

Perfil dos gestores da atenção primária em saúde, desafios e oportunidades

Profile of primary health care managers, challenges and opportunities

Ana Paula Lima do Nascimento Gomes¹
Nerivalda Luiz dos Santos²
Thais Maria Alves Pereira³
Wesley da Silva Placedino⁴
Ilda Braz de Sousa Aguiar⁵
Wania Maria do Espírito Santo Carvalho⁶

¹ Farmacêutica, especialista em Gestão de Saúde Pública, Prefeitura Municipal de Valparaíso de Goiás, Valparaíso de Goiás, Brasil.

² Analista em Gestão de Assistência Pública à Saúde, especialista em Gestão de Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

³ Enfermeira da Família e Comunidade, especialista em Gestão de Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

⁴ Analista em Gestão de Assistência Pública à Saúde, especialista em Gestão de Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

⁵ Técnica de Enfermagem, especialista em Gestão de Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

⁶ Assistente Social, Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/Fepecs, Brasília, Brasil.

Autor correspondente:

Ana Paula Lima do Nascimento Gomes
E-mail: anapaula.lng@hotmail.com

Recebido em 14/10/21
Aprovado em 08/02/22

RESUMO

Introdução: a gestão em saúde é um campo complexo, permeado por conflitos, por isto existem competências e habilidades esperadas do gestor, sobretudo na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo: conhecer o perfil, os desafios e as oportunidades identificadas pelos gestores da Atenção Primária à Saúde da Região Sudoeste de Saúde do Distrito Federal.

Metodologia: estudo descritivo, quali-quantitativo. Dados coletados por meio de um questionário eletrônico disponibilizado na plataforma Google Docs[®]. Foram analisadas 23 respostas.

Resultados: no cargo de gestor, 16 (69,6%) são mulheres, 12 (57,1%) enfermeiras, 16 (69,6%) possuem especialização, 12 (52,2%) possuem curso em gestão, 22 (95%) são servidores públicos. Os gestores referem possuir habilidades como liderança, boa comunicação, organização, planejamento, bom relacionamento, conhecimento, criatividade e capacidade de motivação. A maior motivação é o compromisso com o SUS. Entre os desafios citaram: falta de recursos e insumos, alto índice de absenteísmo nas equipes; apontada possibilidade de crescimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Gestor de Saúde; Competência Profissional.

ABSTRACT

Introduction: health management is a complex field permeated by conflicts, so there are competencies and skills expected from the health manager of Primary Health Care.

Objective: to know the profile, challenges and opportunities identified by managers of Primary Health Care in the Southwest Health Region

of the Federal District. Methodology: This is a descriptive, quali-quantitative study, questionnaire was made available on the Google Docs® platform and 23 responses were analyzed.

Results: in the managerial position, 16 (69.6%) are women, 12 (57.1%) are nurses, 16 (69.6%) have a specialization, 12 (52.2%) have a course in management, 22 (95%) are public servants. The managers report having skills such as leadership, good communication, organization, planning, good relationships, knowledge, creativity, and the ability to motivate. The greatest motivation is the commitment to SUS; challenges: lack of resources and inputs, high rate of absenteeism in the teams; possibility of personal and professional growth.

Keywords: Primary Health Care; Health Manager; Professional Competence.

INTRODUÇÃO

Previsto constitucionalmente desde 1988¹, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o ponto de convergência de um processo de luta social que pautou a saúde como direito coletivo e que se realiza a partir das diretrizes de universalidade do acesso, integralidade e equidade da assistência. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo.

Na década de 1990, a reestruturação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAB) e o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família contribuíram para a reorganização do SUS e destacaram como prioridade a integralidade das ações e o compromisso com o atendimento universal, equânime e longitudinal, capaz de oferecer solução para os problemas e as demandas de saúde de uma determinada população adscrita².

A Atenção Primária à Saúde (APS), considerada como a porta de entrada preferencial do usuário aos serviços do SUS, assume o desafio de ser organizadora e articuladora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e exige requisitos básicos que impactam no processo de gestão³.

O papel desempenhado pelo gerente de uma unidade de APS é fundamental para assegurar a implantação do modelo assistencial proposto, bem como para sistematizar informações estratégicas sobre a saúde da população capazes de subsidiar e alcançar a efetividade das políticas públicas de saúde implantadas⁴.

O setor saúde está em processo contínuo e crescente de amadurecimento e revisão de sua capacidade de dar respostas às necessidades da população. A gestão em saúde é bastante demandante e sensível, um campo complexo e permeado por conflitos, por isto, existem competências e habilidades esperadas do gestor. Cabe aos gestores definirem mecanismos de controle e avaliação dos serviços, monitorar a saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir e executar políticas de recursos humanos, realizar o planejamento e promover a articulação das políticas de saúde com outras políticas sociais, entre outras ações⁵.

