

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

BARBOSA, César Martins ^[1], PINTO, Isabela Cardoso de Matos ^[2]

BARBOSA, César Martins. PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Менеджер по здравоохранению в SES Tocantins: Оценка знаний и компетенций. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 05-й год, Эд. 11, Vol. 02, стр. 26-44. Ноябрь 2020 года. ISSN: 2 4 4 8 - 0 9 5 9, Ссылка доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/здравоохранение/менеджер-по-здравоохранению>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ru/66631

Contents

- РЕЗЮМЕ
- ВВЕДЕНИЕ
- УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНИЕМ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СВЯЗАННЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ
- МЕТОДОЛОГИЯ
- РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ
- ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ
- ССЫЛКИ

РЕЗЮМЕ

Это описательное исследовательское исследование, основной целью которого является характеристика профиля менеджера здравоохранения путем картирования знаний и компетенций. Что касается знаний и применения законов, регулирующих процесс торгов, то 93% опрошенных знают законы о торгах и используют их в своей повседневной работе, в то время как 6,7% знают о предмете, но не используют его в исполнении своих задач. Что касается правовых оснований SUS, то о нем известно лишь 73,3% выборки. Данные показывают, что 80% специалистов знают LRF. О LOA, только 40% опрошенных специалистов утверждают, что знают об этом. Когда испытуемых спросили об их знаниях относительно PPA, только 60% сказали, что они знали инструмент. SIOPS известен только 40% группы. 86,7% специалистов знают RAG.

PPI известен 66,7% опрошенных специалистов. Что касается EP, то только 66,7% утверждают, что знают об этом, PES знают 86,7% опрошенных. Отвечая на вопрос о повестке дня приоритетов, 66,7% сказали, что они знали об этом. Некоторые навыки управления очень стимулировали, другие нет. К числу поощряемых являются: открытость к переменам, этика, профессионализм и осведомленность о качестве, при этом 46,7% опрошенных положительно реагируют на эти стимулы. Другие компетенции, такие как профилактические действия и выразить себя критически (40% каждый) и знания о политике в области здравоохранения (53,3%). Кроме того, мы видим: командная работа (40%), коммуникация (46,7%) и стратегическое видение (33,3%). Разумно стимулируются и другие навыки: инициативу и креативность; и способность вести людей (26,7% каждый). 40% руководителей не чувствуют себя поощряемыми к участию в процессах принятия решений. В конце исследования мы обратили внимание на влияние профиля руководителей на совершенствование управленческой практики, поскольку она показала потенциал и проблемы, с которыми сталкиваются и послужат основой для процесса постоянной квалификации специалистов, участвующих в управлении, в переводе на более эффективные и эффективные действия, предоставляемые знаниями и использованием вспомогательных механизмов управления SUS.

Ключевые слова: Менеджер по здравоохранению, профиль менеджера по здравоохранению, знания и компетенции менеджера по здравоохранению.

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия политика в области здравоохранения в Бразилии претерпевает ряд правовых, институциональных, управленческих и организационных изменений. С процессом децентрализации и, следовательно, диверсификацией и сложностью обязанностей руководителей, поскольку управление общественным здравоохранением охватывает управление системой и управление подразделениями по предоставлению услуг.

Управление системой здравоохранения сопряжено с огромной сложностью, которая, по мнению многих, требует знаний о реальном состоянии здоровья населения,

управления административной, финансовой и бухгалтерской практикой, а также знаний всей правовой базы в отношении системы общественного здравоохранения, а также в рамках межгосударственных отношений, интересов и переговоров.

Процесс работы и управление организациями общественного здравоохранения охватывают ряд проблем, с которыми ежедневно сталкивается, главным аспектом которых заслуживает того, чтобы быть подчеркнутым, является разграничение профиля медицинских работников, которые непосредственно работают в управлении системой для удовлетворения потребностей населения. В этом смысле аспекты, связанные с потенциалом принятия решений, координацией процессов, поиском партнерских отношений, планированием и осуществлением, мониторингом и оценкой государственной политики, делают осуществление управленческой практики постоянно оцениваемой и рассмотренной.

Процесс работы и управление организациями общественного здравоохранения связаны с рядом факторов, в том числе с конформацией рабочих групп, которые состоят из различных профессиональных профилей, разнообразных академических траекторий и кратного опыта в рамках СУС, иерархическая и децентрализованная организационная модель которых состоит из специальностей и специалистов в различных областях ухода, технического и административного секторов.

Что касается научной продукции по этому вопросу, то в исследовании, проведенном в литературе, было выявлено несколько исследований, в рамках которого анализировалось управление с точки зрения артикуляции между компетенциями и атрибутами, необходимыми для руководителя и его подготовки. Среди них можно упомянуть исследование, проведенное Luna в 2008 году, в котором изложен профиль муниципальных менеджеров здравоохранения в штате Mato Grosso; исследование Silva и Roquete, в 2013 году, в котором представлены компетенции менеджера в области здравоохранения: анализ научного производства, с 2001 по 2011 год, и, наконец, работа Россо и других авторов, в 2013 году, который описал профиль руководителей медицинских районов Goiânia.

По словам Barbosa (2016), государство Tocantins сделало важные инвестиции для удовлетворения существующих потребностей в поиске эффективности и

эффективности в управлении системой здравоохранения, предлагаемых населению с созданием и включением должности менеджера здравоохранения в карьерный план государственных служащих Государственного департамента здравоохранения.

30 июня 2005 года в Официальном вестнике штата Токантинс был опубликован закон N° 1588/2005, в номере которого n° 1953, целью которого является представление плана должностей, карьеры и субсидий эффективных медицинских работников штата Токантинс. Очевидно и объективно, приложение I, вышеупомянутый закон предусматривает создание позиции стратегического более высокого уровня Секретариата здравоохранения называется менеджер здравоохранения, который с момента его создания по сей день насчитывает 16 специалистов для всего государства, чьи атрибуты имеют высокую сложность и ответственность, включая: планирование, исполнение, мониторинг, контроль и оценка государственных программ; опыт в области исследований в области государственного управления/общественного здравоохранения, разработки, анализа, мониторинга и оценки программ и проектов, которые придают эффективность, эффективность и эффективность управлению политикой в области общественного здравоохранения. Этот специалист также конкурирует в осуществлении функций надзора, координации, руководства и консультирования по формулированию и интеграции институциональных проектов и программ, связанных с политикой в области здравоохранения, реализуемой правительством, внося свой вклад в три сферы управления Единой системы здравоохранения – SUS – на национальном, государственном и муниципальном уровнях, уважая правила обслуживания и потребности системы общественного здравоохранения.

