudo.

Conforme Dallora e Forster (2013, p.47), ao se planejar, busca-se a mais acertada alternativa para o futuro, e os dados passados, presentes e expectativas futuras fornecem as bases para as decisões. Ainda de acordo com os autores, 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. Portanto, o papel dos gestores torna-se essencial (DALLORA; FORSTER; 2013, p.47).

A principal habilidade necessária ao GS é a capacidade de diminuir os custos sem diminuir a qualidade do serviço prestado (NETO, 2011; FIGUEIREDO e D'INNOCENZO, 2011; BONFIM, BONFIM, SANTOS, 2011). No entanto, para isso, Dallora e Foster (2013, p.47) destacam que "diminuir custos em hospitais é uma tarefa delicada pela própria natureza dos serviços prestados e [...] se não existe uma cultura de medir resultados o discurso da eficiência é vazio". Para Yashiro *et al.* (2011), a gestão pode melhorar a eficiência técnica, pois reduz gastos ou evita desperdícios e serve como elo entre economia e medicina.

Silva e Roquete (2013) dividem as competências do GS no conhecimento, habilidade e atitude, de acordo com a situação e contexto, que fazem parte da tríade: saber, saber-fazer e saber agir. Para Vignochi, Gonçalo e Lezana (2013), a competência do gestor está associada à capacidade de ligação entre a informação, o conhecimento do tema, a estratégia a ser formulada e o grau de confiança das evidências para a tomada de decisões. Motta (2013) acrescenta que o GS deve ter a capacidade de visão planetária onde as mudanças ocorrem a todo momento e, a partir dessas

variedade na sua classificação e metodologia, observando-se número importante de estudos retrospectivos como revisões e estudos bibliográficos, bem como de estudos qualitativos (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a base de dados, a definição

mudanças, ter habilidade de definir um novo horizonte. André, Trench e Santelleli (2013, p.159) afirmam que "Competência é a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles".

No SUS a competência do GS está ligada ao cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde, como decretado na Reforma Sanitária (MAIA JUNIOR, 2014; SANTOS; CARVALHO, 2013). Segundo Romero e Delduque (2013), no SUS, ao gestor cabe garantir a cooperação e controle mútuo entre União, Estados e Municípios (ROMERO, DELDUQUE, 2013). Segundo Angelo (2011), o gestor tem por meta cumprir o plano instalado e implantar novos modelos de qualidade, satisfazendo os clientes e melhorando a imagem da instituição.

Trabalhar com a saúde requer considerações além da capacidade técnica e profissional, como estabelecer uma boa relação com o paciente e os colaboradores (BONFIM, 2013). Para Costa (2014) o olhar profissional sobre conflitos existentes torna-se importante, pois estudos indicam que o gerente de nível médio dispensa cerca 20% de seu tempo para tratar de conflitos. A afirmação demonstra a importância do gerenciamento de fatores pessoais pelo GS (FIGUEIREDO e D'INNOCENZO, 2011; COSTA, 2014).

Em atual contexto, a diversidade não é vista como um fator negativo, dado que estimula a criatividade e os conflitos, em certos momentos, são incentivados por se tornarem “construtivos e inovadores” (COSTA; 2014; p.135). A gestão de conflitos é considerada mais importante do que a tomada de decisão, liderança ou habilidades de comunicação (COSTA; 2014). O GS tem por função se mostrar líder e valorizar sua equipe (MESQUITA *et al.*, 2013).

Para Angelo (2011) cabe ao gestor reconhecer os processos gerenciais, aprimorar as práticas e procedimentos, facilitar o fluxo de informações e comunicação interna. O profissional da saúde deve se identificar e reconstruir sua identidade no ambiente organizacional para valoração de seu conhecimento e de si mesmo, (CHERMAN, ROCHA-PINTO, 2013). Este cargo de articulador da saúde e de seus processos vincula-se à gestão de pessoas e a todos os aspectos que essa relação envolve (MASCARENHAS, BARBOSA, 2013).

O bom relacionamento da equipe de saúde e sua satisfação profissional é fator decisivo para excelência do serviço, a boa articulação desses fatores é competência social e técnica do GS (BONFIM, 2013; BONFIM, 2014; COSTA, 2014; MESQUITA *et al.*, 2013).

A competência no manejo de toda a rede é difícil de ser alcançada, pois falhas ocorrem e devem ser esperadas mesmo nas melhores organizações, além de que o ambiente de trabalho em saúde é propenso a imperfeições que se associam a outras debilidades e se revelam no dano ao paciente (NETO; 2011). Quando os gestores modificam suas reações as falhas e incidentes procurando saber “o que aconteceu” ao invés de “quem cometeu a falha ou incidente”, aumenta-se a cultura organizacional (NETO; 2011). Para Silva, Caetano e Curado (2011) e Diniz (2011) cabe à gerência e ao GS otimizar o sistema de informações físicas e eletrônica,

levando a informação para onde é necessária quando é necessária.