Para tanto, devem desenvolver diferentes habilidades, dentre elas: ter visão estratégica, organização, controle, liderança, boa comunicação, trabalhar em equipe, possuir motivação, participar de processo decisório, capacidade de negociação, proatividade, criatividade e flexibilidade. A prática cotidiana de gestão do SUS, exige identificar e selecionar os conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade⁶.

Estudos têm mostrado a fragilidade da gerência da APS, apontando para necessidade de ampliar estas análises para identificar sua potência na gestão do trabalho⁷.

No Governo do Distrito Federal (GDF), a Secretaria de Estado de Saúde (SESDF), é responsável direta e indiretamente pela gestão organizacional e elaboração de planos e políticas públicas voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde. As Superintendências das Regiões de Saúde são responsáveis pela coordenação das ações nas regiões do Distrito Federal (DF)⁸.

O presente estudo tem como foco a Região de Saúde Sudoeste (SRSSO) que é formada pelas Regiões Administrativas de Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas, Águas Claras, Vicente Pires e Arniqueira. Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), a SRSSO conta com uma população de aproximadamente 796.477 habitantes, sendo 48,07% homens e 51,92% mulheres, concentrada em Taguatinga e Samambaia, que correspondem a 52,76% da população total da Região⁹.

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil, os desafios e as oportunidades identificadas pelos gestores da Atenção Primária à Saúde da Região Sudoeste de Saúde do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado com 32 gestores da APS, da Região Sudoeste de Saúde do DF, entre fevereiro e março de 2021. A amostra foi definida por totalidade. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, com 34 perguntas, criado na plataforma Google Docs®. Optou-se por utilizar questionário on-line para evitar o contato próximo com os respondentes em período de pandemia da covid-19. O link para acesso ao questionário ficou disponível por um período de 30 dias e foi registrado um total de 28 respondentes, o que representou 89% dos gestores identificados. Para análise dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 26.0.

No processo de exploração dos dados, foram identificados casos duplo respondentes (5) e respostas parciais. Foram validadas para análise 23 respostas que correspondem a 73% do universo de 32 gestores. Sendo assim, a amostra não permitiu a realização de análises estatísticas válidas mais complexas.

Para análise descritiva foram calculadas frequências absolutas e relativas (variáveis qualitativas), e estatísticas-resumo, tais como mediana, e percentis (variáveis quantitativas). Os dados dos perfis (escala tipo Likert), distribuídos conforme a formação prévia na área de gestão foram comparados por meio do teste U de Mann-Whitney. O nível de significância adotado na presente pesquisa foi de 5%.

Foram investigadas a utilização dos seguintes instrumentos de gestão na rotina de trabalho dos gestores: 1) Agenda de Saúde, a Agenda Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030), um instrumento estratégico de política que proporcionará direção para o desenvolvimento da saúde na Região pelos próximos 13 anos; 2) Plano de Saúde, um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera de gestão do SUS; 3) Relatório de Gestão, um instrumento de gestão para comprovação e apresentação dos resultados alcançados; 4) Acordo de Gestão Local (AGL), um dispositivo para avaliar os indicadores e metas, tendo como objetivo acompanhar os trabalhos, avanços e dificuldade vivenciadas pelas as unidades básicas de saúde (UBS) do DF.

Quanto às competências gerenciais, foi investigada a autopercepção dos gestores quanto: habilidade de negociação; visão estratégica; organização e controle; liderança; habilidade de comunicação em equipe; motivação; proatividade; criatividade; relação interpessoal e flexibilidade.

Foi abordada a percepção dos gestores sobre desafios, motivação e oportunidades vivenciadas no exercício da gestão. As principais categorias temáticas utilizadas foram: a) motivações que levaram ao cargo de gestor; b) principais desafios na atividade de gestor; c) oportunidades no exercício da gestão.

Para análise, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, conforme descrito por Franco¹⁰. Recorreu-se ao recurso de Nuvens de Palavras (NP) como técnica suplementar à análise de conteúdo. Nuvens de palavras são imagens usualmente apresentadas como ilustração à leitura superficial do senso comum. O tamanho de cada palavra indica sua frequência, admitida como *proxy* da relevância de determinada temática¹¹ na totalidade dos textos. Mais recentemente, e transcendendo seu mero apelo ilustrativo, as NP têm sido consideradas uma opção à análise de textos e na disseminação de resultados de pesquisas de abordagem qualitativa. Acrescentam clareza e transparência na comunicação de ideias, revelando padrões interessantes a análises posteriores¹¹.

No presente trabalho as NP foram utilizadas como suporte à análise de conteúdo das respostas dos gestores nas questões 32, 33, 34 e foi utilizado na análise o software para análise qualitativa Word Cloud. Os respondentes foram identificados pela letra G seguida do número correspondente ao questionário, exemplo G1- gestor do questionário 1.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, com Parecer nº 4.542.084, conforme determinado pela Resolução nº. 466/2012 do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se uma amostra de 23 (71,87%) respostas válidas. De acordo com os dados apresentados na tabela 1, os cargos de gestão são ocupados, majoritariamente, por mulheres (69,6%), com

idade variando entre 26 a 50 anos, com destaque para a faixa etária de 36 a 40 anos (30,4%). O nível de escolaridade é composto por especialização (69,6%), com expressiva presença da área de formação profissional em enfermagem (57,1%). A predominância do sexo feminino na gestão tem resultado semelhante àqueles publicados em outros estudos^{7,12}.