Для того чтобы занять должность менеджера здравоохранения, закон N° 1588/2005 определяет некоторые обязательные требования: быть обладателем высшего образования, признанного Министерством образования в любой области знаний, плюс курс специализации в: здравоохранение, коллективное здравоохранение, эпиднадзор за здоровьем, администрация больницы, аудит медицинских услуг или управление услугами общественного здравоохранения. Кроме того, профессиональные должны быть утверждены в публичном тендере доказательств и званий, чтобы завладеть позицией в вопросе.

Вместе с тем произошел сбой в отношении высшего образования в любой области знаний, поскольку практика управления включает в себя набор навыков и способностей, которые зачастую не составляют учебные программы любого и всех высших учебных заведений, создавая большие проблемы в отношении знаний и опыта специалистов, когда они принимают на себя должность в управлении системой здравоохранения.

Еще одной ошибкой в формулировке требований о том, чтобы занять государственную должность руководителя здравоохранения в Департаменте здравоохранения Токантинса, является непривычный опыт/профессиональный опыт в области государственного управления/управления здравоохранением.

На основе предположения о том, что медицинское учреждение должно знать профиль специалистов, чтобы изложить стратегии, направленные на качество услуг, предоставляемых Департаментом здравоохранения Tocantins (SES-TO), и квалификация специалистов, работающих в системе было проведено это исследование, в котором указываются соответствующие аспекты для квалификации управления и выявления существующих пробелов для выполнения управленческих функций, выполняемых менеджерами здравоохранения SES-TO.

Кроме того, важно проанализировать различия между знаниями и опытом специалистов, которые вошли в качестве руководителей, стремящихся соотнести с приписываемой им должностью, которую они занимают в Секретариате здравоохранения. Таким образом, вопросы, которые привели к настоящему исследованию были: Кто является специалистом по управлению здоровьем в состоянии Tocantins? Какие знания и навыки необходимы им при исполнении своих обязанностей?

С учетом вышесказанного цель настоящего исследования состоит в том, чтобы представить профиль руководителя здравоохранения в штате Tocantins, способствуя совершенствованию управления, с тем чтобы он можно было расширить представление о деятельности по управлению и характеристиках медицинских учреждений, в которых они работают.

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СВЯЗАННЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Ряд авторов обращают внимание на дискуссию относительно концепций управления и управления, которые некоторые считают синонимами (MOTA, 1997; SOUZA и VIANA, 2014 г.). Что касается Mota (1997 год), то управление термином связано с управлением англо-американским частным сектором и издательской администрацией французской линии. Как управление, так и управление являются терминами, которые можно понимать как синонимы, хотя, в зависимости от ситуации или использования этих терминов, некоторые из них могут выделить более широкий и более актуальный смысл. Учитывая, что в настоящее время, во втором десятилетии 21-го века термин управления был использован, точнее, объяснить политический и стратегический аспект в условиях классического оперативного управления.

Классическое определение управления, предложенное Henry Fayol в начале двадцатого века, состояло в том, чтобы планировать, организовывать, направлять и контролировать ресурсы с целью достижения результатов. Для этого автора планирование состоит в принятии решений о целях, которые должны быть достигнуты, организации деятельности и мониторинга используемых ресурсов. Организация относится к распределению полномочий и ответственности между людьми с учетом распределения физических, технологических, финансовых и людских ресурсов. Для этого автора направить средства мобилизации ресурсов, особенно людей, для выполнения задач и достижения целей. И наконец, функция контроля связана с мониторингом и контролем за использованием ресурсов для выполнения задач в целях обеспечения достижения целей, поставленных на момент планирования.

С точки зрения ситуационного стратегического планирования Carlos Matus (1996 год), принятого авторами в таких областях коллективного здравоохранения и общественного здравоохранения, как Rivera (1989 год) и Teixeira (2002 год), управление рассматривается в качестве одного из основных моментов стратегического планирования, тактико-оперативного момента. По словам Motta (1997), термин управления предлагает идею руководства и принятия решения: "Основная цель управления здравоохранением является производство решений, это сложный процесс, который включает в себя квалификацию, мотивацию, интересы, интуиция, знания, навыки и навыки"

По словам Fernandes; Machado и Anschau (2009), в области здравоохранения, с публикацией Основного оперативного стандарта (NOB) 96, управление и управление начали иметь различные значения, и управление имеет оперативный и административный характер (т.е. может быть заменен термин администрации), при применении на услуги (основные подразделения, клиники, амбулаторные клиники, больницы, институты, фонды) и резервирование на срок управления макро функций в системе здравоохранения, чьи цели координация, артикуляция, переговоры, мониторинг и оценка политики, связанной с Единой системой здравоохранения (муниципальной, государственной, районной и национальной).

Объясняя концепцию, используемую Всемирной организацией здравоохранения – ВОЗ в 1978 году, Souza и Viana (2014), подтверждают концепцию расширенного управления, которая понимает администрацию как набор методов, используемых для работы организации, принимая во внимание аспекты, связанные с планированием, финансированием, бухгалтерией, распределением ресурсов, управлением персоналом, системным анализом и т.д. , включая процесс принятия политических решений также в качестве цели управления. В этом смысле концепция управления, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения 1978 года, ближе к концепции планирования, созданной Матусом, чем к концепции классического администрирования Fayol. В этом смысле концепция управления воспринимается как косвенная деятельность и крайне фундаментальна для контроля за работой специалистов, участвующих в процессах. Она является частью управленческого контроля в авторитарных или демократических аспектах, которые имеют важное значение для координации и интеграции действий, целью которых является достижение позитивных результатов, которые влияют на достижение целей организации.