Os principais fatores que dificultam o trabalho do gestor no serviço de saúde são o acúmulo de atividades, seguido pela falta de conhecimento teórico, prático e da resistência às mudanças organizacionais (FIGUEREDO; D'INNOCENZO; 2011; SOUZA *et al.*, 2012; FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2011).

Conforme Neto (2011) diversas camadas sociais exercem pressões sobre esse profissional elas econômicas, políticas ou humanitárias e encontrar um ponto de conciliação entre elas para aplicar um plano de ação nem sempre é fácil ou possível. Associa-se ao cenário, o fato de muitos gestores serem recrutados de áreas operacionais e de áreas técnicas específicas, mas “não significa que gostem ou foram treinados para isso, dificultando o alcance dos reais conhecimentos e competências inerentes ao cargo” (DALLORA; FORSTER; 2013, p.50).

Mas, de acordo com Figueredo e D'Innocenzo (2013), é fundamental fortalecer o GS, bem como toda sua equipe, por meio da educação contínua e capacitação permanente. Para Aguiar *et al.* (2012), Berretta, Lacerda e Calvo (2011) o gestor deve ser avaliado através de dados temporais concretos, para avaliar sua capacidade de controle do sistema e presumir sua competência na gestão. Angelo (2011) complementa que quem faz a qualidade de fato não é a alta direção, mas os demais escalões.

5. CONCLUSÃO

A RAS concentrou o maior volume de publicações sobre o tema, seguido da BVS e da RAS. Verificaram-se maior número de publicações em 2013 e 2011, considerando-se o período de 2011 a 2014. Quanto ao método, observou-se que estudos retrospectivos como revisões e estudos bibliográficos, bem como de estudos qualitativos se destacaram.

As competências do gestor de saúde são abrangentes, estendendo-se desde a gestão de custos garantindo a qualidade dos serviços prestados até a gestão de conflitos, percorrendo âmbitos como a habilidade de reunir conhecimentos e informações conciliando interesses das partes envolvidas nos processos de mudança constante decorrentes do processo de globalização e consequentes transformações nas organizações. No contexto da saúde, as competências do gestor ampliam-se na medida em que precisam também considerar a relação profissionais da saúde e pacientes. Muitas vezes, o gestor não é preparado para assumir o papel na área da saúde que apresenta características que lhe são peculiares. Ao gestor público em saúde, destaca-se a necessidade de priorização do cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde respeitados os papéis cabíveis às esferas municipal, estadual e federal.

6. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem CNPq e ao ICETI – Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação.