Estes estudos apontam o predomínio de enfermeiras no gerenciamento das UBS em muitos municípios brasileiros e esta participação significativa deve-se, por um lado, a um compromisso desta categoria profissional com a saúde da coletividade, com expressiva atuação na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Por outro lado, a reconhecida capacitação dos enfermeiros na área administrativa, no gerenciamento do trabalho das equipes de enfermagem¹³ e na maneira satisfatória com que se relacionam com os demais membros da equipe multiprofissional^{12,13}. Sabe-se que as Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) para a Graduação em Enfermagem incluem conteúdos de administração e gestão entre aqueles considerados imprescindíveis ao desenvolvimento das habilidades e competências profissionais, sendo o único curso dentre as graduações da área de saúde em que estes conteúdos estão presentes¹⁴.

Dos gestores, que participaram desta pesquisa, 60,9% se formaram na rede privada de ensino, sendo que 30,4% possuem entre 1 a 5 anos de formado e 30,4% entre 11 a 15 anos.

Um pouco mais da metade (52,2%) dos respondentes realizou curso na área de gestão; este resultado coincide com outro estudo realizado no Estado do Amazonas, que evidenciou que 60,0% dos municípios estudados não possuíam gestores com formação prévia em gestão ou saúde pública¹⁵. Outro estudo realizado em municípios no norte do Paraná revelou que apenas 23,3% dos gerentes envolvidos na pesquisa informaram ter formação prévia nas áreas de gestão e gerência, sendo mais frequentes as áreas de especialização em Saúde da Família e Saúde Pública¹⁶.

A realização de cursos e capacitações, especialmente aquelas que utilizam metodologias ativas, possibilita aos gestores experienciar diferentes mudanças organizacionais e conceituais. A qualificação profissional tem potencial transformador sobre a prática e permite compreender a união entre o cuidado em saúde e os processos de gestão¹⁷. Dessa forma, aprimorar os processos de qualificação profissional é um dos desafios na

formação da gestão local. Estabelecer um perfil adequado para os cargos de gerência é uma dificuldade, uma vez que exige profissionais altamente capacitados para lidar com situações diversas, agir eticamente nos mais variados níveis de política, negociação e liderança.

Estudo realizado¹⁸ com gerentes de UBS e *experts* da área da saúde evidenciou que para a maioria dos gerentes e mais de 50% dos *experts*, o perfil de formação do gerente deveria ser: ter formação acadêmica em ciências da saúde e formação específica em gestão de serviços de saúde¹⁹.

A maioria dos gestores (68,1%) reside na própria região onde exercem sua função, sendo 52,2% natural do DF. Este é um dado importante, porque o vínculo estabelecido entre estes gestores, suas equipes e a comunidade é fortalecido ao longo do tempo e atuar no mesmo local em que reside pode ser um facilitador para a constituição deste vínculo e a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada, principalmente por que 99,7% são servidores públicos estatutários da SES-DF e não possuem outro cargo público ativo (87%) e, esta condição permite trabalhar por muitos anos na mesma unidade de saúde. Em relação ao tempo de experiência como gestor da saúde, 39,1% dos respondentes estavam na faixa de 3 a 6 anos, seguidos de 21,7% de 6 a 10 anos e 13,0% com 1 a 3 anos de experiência, o que mostra que a maioria dos profissionais possui pouco tempo de experiência no cargo gerencial.

Instrumentos de gestão

De acordo com o documento “SUS Instrumentos de Gestão em Saúde”, os instrumentos de gestão são “(...) os mecanismos que garantem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis”²⁰.

É importante destacar que cada ente federativo tem seus próprios instrumentos para planejamento e implementação, além de estarem integrados entre si para melhor desempenho do SUS²⁰.

Desta forma, foram abordados na pesquisa alguns dos principais Instrumentos de Gestão do DF, como Acordo de Gestão Local (AGL), Regime Jurídico – Lei Complementar 840/2011 (RJC), Agendas de Saúde (AS), Plano de Saúde (PS), Relatório de Gestão (RG), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Lei 8080/1990, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual

Tabela 1
Perfil dos Gestores da APS. Região Sudoeste, Distrito Federal, Brasil, 2021.