По словам Fernandes; Machado и Anschau (2009), переориентация управленческих функций можно рассматривать как одну из стратегий консолидации принципов SUS и для трансформации и квалификации практики здравоохранения, создания условий для направления рабочего процесса, развития технологий и услуг, для более эффективного использования ресурсов, способствующих решению проблем, стоящих перед пользователями системы общественного здравоохранения. Расширение управленческих функций в системе общественного здравоохранения требует нового набора компетенций, которые должны быть взиматься с государственного

руководителя и которые будут в значительной степени способствовать наилучшей работе системы.

Bergue (2011), ссылаясь на миссию, навязанную государственным менеджерам, подчеркивая сложность и разнообразие знаний и навыков, необходимых для профессионалов, работающих в области управления. По мнению этого автора, сложность и разнообразие увеличиваются гораздо больше, когда они применяются к управлению системой общественного здравоохранения.

Souza (2009), размышляя о стратегиях управления, которые приближают SUS к необходимой SUS, учитывает иерархию, в которой она сначала стремится понять осуществление SUS как политическую борьбу, а затем принять расширенную концепцию управления, которая охватывает весь охват SUS. Только после этих двух шагов можно рассмотреть фактические действия, выполняемые менеджером здравоохранения. Этот же автор рассматривает управление общественным здравоохранением как сложную деятельность, которая требует разнообразных навыков и способностей, в дополнение к постоянной квалификации участвующих субъектов. Управление общественным здравоохранением также включает в себя целый ряд административных, правовых, финансовых, бюджетных, реляционных и поведенческих знаний, которые непосредственно влияют на работу системы.

Что касается сложности управления здравоохранением, Mintzberg (1995 год) заявляет, что организации здравоохранения характеризуются как профессиональная бюрократия. По мнению этого автора, специалисты являются дифференцированными работниками, поскольку именно осуществление ими своих компетенций требует от них высокой степени самостоятельности в процессе их работы. Специалисты, участвующие в системе здравоохранения, знают о своей сингулярности, будучи обладателями привилегированной информации, которая не доступна ни менеджерам, ни пользователям услуг, которые, таким образом, находятся в ситуации зависимости, поэтому полномочия по принятию решений не ограничиваются только менеджером, который часто не принимает правильных решений из-за отсутствия информации/доказательств, влияющих на принятие решений, которые более точны в контексте системы управления общественным здравоохранением, в которой она работает.

Исследования Fragelli (2013) указывают на недостатки и недостатки в профессиональной подготовке в области здравоохранения, а оценки курсов не включают управление системой здравоохранения и особенности государственного управления, поэтому специалисты проходят подготовку без знаний и навыков, необходимых для управления Единой системой здравоохранения, как руководителей системы здравоохранения (стратегический уровень), так и руководителей подразделений, департаменты, секторы, оказывающие услуги пользователям (тактический и оперативный уровни), негативно влияют на производительность системы.

Из исследований Azevedo (2010) было замечено, что управление здравоохранением является очень сложным и пронизано конфликтами интересов, таким образом, менеджеру здравоохранения требуется целый ряд навыков и способностей, которые непосредственно связаны с хорошей работой системы, среди них: навыки ведения переговоров, так как менеджер будет участвовать в нескольких межфедеративных встречах, партнерских отношениях с государственными и частными учреждениями и договорных контрактах с поставщиками и поставщиками услуг; способность вести людей; знание инструментов управления SUS и механизмов управления бюджетом государственного управления; знания обо всей правовой базе SUS и государственном управлении; эффективное участие в планировании, исполнении, мониторинге, контроле и оценке государственных проектов и программ. Все упомянутые выше компетенции и навыки направлены на обеспечение эффективности, эффективности и эффективности управления политикой в области общественного здравоохранения, направленной на удовлетворение потребностей системы и потребностей населения.

Brito и Braga (2010) подтверждают, что новые социальные требования обучают необходимость создания новых профилей специалистов, работающих в стратегическом управлении системами здравоохранения, которые могут учитывать и добавлять ценность местным реалиям, учитывая управленческие функции планирования, контроля, оценки, формулирования, ведения переговоров и управления конфликтами. По сути, обучение и развитие лидеров происходит в связи с выступлением этих специалистов с целью их квалификации и заполнения этого пробела в период бакалавриата.

Исследования Matus (1996 год) придают важное значение роли руководителя как руководителя и руководителя, внося вклад в подготовку и подготовку управленческих кадров во всей системе общественного здравоохранения, что чрезвычайно важно для укрепления и укрепления потенциала правительства, включая подготовку этих специалистов, лидерские навыки и присвоение знаний о процессе потока и изменениях в системах работы, а также организационное проектирование учреждений под его командованием.

Paim и Teixeira (2007) подтверждают существование некоторых критических узлов, связанных с организационной структурой и процессом управления SUS, которые учитывают сложность связи между тремя уровнями власти – из-за неоднородности институционального развития как в Министерстве здравоохранения, так и в государственных и муниципальных департаментах здравоохранения, в дополнение к конфликтам интересов, которые пронизывают каждый уровень управления.

Те же авторы также подчеркивают “дилетантство” в управлении системой, поскольку те, кто избран на должность министра здравоохранения, не всегда имеют возможность занять эту должность, помимо нехватки специалистов, подготовленных для осуществления многочисленных и сложных функций, присущих управлению общественным здравоохранением.

По словам Boniatti, (2012) апуд Gonzaga (2008), на протяжении многих лет, дискуссия была выдвинута вокруг характеристики профессионального и академического профиля менеджера, работающего в системе здравоохранения, но все еще очень зарождающейся. По мнению автора, крайне важно понять, каковы цели должности санитарного менеджера и какой вклад ожидается от этого специалиста, а также какие результаты он выражает в отношении целей и задач, запланированных местным правительством и организацией здравоохранения, с которой он связан.