7. REFERÊNCIAS

- [01] AGUIAR A.; TEIXEIRA A.; NOSSA V, GONZAGA R. Associação entre sistema de incentivos gerenciais e práticas de contabilidade gerencial. *RAE*. v.52, n.1, p.40-54, 2012.
- [02] ALENCAR I.; MACHADO A.; MARTINS A. Programa Seis Sigma: estratégia para melhoria da gestão hospitalar. *RAS*. v.13, n.50, p.39-44, 2011.
- [03] ANDRÉ A.; TRENCH, M. H. C.; SANTELLELI, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saúde Pública*, v.47, n.1, p.158-63. 2013.
- [04] ANGELO M. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. *RAS*, v.13, n.52. p. 20129-36. 2011.
- [05] BERRETTA I.; LACERDA J.; CALVO M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v.27, n.11, p.2143-54, 2011.
- [06] BOMFIM R. A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. *RAS*. v.15, n.60, p.127-32, 2013
- [07] BOMFIM V.; BOMFIM I.; SANTOS E. Indicadores Hospitalares e as Organizações Sociais. *RAS*. v.13, n.52, p.45-52, 2011.
- [08] BONFIM R. A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. *RAS*. v.15, n.60, p.127-32, 2014.
- [09] BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
- [10] CABRERA L.C.Q. 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.
- [11] CHERMAN A. E.; ROCHA-PINTO S. Valoração do conhecimento: significação e identidade na ação organizacional. *RAE*, v.53, n.142-155, 2012.
- [12] COSTA J.; SOUSA S.; FEITOSA F.; FEITOSA M.; ASSIS E.; PEIXOTO, C. P. Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde. *RAS*, v.15, n.61, 2014.
- [13] CUNHA J.; CORREA H.; AGUIAR A.; TEIXEIRA A.; NOSSA V.; GONZAGA R. Associação entre sistema de incentivos gerenciais e práticas de contabilidade gerencial. *RAE*, v.52, n.1, p.40-54.
- [14] DALLORA M.; FORSTER A. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. *RAS*, v.15, n.59, 2013.
- [15] DINIZ, S. de S. A informação como recurso estratégico na gestão de trabalho e da educação em saúde: um estudo na SES/PE. Recife. Monografia (Fundação Oswaldo Cruz) , 2011.
- [16] FIGUEIREDO M.; D'INNOCENZO M. Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. *RAS*, v.13, n.50, 2011.
- [17] HERNÁNDEZ R. H. S.; MÉNDEZ V, S.; CONTRERAS S. R. Construcción de un instrumento para medir el clima organizacional en función del modelo de los valores en competencia. *Contaduría y administración*. 2014; 59 (1): 229 – 257.
- [18] LIMA C. M. P, ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C, ARAÚJO A. J. S. A Gestão do Trabalho e os Desafios da Competência: uma Contribuição de Philippe Zarifian. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v.35, n.4, p.1223 – 1238, 2015.
- [19] MAIA JUNIOR A. Secretários municipais de saúde: o SUS isto pela ponta da corda. Bauru. Tese (Doutorado), São Paulo, USP. 2014.
- [20] MASCARENHAS A. E.; BARBOSA A. Produção científica brasileira em gestão de pessoas no período 2000-2010. *RAE*, v.53, n.1, p.35-45, 2013.
- [21] MESQUITA D. T. de; MOREIRA A C. de A.; XIMENES NETO, F. A. Satisfação profissional do gerente na Estratégia Saúde da Família. *RAS*. v.15, n.59, 2013.
- [22] MOHER D; LIBERATI A.; TETZLAFF J.; ALTMAN, D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, v.151, n.4, p.264-9, 2009.
- [23] MORI M. E; OLIVEIRA O. V. M. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. *Interface*, v.18, supl.1, p.1063-1075, 2014.
- [24] MOTTA P. O estado da arte da gestão. *RAE*. 2013; v.53, n.1, p.82-90, 2013.
- [25] NETO A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. *RAS*, v.13, n. 50, 2011.
- [26] PATRÍCIO, W. A. da C. A visão dos gestores acerca da contribuição do programa de capacitação gerencial realizado no hospital do servidor público municipal. Tese. PUC-SP, 2011
- [27] ROCHA F.L.; MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO M.C.; CARDEAL, I. D.; SAMIRA F.; CAMPOS M. C. T. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.48, n.2, p.308 – 314, 2014.
- [28] ROMERO L. E.; DELDUQUE M. A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil. *Saúde Soc.*, v.22, n. 4, p.1167-1179, 2013.
- [29] SAMPAIO R. F. E.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- [30] SANT'ANNA, A. S, SANTOS, J. N, DINIZ, D.M.; BENEVIDES, T.N.; DULTRA, M. P. M. Competências individuais e modernidade organizacional: um estudo comparativo entre profissionais de organizações mineiras e baianas. *Gestão & Produção*, v. 23, n.2, 308 – 319, 2016.
- [31] SANTOS L. E CARVALHO G. Novos Marcos Legais do SUS. In: *SUS no Estado de São Paulo Atualizações para os Gestores Municipais*. São Paulo: Polo Books, p.71-87, 2013.
- [32] SCHIESARI L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.10, p.4229-34, 2014.
- [33] SILVA H.; CAETANO, J.; CURADO H. Gestão de informação pessoal em saúde. *RAS*. v.13, n.53, p.17-21, 2011.
- [34] SILVA Y. ROQUETE F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. *RAS*, v.15, n.58, 2013.
- [35] SOBRAL F. E MANSUR J. Produção científica brasileira em comportamento organizacional no período 2000-2010. *RAE*, v.53, n.1, p.21-34, 2013.
- [36] SOUZA P.; BERNDT A.; MEDEIROS L.; SOUZA R.; TEIXEIRA D. Sistema de Informação aplicado à gestão hospitalar: um panorama situacional da região médio-norte mato-grossense. *RAS*, v.14, n.54, 2012.
- [37] VALE G. Empreendedorismo, marginalidade e estratificação social. *RAE*, v.54, n.3, p.310-321, 2014.
- [38] VANDERLEI M. I. G.; ALMEIDA M. C. P. A. Concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência da Saúde Coletiva*, v.12, n.2, 2007.
- [39] VIGNOCHI I, GONÇALO C, LEZANA Á. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho. *RAE*, v.54, n. 5, p.496-509, 2014.
- [40] YASHIRO S, FELICÍSSIMO Â, RIBEIRO S, RAMOS L. Implantação e avaliação de um modelo de gestão em Unidades Básicas de Saúde. *RAS*, v.13, n.52, p.37-44, 2011.
- [41] ZAGO C. C.; RETOUR D. Cultura organizacional: nível coletivo constitutivo da gestão por competências. *Gestão & Produção*, v.20. n1, p. 180 – 191, 2013.