Característica sociodemográfica		N	%
Sexo	Feminino	16	69,6%
	Masculino	7	30,4%
Faixa etária	26 a 30 a	2	8,7%
	31 a 35 a	4	17,4%
	36 a 40 a	7	30,4%
	41 a 45 a	3	13,0%
	46 a 50 a	3	13,0%
	> de 50 a	4	17,4%
Naturalidade	DF	12	52,2%
	MG	6	26,1%
	Outros	5	21,5%
Local de Residência	Águas Claras	4	18,2%
	Arniqueira	1	4,5%
	Asa Sul	1	4,5%
	Ceilândia	4	18,2%
	Gama	2	9,1%
	Recanto das Emas	1	4,5%
	Taguatinga	5	22,7%
	Vicente Pires	4	18,2%
	Formação profissional	Administração	2
Enfermagem		12	57,1%
Biomedicina		1	4,8%
Farmácia		1	4,8%
RH		1	4,8%
Medicina		2	9,5%
Pedagogia		1	4,8%
Não especificou		1	4,8%
Instituição de formação	Pública	9	39,1%
	Privada	14	60,9%
Escolaridade	Nível Superior	5	21,7%
	Especialização	16	69,6%
	Mestrado	1	4,3%
	Doutorado	0	0,0%
	Outra (nível médio)	1	4,3%
Tempo de conclusão da graduação	Menos de 10 a	7	30,4%
	Mais de 10 a	15	65,2%
	Não possui graduação	1	4,3%
Realizou curso na área de gestão	Sim	12	52,2%
	Não	11	47,8%
Tempo de Exercício na SES-DF	Menos de 10 a	4	28,5%
	Mais de 10 a	10	71,4%
Tempo de experiência como gestor de saúde	< 1 a	2	8,7%
	1 a 3 a	3	13,0%
	3 a 6 a	9	39,1%
	6 a 10 a	5	21,7%
	>10 a	4	17,4%
Vínculo na SES-DF	Estatutário	22	95,7%
	Comissionado	1	4,3%
Cargo atual	Chefe	2	8,7%
	Gerente	21	91,3%
	Diretor	0	0,0%
Outro cargo público ativo	Sim	3	13,0%
	Não	20	87,0%

Legenda: anos (a); Distrito Federal (DF); Minas Gerais (MG); Recursos Humanos (RH); Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

(LOA), Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e Sistemas de Informação (SI) descritos na metodologia e apresentados na tabela 2.

O AGL, assinado entre a SES/DF e gestores de todos os níveis de atenção, permite estabelecer pactuações com a definição de indicadores e metas. Tem sido bastante utilizado pelos gestores, tanto por aqueles que fizeram o curso na área de gestão, 83,3%, quanto aqueles que não fizeram, 81,8%. O AGL viabiliza o monitoramento dos indicadores pactuados, como: número de atendimentos feitos por equipe, percentual de absenteísmo dos profissionais nas unidades de APS, número de atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde ofertada pela equipe da APS a cada mês – para monitorar os trabalhos, avanços e inconformidades das unidades de APS do DF²¹.

No que diz respeito ao RJC, Lei n.º. 840/2011, os resultados mostram que há um maior percentual de gestores que não fazem uso deste instrumen-

to, independente de terem feito (58,3%) ou não (54,5%) curso na área de gestão.

A AS é um instrumento de gestão pelo qual os governos estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde. Dessa forma, o gestor deve destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos e os indicadores da política de saúde em cada esfera de governo e em cada exercício²⁰. Em relação à AS, um pouco mais da metade (58,3%) dos que fizeram o curso aplicam este instrumento no dia a dia, em comparação aos 36,4% dos que não fizeram o curso.

Quanto ao RG, este instrumento é bastante utilizado tanto entre os gestores que fizeram o curso de gestão (75,0%), como entre os que não fizeram (54,5%). O RG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de

Tabela 2

Utilização dos Instrumentos de Gestão. Região Sudoeste, Distrito Federal, 2021.

Usa o instrumento de gestão?		Realizou curso na área de gestão?				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
Usa o acordo de gestão local?	Sim	10	83,3%	9	81,8%	0,924
	Não	2	16,7%	2	18,2%	
Usa o regime jurídico complementar?	Sim	5	41,7%	5	45,5%	0,855
	Não	7	58,3%	6	54,5%	
Usa as agendas de saúde?	Sim	7	58,3%	4	36,4%	0,292
	Não	5	41,7%	7	63,6%	
Usa o plano de saúde do DF?	Sim	7	58,3%	2	18,2%	0,049*
	Não	5	41,7%	9	81,8%	
Usa os relatórios de gestão?	Sim	9	75,0%	6	54,5%	0,304
	Não	3	25,0%	5	45,5%	
Usa a Lei 8080/90?	Sim	6	50,0%	4	36,4%	0,511
	Não	6	50,0%	7	63,6%	
Usa a LDO?	Sim	1	8,3%	1	9,1%	0,949
	Não	11	91,7%	10	90,9%	
Usa a LOA?	Sim	2	16,7%	1	9,1%	0,591
	Não	10	83,3%	10	90,9%	
Usa a lei de responsabilidade fiscal?	Sim	2	16,7%	0	0,0%	0,156
	Não	10	83,3%	11	100,0%	
Usa os sistemas de informação?	Sim	10	83,3%	8	72,7%	0,538
	Não	2	16,7%	3	27,3%	

Legenda: Número de participantes (N); Distrito Federal (DF); Programação Pactuada e Integrada (PPI); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Probabilidade (P).