Характеристика профессионального и академического профиля субъектов, участвующих в процессе управления здравоохранением, имеет большое значение и служит моделью для руководства знаниями, навыками, квалификацией и опытом, необходимыми для более высокого выполнения управленческих функций в практике менеджера здравоохранения для достижения целей и задач, требуемых должностью и

потребностями правительства.

Обсуждая потребности в управлении здравоохранением, Souza (2014) указывает на четкое определение между действиями профессионалов и редизайном рабочих процессов. Профессиональный характер процесса работы здравоохранения, как в уходе, так и в управлении, предполагает обновление в организациях здравоохранения, что является результатом прогрессивных и постоянных изменений в поведении специалистов, через образовательные мероприятия, предлагаемые непрерывно и артикуляции между улучшением условий труда и ответственность профессионалов за их индивидуальную и коллективную работу, заставляя профессионала признать свою роль в системе. В этом смысле руководитель может и должен разрабатывать стратегии, направленные на повышение квалификации и профессиональное обновление тех, кто помогает ему в управлении, с целью обеспечения того, чтобы эти работники были квалифицированы и необходимы для осуществления мероприятий, способствующих достижению целей, запланированных и требуемых организацией, а также потребностей правительства и вспомогательного населения. Кроме того, тот же руководитель может разработать новые стратегии управления, связанные с внедрением более эффективных рабочих процессов и более мотивирующими отношениями, направленными на укрепление отношений на работе в системе здравоохранения. Такие стратегии укрепляют управление, улучшают отношения в работе и мотивируют специалистов, потому что они чувствуют себя признанными и готовыми дать больше для достижения организационных целей и задач.

МЕТОДОЛОГИЯ

Это описательное исследовательское исследование, основной целью которого является характеристика профиля менеджера здравоохранения, путем картирования знаний и компетенций, представленных этими специалистами в развитии их функций.

В производстве эмпирических данных участвовала вселенная, состоящая из 15 из 16 субъектов, занимающих эффективную должность менеджера здравоохранения, работающего в SES-TO, таким образом, в общей сложности 93% испытуемых, входят в эту группу. В качестве инструмента сбора данных использовалось полусо

структурированное интервью, содержащее следующие аспекты: социодемографическая информация, профессиональная подготовка, знания, профессиональный опыт и основные проблемы, с которыми сталкиваются в повседневной профессиональной жизни. Испытуемые были проинформированы о целях исследования и приглашены к участию. Была предоставлена Форма свободного и информированного согласия (TCLE), и подпись была запрошена, согласившись с условиями, установленными в соответствии с предписаниями резолюции 466/2012 Национального совета по здравоохранению (CNS).

Вскоре после этого менеджеры были опрошены. Данные были собраны в январе и феврале 2016 года. На все вопросы участники ответили в полном объеме, тем самым не отказавшись. Для того, чтобы сохранить личность участников, сценарии интервью были определены исследователем буквами GS (менеджер здравоохранения), а затем номер заказа на доставку (GS1, GS2, GS3...). После сбора данных количественная информация была представлена в таблице Excel.

Исследование проводилось в соответствии с предписаниями CNS, постановлением 466/2012, касающимися достоверности данных, конфиденциальности информации, гарантии анонимности и использования данных только в научных целях, и той же, утвержденной комитетом по этике Института коллективного здравоохранения – UFBA, согласно заключению Nº 1 333 224 от 16 декабря 2015 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Что касается социодемографических характеристик, то преобладают женщины (60%), что подтверждает рост присутствия женщин в управлении здоровьем в штате Токантинс, подтверждая феминизацию, отмеченную в других исследованиях (FLEURY *et al.*, 1997; VILAR, 2003).

Что касается профессиональной подготовки опрошенных руководителей, то в отношении курсов бакалавриата по предметам, участвующим в исследовании, выявлена неоднородность. Эти данные свидетельствуют о том, что SES-TO включает и расширяет междисциплинарный подход в той мере, в какой он формирует

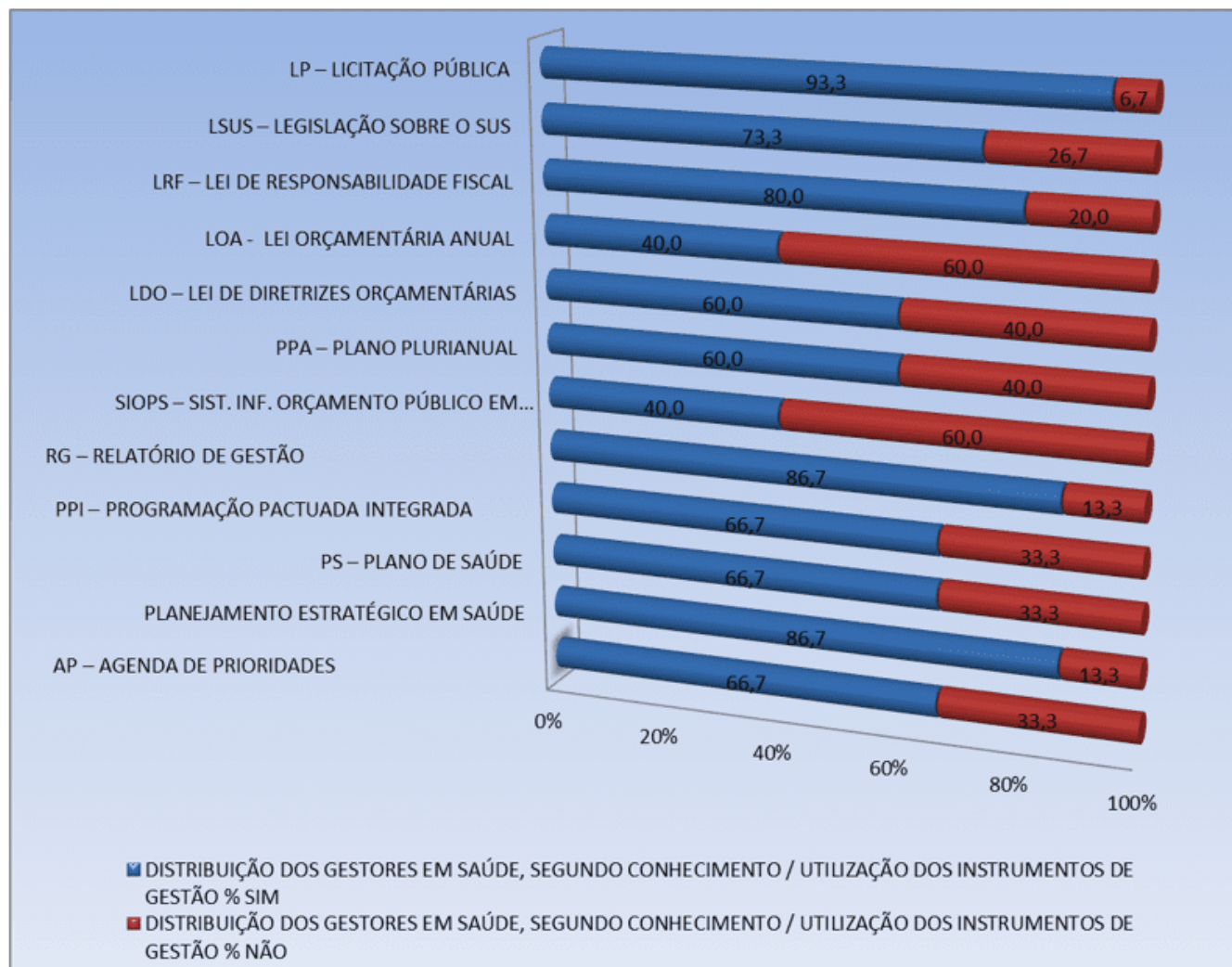
управленческие группы с различным академическим образованием, не обязательно из медицинской или сестринской категории, как в прошлом.