Saúde e nas Programações seguintes. É o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde, que foram executadas no ano anterior. O RG é elaborado pelos gestores do SUS e enviado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária, pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (Sargsus). No Sargsus os Conselhos emitem o parecer conclusivo da análise desse instrumento. Quando finalizado, é disponibilizado para acesso público no referido sistema²².

Quanto ao PPI, LDO, LOA e LRF, o uso nos dois grupos estudados foi limitado: duas pessoas, que cursaram gestão, fazem uso da LOA e da LRF (16,7%) e somente uma utiliza a PPI e a LDO (8,3%). Para aqueles que não cursaram gestão, duas pessoas fazem uso da PPI (18,2%), uma pessoa informa empregar a LDO e LOA (9,1%), e nenhuma deste grupo recorre a LRF. No que se refere à Lei 8080/1990, metade dos que realizaram curso recorrem a esta legislação (50%) e apenas 36,4% dos que não fizeram o curso, a exploram.

A PPI da Assistência em Saúde define e quantifica, em consonância com o processo de planejamento, as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios²³.

O Plano Plurianual (PPA), com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. Cabe à LDO, anualmente, enunciar as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte. Já a LOA tem como principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro. Assim, a LDO ao identificar no PPA as ações que receberão prioridade no exercício seguinte torna-se o elo entre o PPA, que funciona como um plano de médio prazo do governo, e a LOA, que é o instrumento que viabiliza a execução do plano de trabalho do exercício a que se refere²⁰.

É possível dizer que a não utilização de alguns dos instrumentos pesquisados, seja por aqueles que realizaram algum tipo de curso na área da gestão, como pelos que não realizaram, pode ser deter-

minada pela centralização de alguns processos de gestão na Administração Central da SES.

Observou-se que a maioria dos gestores faz uso dos Sistemas de Informação representando 83,3% dos que fizeram o curso de gestão, como também 72,72% dos que não fizeram o curso. Reforçando este resultado, o estudo de Peiter¹⁷ revela que com a adesão dos serviços de saúde à informatização, cada vez mais é demandado dos gestores locais o desenvolvimento de habilidades e o domínio destas ferramentas¹⁷.

Plano distrital de saúde

O Plano Distrital de Saúde, é um instrumento de planejamento, dinâmico e em processo constante de aperfeiçoamento, que explicita a situação de saúde da população, a estrutura organizacional das RAS e os objetivos que se pretende alcançar no próximo quadriênio, visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde que são ofertados à população. Para sua confecção foram realizadas oficinas de trabalho em que foram elencadas as necessidades de saúde dos usuários, os entraves dos serviços para atender essas necessidades, as definições de diretrizes e objetivos, metas e indicadores. A elaboração do plano contou com a participação dos gestores da SES-DF, técnicos da Administração Central e das Regiões de Saúde, da Fundação Hemocentro, FEPECS, além de contemplar propostas aprovadas na X Conferência Distrital de Saúde²⁴.

Ao serem perguntados sobre este instrumento de gestão, a maioria dos entrevistados, que não realizou curso na área de gestão (81,8%) afirmou não utilizar o plano de saúde para planejamentos de suas ações. Daqueles que fizeram curso de gestão, 58%, conhece e utiliza o plano de saúde e 41% não usa.

Para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS tem incorporado diferentes instrumentos de gestão, criados segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores do SUS ao longo do tempo e do espaço. Estes instrumentos se interligam compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. As normas exigem o cumprimento dos prazos para a elaboração desses instrumentos e os gestores devem observar a lógica desse ciclo de planejamento no setor saúde²⁰.

Programa de descentralização progressiva de ações de saúde – PDPAS

Criado por meio do Decreto nº. 31.625/2010 e normatizado pela Portaria nº. 83/2010, o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS) tem como finalidade conceder autonomia gerencial, financeira e orçamentária às Regiões de Saúde do DF abrangendo todos os componentes das Unidades de Saúde, sendo sua operacionalização assegurada por meio de transferência de recursos financeiros do Governo do Distrito Federal, com especificações determinadas na Portaria citada acima.

No cruzamento dos dados entre os participantes que tinham curso de gestão em comparação aque-

les que não tinham, não se obteve diferença na utilização do PDPAS e nos dois grupos o uso foi incipiente, conforme tabela 3. Em sua dissertação de mestrado, Marilza Almeida concluiu que a baixa adesão ao uso do programa deve-se ao fato de que o valor repassado não atende às necessidades além da unidade hospitalar para chegar à APS. O recurso insuficiente é voltado para atender às situações emergenciais, sendo na maioria das vezes focada na compra de medicamentos, ajustes de requisitos básicos para habilitação de leitos das unidades de terapia intensiva (UTI), bem como de insumos para adequado funcionamento dos centros cirúrgicos. Nesta perspectiva, o dinheiro tem rubricas específicas, além dos limites impostos pela Lei 8.666/1993. Desta forma, muitas vezes os ges-

Tabela 3

Processos de Gestão. Região Sudoeste, Distrito Federal, Brasil, 2021.

Faz uso de quais processos de gestão?	Realizou curso na área de gestão?					P
	Sim		Não		P	
	N	%	Não	%		
Faz a construção de processos de planejamento de equipe?	Sim	12	100,0%	9	81,8%	0,303
	Não	0	0,0%	1	9,1%	
	Outro	0	0,0%	1	9,1%	
Faz o incentivo de inovações tecnológicas na equipe?	Sim	11	91,7%	9	90,0%	0,892
	Não	1	8,3%	1	10,0%	
Faz utilização do PDPAS?	Sim	4	33,3%	5	45,5%	0,552
	Não	8	66,7%	6	54,5%	

Legenda: Número de participantes (N); Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS); Probabilidade (P).

Tabela 4

Autoavaliação das habilidades pessoais de gestão. Região Sudoeste, Distrito Federal, Brasil, 2021.

Perfil	Realizou curso na área de gestão						P
	Sim			Não			
	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	
Habilidade de negociação	8,0	8,0	8,5	7,0	8,0	8,0	0,525
Visão estratégica	8,0	8,0	9,0	7,0	8,0	8,0	0,059
Organização e controle	7,5	8,0	9,0	6,0	8,0	9,0	0,487
Liderança	8,0	8,5	10,0	8,0	8,0	9,0	0,347
Habilidade de comunicação	8,0	8,5	9,0	8,0	8,0	9,0	0,651
Trabalho em equipe	8,5	9,0	10,0	8,0	9,0	9,0	0,316
Motivação	7,5	8,5	9,5	8,0	9,0	10,0	0,786
Proatividade	9,0	9,0	10,0	8,0	9,0	9,0	0,283
Criatividade	8,0	8,0	9,0	7,0	8,0	9,0	0,976
Relações interpessoais	8,0	9,5	10,0	8,0	8,0	9,0	0,261
Flexibilidade para sugestões e promover mudanças	8,5	9,0	10,0	8,0	8,0	10,0	0,449

Legenda: Probabilidade (P)

tores têm que optar pelo que é mais urgente, mal conseguindo atender as questões emergenciais, e por isso o recurso acaba não atendendo a APS²⁵.

As tabelas 2 e 3 respondem à pergunta “O fato de o gestor ter formação na área de gestão (cursos na área de gestão, pergunta 9 do instrumento), teve relação com seu perfil, instrumento de gestão utilizado ou atitudes na gestão. A escolha dessa pergunta foi porque a variável “cursos de gestão” tem distribuição praticamente 50% sim, 50% não. Neste sentido, a única diferença estatística encontrada foi relativa ao uso pelos gestores do instrumento “planos de saúde”, que é mais presente no grupo que realizou curso na área de gestão do que no grupo que não realizou.

Autoavaliação das habilidades de gestão

Na autoavaliação sobre as habilidades pessoais de gestão, o cruzamento dos dados mostra que, tendo ou não realizado cursos na área de gestão, todos os gestores se autoavaliaram muito bem nos quesitos de liderança, trabalho em equipe, relações pessoais, habilidade de negociação, visão estratégica, organização e controle, comunicação, motivação, proatividade, criatividade e flexibilidade para aceitar sugestões e promover mudanças, conforme apresentado na Tabela 4. Outros estudos analisados identificam que tais habilidades são necessárias para que haja melhor funcionamento dos serviços prestados à comunidade pelos gestores e sua equipe. Estes devem possuir equilíbrio na tomada de decisões e condução do trabalho, mediar os conflitos existentes, além de saber lidar com as limitações de materiais, insumos e profissionais, como também, prever possíveis entraves que possam impossibilitar a continuidade das atividades^{17,26}.

Motivações, desafios e oportunidades

Quanto às motivações, no nível mais superficial de observação, é evidente o destaque à palavra SUS e, a seguir, às palavras melhoria e comunidade (Figura 1.a), embora reste compreender o sentido que tais termos encerram perante seus contextos. Identificou-se que a motivação dos gestores se registra em dois grupos, que podem ser assim definidos: 1) o que eu sou e posso oferecer e 2) o que eu recebo. Em ambos, conforme observado na nuvem de motivações, o compromisso com o SUS e seu funcionamento é reiteradamente mencionado: [...] *contribuição para melhoria do acesso ao SUS*

e a qualidade de atendimento (G1); [lutar por...] SUS universal (G3); aumentar a qualidade dos atendimentos (G4); defesa do SUS (G17); SUS fortalecido (G18); acreditar e lutar pelo SUS (G16); promover um SUS universal (G23).