В SES-TO большинство менеджеров (27%) она осуществляет эпиднадзор за состоянием здоровья, то есть большинство руководителей переполнены в условиях надзора, поощрения и охраны здоровья. Другие, таким образом, распределяются в лабораторной сети, в области планирования здравоохранения, в первичной медико-санитарной помощи и санитарного просвещения, в больничной сети, в контроле, оценке и регулировании.

Что касается текущей должности или функции, опрошенные субъекты, которые присоединились, чтобы занять должность менеджера SES-TO, берут на себя различные функции, а именно: большинство (9) из них являются техническими специалистами; 3 советники / директора; 2 занимают должность суперинтенданта; и 1 директор. Большинство менеджеров здравоохранения являются техниками-администраторами, не имеющими должностей или занимающих доверие к руководству, что свидетельствует о преобладании политических интересов.

В Токантине полученные результаты свидетельствуют о серьезных проблемах, связанных со знанием и использованием основных инструментов государственного управления, а также управления системой общественного здравоохранения. Среди проблем, указанных, большое количество специалистов, которые не знают о законе о бюджетных руководящих принципов (LDO) (40,0%) является отметить. и закон о годовом бюджете (LOA) (60%) – закон об ответственности исполнительной власти, которые включают в себя основные цели и приоритеты государственного управления при фиксации доходов и расходов, запрограммированных правительством, соответственно. Результаты указывают на хрупкость в распределении бюджетных и финансовых ресурсов для конкретного использования в области здравоохранения с правительством себя и других правительственных сферах, и может, если это сохранится, может быть ущерб местной политики в области здравоохранения.

Рисунок 1 – Знание основных инструментов управления менеджерами – SES-TO/2016



Источник: SES-TO/2016

Что касается знаний и применения законов, регулирующих процесс торгов, то 93% опрошенных знают законы о торгах и используют их в своей повседневной работе, в то время как 6,7% знают о предмете, но не используют его в исполнении своих задач.

Что касается правовой базы SUS, то подавляющее большинство респондентов (73%) подтверждает, чтобы знать правовые рамки SUS против 26,7%. Эти результаты указывают на неудачи в процессе подготовки этих специалистов, поскольку ожидалось, что 100% руководителей знают основные законы, которые направляют SUS.

Закон о финансовой ответственности (LRF) направлен на создание условия бюджетного, финансового и финансового баланса, с тем чтобы воспрепятствовать обычной практике некоторых правительств, путем крупных долгосрочных инвестиций, ставя под угрозу способность платить действующему правительству и следующим избранным представителям. LRF способствовала повышению прозрачности государственных расходов, способствуя тем самым борьбе с коррупцией. Что касается знаний / использования LRF. Данные показывают, что 80% специалистов знают об этом инструменте, в то время как 20% говорят, что они не знают об этом.

Что касается закона о годовом бюджете, то только 40% опрошенных специалистов утверждают, что знают, а 60% из них, то есть большинство, не знают о существовании этого бюджетного механизма. Из всех документов, рассмотренных в исследовании, LOA представила наиболее тревожный результат, еще раз указав на недостаток профессионального образования опрошенных.

Закон о бюджетных руководящих принципах – LDO известен только 60% участников опроса. В ходе собеседований был определенный дискомфорт при ответе на этот конкретный вопрос, вновь подтвердив важные пробелы в подготовке опрошенных руководителей, как показано ниже:

Планирую, отслеживаю и оцениваю деятельность технической сферы, но ничего не знаю о финансовой и бюджетной, ай Ай, это большая проблема для меня... эту часть я оставляю бухгалтеру, администратору, экономисту... Я спрашиваю, сколько мы должны потратить на действия, а затем я график мероприятий вместе с другими техниками, просто так. (GS7)