Cabe aos gestores públicos do SUS uma imensa responsabilidade. O propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões: *criar estratégias de ação inovar formas de atendimentos organização (G5); disposição pra realizar mudanças (G8); possibilidade de transformação (G9); organizar o serviço/aumentar a resolutividade/melhorar a produtividade (G4).*

Existe muita complexidade e subjetividade envolvidas nos processos de gestão e a direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento)²⁷ e todos estes aspectos foram mencionados, de um modo ou de outro, pelos respondentes: *[ter a certeza...] saber que o meu trabalho pode gerar melhoria no atendimento para a população necessitada e saber que com os meus conhecimentos e habilidades eu posso contribuir para melhoria do processo de trabalho (G11); contribuição com a mudança de cultura do serviço público (G2); fazer a diferença usando os recursos existentes (G12); [promover...] atendimento de qualidade (G7); trabalhar para aprimorar a cada dia o acesso aos usuários que nos procuram (G14).* Os gestores também mencionaram aspectos relacionados à comunidade de um modo geral e a equipe: *incentivar e motivar os servidores a estarem a serviço da comunidade (G10); promoção de ações de saúde na comunidade (G14); acreditar na capacidade das pessoas que trabalham comigo na gestão (G11); trabalhar em equipe (G12).*

Enfim, na perspectiva do que “eu sou”, ressaltase as características e qualidades de pessoas e não somente de sistemas ou serviços: *[tenho...] experiência, gosto da função (G1); amor, mediação de conflitos, paixão, eu nasci para isso (G6); desejo de ver melhorias na saúde pública (G8); vontade de aprender sobre gestão cada dia mais (G11); [capaz de...] trazer olhar inovador aos processos de trabalho (G12); ser resiliente, ser responsável e possuir manejo organização estratégica e por amar o que faço (G15).*

A literatura indica que os gerentes apresentam experiência nas atividades de gestão, o que possibilita um histórico compartilhado na problemática

Figura 1

Nuven. a) Nuvem de Motivações: “Cite no mínimo três das principais motivações que o levam a atuar na gestão”. b) Nuvem de Desafios: “Cite no mínimo três dos principais desafios enfrentados por você no desenvolvimento das atividades inerentes ao cargo de Gestor em Saúde”. c) Nuvem de Oportunidades: “Qual a maior oportunidade que você identifica no exercício da gestão?”.



local, desenvolvimento de vínculo com o cenário em que atua, aquisição de experiência na função, e importante comprometimento com a APS e com a Estratégia de Saúde da Família^{7,15,16,28}.

Quanto ao que “eu recebo” e que motiva assumir um cargo de gestão, os respondentes salientaram: *aprendizado (G1); salário (G3); [a possibilidade...] de uma remuneração extra, comunidade assistida, motivar equipe de saúde (G9); conhecimento na área de atuação (G8); reconhecimento (G19); identificação pessoal e reconhecimento pelo serviço por estado (G16); crescimento profissional (G20); fazer a diferença (G18).*

Na nuvem dos desafios (Figura 1.b) aparecem ressaltados igualmente a falta de recursos e falta de servidores. A falta de recursos financeiros ou a insuficiência dos recursos existentes mencionada pelos gestores é corroborada por outro estudo da Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS²⁸. São *poucos recursos (G3); falta de recursos financeiros (G12); limitação de recursos financeiros (G 22).*

O financiamento do SUS no DF pode estar aquém do necessário e o desempenho pode não ser ótimo na utilização dos recursos disponíveis. Mas, para uma avaliação mais conclusiva sobre a eficiência ou sua falta no uso dos recursos públicos e sobre a necessidade de ampliação do financiamento, estudos mais detalhados precisam ser desenvolvidos, capturando várias dimensões do sistema – como a produção, a qualidade e o acesso aos serviços. Mesmo assim, a referência dos gestores à falta de recursos financeiros é acrescida da menção expli-

cita de reiteradas faltas: *falta de recursos humanos e materiais (G4); dificuldade de manutenção predial (G7); falta de RH, falta de recursos físicos (G9); ausência constante de recursos materiais da SES-DF (G11); insuficiência de RH para composição de equipe (G12); falta de manutenção da UBS e falta de alguns insumos (G13); [falta...] reforma predial, reparos e manutenção predial e falta de insumos (G14); falta de RH, e demanda além das capacidades de oferta de serviços (G15); falta de suporte logístico, falta de RH, falta de insumos (G18), ausência de contratos de manutenção (G21).* Segundo os respondentes, outras ausências também tornam a gestão um desafio: *sistemas ruins e com falhas de comunicação entre eles gerando falhas nos relatórios e/ou dados não confiáveis, além de não ser possível dados compilados... necessário computar manualmente algumas informações importantes (G2); elevado número de sistemas (e-sus, track care, SISCAN, CAD-sus, SINAN, e-sus notifica) sendo necessário mais tempo para gestão e orientação de uso às equipe (G2); tecnologia rudimentar, equipamentos ultrapassado, sistemas que não se integram (G6) indisponibilidade de veículo para visitas domiciliares (G14).*