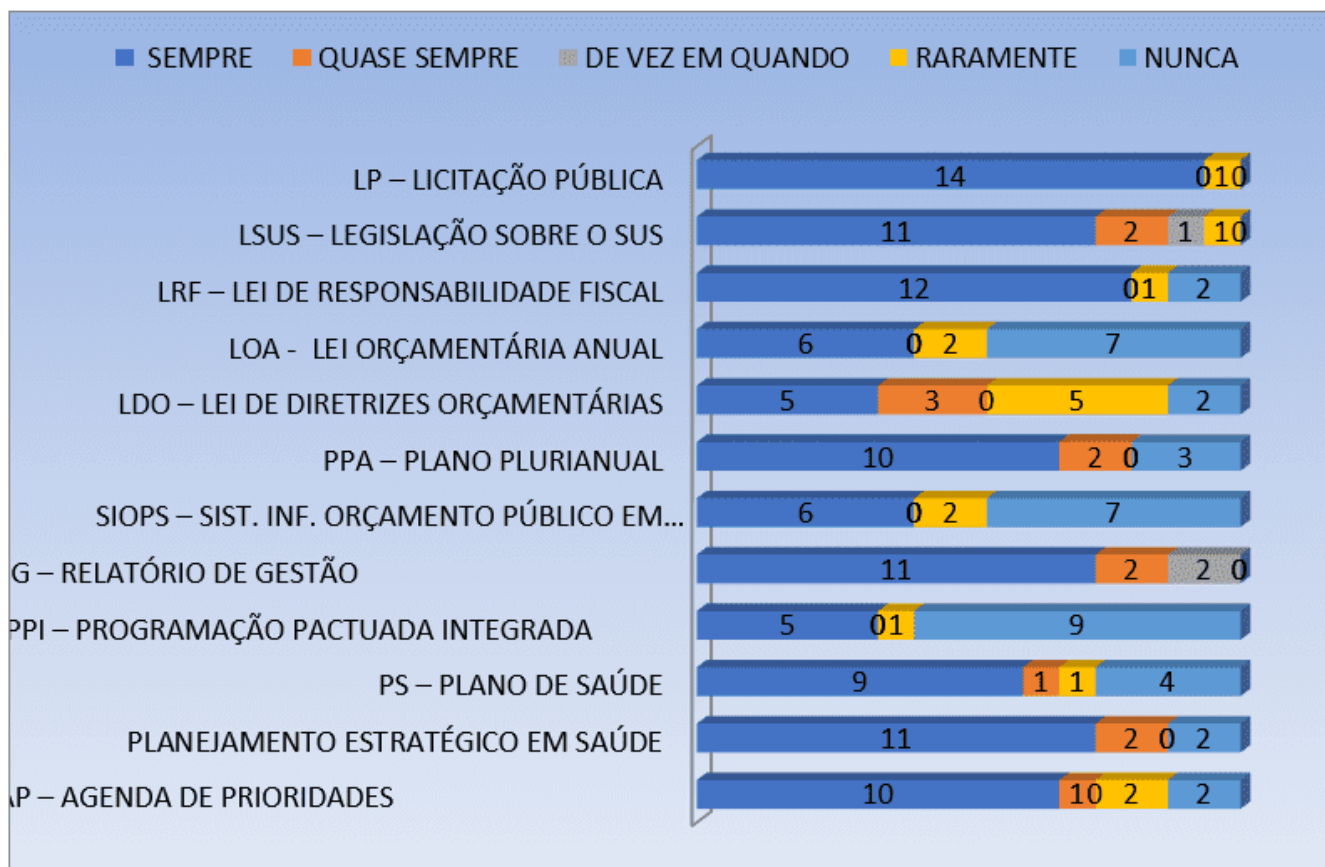
Когда испытуемых спросили об их знаниях относительно многолетнего плана (PPA), 60% сказали, что они были осведомлены об этом инструменте, в то время как 40% не знали, о чем идет речь. Информационная система по бюджету здравоохранения известна только 40% опрошенных руководителей, а 86,7% специалистов утверждают, что знают годовой отчет об управлении, против 13,3% не знают.

Комплексное согласованное программирование (PPI) известно 66,7% опрошенных специалистов, против 33,3%, которые говорят, что они не знают этого инструмента.

Что касается плана здравоохранения, 66,7% сказали, что они знали об этом, в то время как остальные 33,3% не знают. Стратегическое планирование в области здравоохранения известно 86,7% респондентов.

Отвечая на вопрос о знании приоритетной повестки дня, 66,7% ответили, что знают об этом, а 33,3% не знают об этом. Таким образом, понимается, что незнание мер, необходимых для корректировки, требуемых SUS, объясняется, среди прочего, небольшими знаниями и/или сложностью доступа к правовому устройству, установленному для этой системы, к различным и постоянным обновлениям, которые имели место в правилах функционирования системы общественного здравоохранения при строительстве SUS . Эти результаты свидетельствуют о настоятельной необходимости постоянного процесса квалификации и обновления, позволяющего специалистам обсуждать свой опыт и проблемы, с которыми сталкиваются в течение дня управления общественным здравоохранением в ходе рабочего процесса (MINTZBERG, 1995).

Рисунок 2 – Использование менеджерами основных инструментов управления – SES-TO / 2016



Источник: SES-TO/2016

Среди данных, собранных и представленных в графе 2, 93% специалистов всегда используют законы, регулирующие процесс закупок в государственном управлении. Что касается правовой базы SUS, то 73,3% опрошенных заявили, что они всегда используют законодательство SUS для развития своей деятельности. 80% специалистов всегда стремятся адаптироваться к LRF, соблюдая пруденциальные ограничения между расходами и запланированными доходами.

Самое поразительное, что 7 из 15 руководителей, то есть 46,6% никогда не используют закон о годовом бюджете для мониторинга и оценки деятельности. Что касается LDO, только 5 из 15 менеджеров (33,3%) они используют этот инструмент для развития своей деятельности в качестве менеджера по вопросам здравоохранения, что свидетельствует о серьезном недостатке в управлении и настоятельной необходимости вкладывать средства в подготовку этих специалистов.

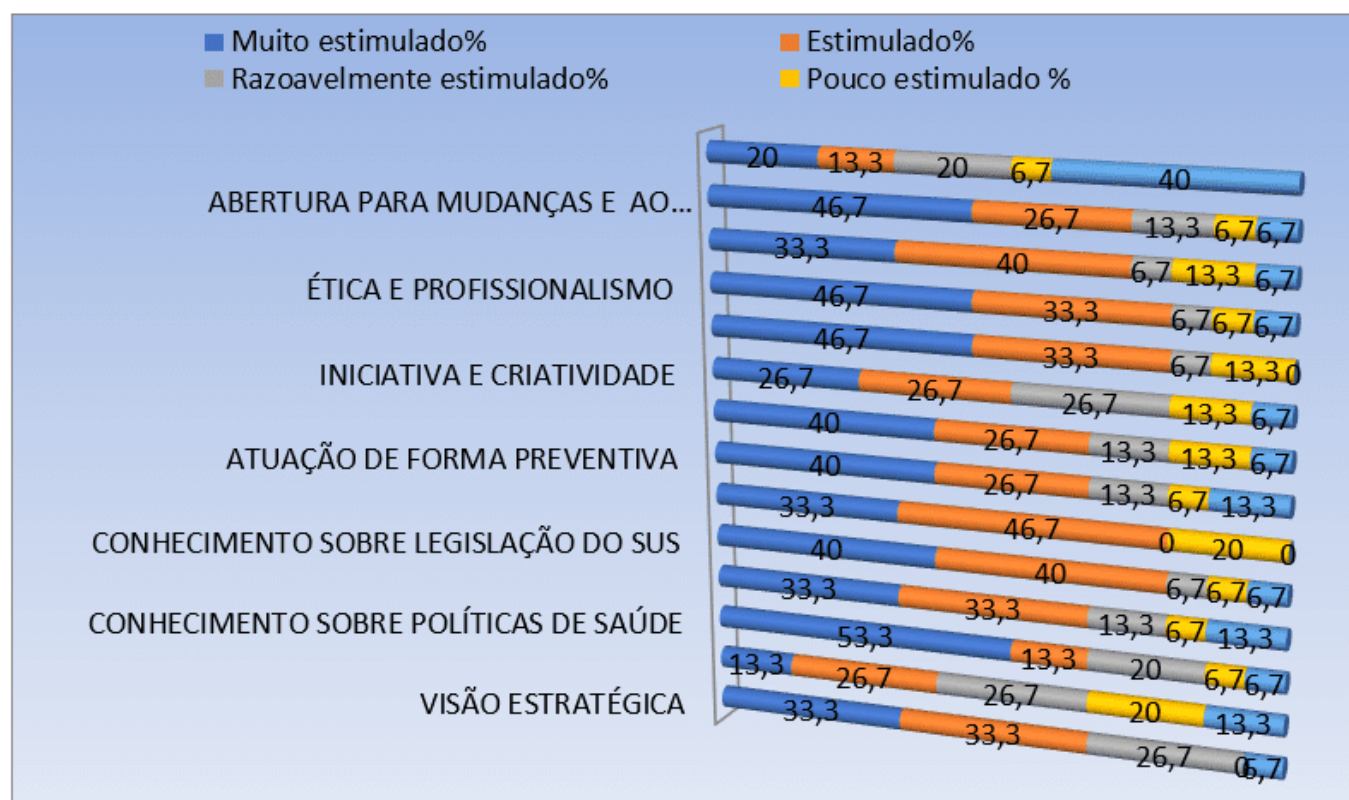
Другим инструментом управления, который никогда не используется 7 из 15 специалистов (46,6% от группы), является информационная система бюджетов общественного здравоохранения; 11 из 15 менеджеров (73,3%) участие в подготовке ежегодного управленческого отчета, указывающего таким образом, что не все специалисты включены в этот процесс

Еще одной проблемой, которую должны преодолеть менеджеры, является использование PPI, поскольку 9 из 15 менеджеров (60%) утверждают, никогда не использовать. Это свидетельствует о том, что эти специалисты не участвуют в процессе согласования между субъектами Федерации. План медицинского страхования должен быть инструментом управления, способным руководить практикой учреждения, однако данные показывают, что только 40% руководителей не используют этот план в развитии своей деятельности. Эти конкретные данные указывают на необходимость включения этих специалистов в планирование действий, которые будут проводиться в течение года. Что касается повестки дня приоритетов, 10 из 15 менеджеров (66,6%) часто используют его в развитии своей деятельности. А 73,3% опрошенных заявили, что знают и используют стратегическое планирование как инструмент, который направляет развитие действий в области здравоохранения.

Важно подчеркнуть, что это информация и понимание, ожидаемые для лица, которое действует в управлении бразильской системой здравоохранения, то есть хорошо знает правовой институт организации, в которой она работает, понимая ее законы и принципы, обеспечивая ее цели. Требование о прочном знании правовых основ и административных, материально-технических и бюджетных инструментов, которые лежат в основе SUS, таким образом, избегая, таким образом, внедрения противоречивых и неосуществимых шумов, мифов и предложений по решению проблем, затрагивающих управление в SUS (MENDES, 2002 год). В дополнение к содействию достижению целей и задач, согласованных между федеративными образованиями.

Для Campos (2000), менеджер должен понять миссию и определить цели организации, и только после этого, избрать средства, которые будут способствовать достижению организационных целей: финансирование, рациональное управление и все остальное.

График 3 – Стимулирование использования управленческих навыков в рабочей среде SES-TO / 2016



Источник: SES-TO/2016

График 3 представляет некоторые очень стимулировали навыки управления, а другие нет. К числу поощряемых являются: открытость к переменам, этика, профессионализм и осведомленность о качестве, при этом 46,7% опрошенных положительно реагируют на эти стимулы. Здесь добавляются и другие компетенции, такие как профилактические действия и критическое самовыражение (по 40%) и знания о политике в области здравоохранения (53,3%). Кроме того, мы видим: командная работа (40%), коммуникация (46,7%) и стратегическое видение (33,3%). Разумно стимулируются и другие навыки: инициативу и креативность; и способность вести людей (26,7% каждый).

Среди всех выводов исследования, данные, которые привлекают наибольшее внимание и указывает на хрупкость в подготовке менеджеров является тот факт, что

только 40% опрошенных считают стимулировали к участию в процессах принятия решений. Это отсутствие стимула для участия в принятии решений может быть вновь доказано, когда установлено, что 66,7% из этих специалистов выступают в качестве техников высшего образования, без должности или функции доверия к действующей власти.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

Результаты этого исследования показывают, что многие руководители утверждают, что не используют некоторые основные инструменты управления SUS, в том числе: PPI, SIOPS и LDO, указывая тем самым на недостатки в управлении, особенно в том, что касается государственного бюджетного планирования, а также на децентрализацию финансовых ресурсов и процесс согласования между федеративными образованиями, результаты которых свидетельствуют о настоятельной необходимости согласования с учебными заведениями определения учебных компонентов для специалистов и здравоохранения. управление здравоохранением, увязывающее потребности службы, распределение государственных ресурсов, государственное планирование и поддержку населения пользователей. В области управления появление новых условий организации и предоставления услуг создает новые проблемы, в связи с которыми руководители не готовы действовать эффективно и эффективно.

Результаты позволяют определить компетенции, сегодня необходимые для менеджера, чтобы выполнить свою роль наилучшим образом, учитывая лидерские способности, этическую и социальную ответственность, навыки ведения переговоров и управления конфликтами, время и управление изменениями, производительность в планировании, мониторинге и оценке результатов. Эти пункты должны быть проработаны в рамках процесса постоянного образования этих специалистов.

Квалификация этой рабочей силы будет также конфигурироваться в качестве еще одного элемента в пользу успеха управления, воплощенного в более эффективные и эффективные действия, предоставляемые знаниями и использованием механизмов управленческой поддержки, включенных в правовую базу SUS.

С учетом найденных результатов и осложняющих факторов, на которые указывают опрошенные специалисты, делается вывод о том, что методы управления в департаменте здравоохранения должны быть спланированы группами и руководителями.

В конце исследования мы заметили влияние характеристики профиля руководителей на совершенствование управленческой практики, поскольку она показала потенциал, узкие места в профессиональной подготовке и проблемы, с которыми сталкиваются опрошенные, и даст основу процессу постоянной квалификации специалистов, участвующих в управлении и укреплении управленческих процессов Государственного секретариата здравоохранения Tocantins, переведены на более эффективные и эффективные действия, предоставляемые знаниями и использованием механизмов поддержки управления SUS.

Это исследование может быть использовано Государственным департаментом здравоохранения и ETSUS для того, чтобы предложить, оценить и/или активизировать различные стратегии непрерывного образования, охватывающие квалификацию работников в отношении использования основных инструментов управления SUS, которые должны использоваться в мониторинге государственных ресурсов, в принятии решений и в оценке результатов SES-TO, учитывая основные примечания, связанные с обучением, знаниями и проблемами, с которыми сталкиваются менеджеры здравоохранения в SES-TO.

ССЫЛКИ

AZEVEDO, L. F. M. Nervos: Rede de discursos e práticas de cuidados na Atenção Básica no município de Natal-RN. (TESE), Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010

BALSANELLI, A. P.: JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. In: Acta paul. Enferm, v. 18, nº 4, São Paulo, out.-dez./2005.

BARBOSA, C.M. Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios / César Martins Barbosa. Salvador: 2016.

BERG, E. A. Administração de Conflitos: abordagens práticas para o dia a dia. Curitiba: Juruá, 2011.

BONIATTI, J. Análise do Perfil Profissional dos Gestores do SUS da Região do Alto Araguaia. TCC especialização em Adm. em Saúde. Novo Hamburgo-RS, 2012.

BRITO, L. M. P.; BRAGA, J. L. Perfil ideal de competência profissional de gestores da área de saúde. In: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 5, nº 5, p. 26-39, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC, 2000, 236 p.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. In: Ciência e Saúde Coletiva. 2009, v. 14: p. 1541-52.

FRAGELLI, T. B. O. Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências da Saúde, UNB – DF. 2013. 176 p.

HORTA, N. C.; SENA, R.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R. R.; REZENDE, V. A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. In: Rev. Bras. enferm. 2009; 62(4): p. 524-9.

LUNA, S. M. M. Perfil dos gestores municipais de saúde do Mato Grosso. Editora Unemat, Cáceres-MT, 2008.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Hospitais universitários: avaliação comparativa da eficiência técnica. Rio de Janeiro IPEA, 2001.

MATUS, Carlos. Adeus, senhor Presidente. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996a.

_____. Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Edições Fundap, 1996b.

MENDES, G. R. B. Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes: Estrutura em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995, p. 304.

MOTTA, P. R. Administração da decisão: razão e intuição. In: Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. São Paulo: FGV, 1999.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. In: Revista de Saúde Pública, número especial, São Paulo, SP, 2007, p. 73-78.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas baseado no enfoque estratégico da planificação. In: Planejamento em Programação em saúde – um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989: p. 135-76.

ROCHA, A. A. R. M. O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/Sergipe. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2008.

ROSSO, C. F. W. *et al.* Perfil dos gestores dos distritos sanitários de Goiânia-GO. Trabalho apresentado no 2.º Congresso Brasileiro de Política, Gestão e Planejamento em Saúde. Belo Horizonte / MG, 2013.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica no período entre 2001 e 2011. In: Revista Administração em Saúde, v. 15, nº 58, jan-mar/2013

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. In: Ciência e saúde Coletiva, 2009; 14(3) Rio de Janeiro, jun./2009.

_____.; VIANA, A. L. D. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro, Medbook, 2014.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidade do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. In: Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador, v. 26, nº 1/2 , p. 29-40, jan.-dez./2002.

^[1] Кандидат наук в области регионального развития – UFT; Магистр коллективного здравоохранения с акцентом на управление системами здравоохранения – ISC/UFBA; Специалист по преподаванию в области профессионального и технологического образования – IFTO; Специализация в области аудита систем здравоохранения – УНИКСУЛ; Специализация в области управления больницей – Университетский центр Сан-Камило; Окончил в гостеприимстве, с акцентом на гостеприимство больницы – HOTESP.

^[2] Консультантом. Кандидат делового администрирования. Степень магистра в области общественного здравоохранения. Выпускной в социальной работе.

Представлено: октябрь 2020 года.

Утверждено: октябрь 2020 года.