No que tange aos servidores, todos os respondentes relatam como desafio: *o alto índice de absenteísmo (G3, G4, G5, G11, G13, G16, G21).* A ausência do servidor no trabalho é denominada absenteísmo, é um indicador que representa as faltas em relação ao número de dias úteis previstos de trabalho. Esse termo passou a ser utilizado com o advento da Revolução Industrial e existem diferentes tipos de absenteísmo, de acordo com sua motivação: a) voluntário, por razões particulares

não justificadas por doença; b) por doença, incluídas todas as doenças, exceto as decorrentes do trabalho; c) por patologia profissional, acidentes de trabalho ou doenças profissionais; d) legal, faltas amparadas por leis, como licenças por gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar; e) compulsório, impedimento ao trabalho por prisão ou outro motivo que restringe a chegada ao local de trabalho.

Não é possível afirmar que o alto índice de absenteísmo apontado pelos gestores seja deste ou daquele tipo, mas, no mundo do trabalho, a ocorrência do absenteísmo doença de modo indiscriminado, revela as condições de saúde e de trabalho; em particular no serviço público, afeta a continuidade de atividades consideradas essenciais ou relevantes para os cidadãos, bem como onera os cofres públicos, tanto pela não produtividade quanto pelas despesas necessárias para a reabilitação do servidor. Pensar a saúde do trabalhador no serviço público de saúde pode ter, no imaginário coletivo, a conotação de exagero e superficialidade, devido ao amparo legislativo da categoria. No entanto, trata-se de um grupo vulnerável, que sofre pressão política e pública e que precisa desenvolver o trabalho, muitas vezes, sem condições adequadas²⁹. Muitos dos respondentes apontaram também a existência de conflitos no ambiente de trabalho e o desafio que se apresenta de: *mediar e gerenciar conflitos (G1); consumo de energia e tempo com problemas interpessoais entre servidores (G2); fazer com que os servidores tenham mais empatia (G5); desmotivação dos servidores (G18); resistência de terceiros a mudanças (G21) e manter as equipes de enfermagem motivadas e estimular os servidores da ponta (G1)*. Também referiram: *não compreensão dos deveres e obrigações inerentes às funções exercidas pelos servidores (G1); falta de interesse de alguns servidores em contribuir para a melhoria do serviço (G4); maus costumes, insubordinação e muitos direitos (relacionado ao perfil de muitos servidores estatutários) (G16); limitação na gestão de recursos humanos (G22)*. A partir destes depoimentos, é possível dizer que existem problemas interpessoais que necessitam ser melhor investigados para que seja possível intervir e propor soluções.

No contexto das oportunidades (Figura 1.c) as palavras crescimento e servidores, seguidas de motivar equipes e serviço profissional aparecem com maior frequência. Se ocupar um cargo de gestão oferece uma oportunidade, a percepção dos gestores majoritariamente é de se tratar de uma grande oportunidade de aprendizado e crescimento pes-

soal e profissional: *crescimento pessoal e profissional (G1, G4, G2, G16, G20) e aprendizado (G2, G3, G9)*. Alguns dos respondentes explicam como se dá esta oportunidade: *troca de experiências com a equipe e a oportunidades de ver processos de trabalho bem definidos impactando nos serviços aos usuários (G9); Ampliação da visão do funcionamento e dificuldades dos serviços de saúde (G5); De ter uma equipe proativa... avançar nos indicadores do acordo de Gestão (G14)*.

As oportunidades também se apresentam com certo nível subjetividade e de um desejo manifesto: *fazer o bem (G12); ajustes entre o público alvo e os servidores, a ponte por assim expressar (G13); motivar e os inspirar em reinventar mesmo diante das dificuldades do dia a dia (G15); integração de servidores de forma motivacional (G17); conseguir motivar os servidores a trabalharem da melhor forma possível ante a quantidade de adversidades enfrentadas no dia a dia (G18); oportunidade de aprendizado para melhoria dos serviços de saúde, mesmo que seja serviço de formiguinha (G19); oportunidade de realmente oferecer um serviço de saúde eficaz (G20)*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos.

Em se tratando dos princípios e da direcionalidade do SUS, as abordagens sobre a gestão pública implicam no entendimento sobre a sua natureza diversa, complexa e polivalente.

Este trabalho discute um pequeno conjunto de informações que dão ênfase ao ponto de vista dos gestores da APS da Região Sudoeste de Saúde da SES-DF, acerca de seu perfil demográfico e de gestão.

Mais do que a geração de pressupostos e hipóteses o estudo mostra algumas constatações empíricas que podem ser relevantes: expressiva representatividade feminina na gestão, o que mostra que as mulheres estão, progressivamente, ocupando espaço no cenário da gestão pública. Também expressivo predomínio de enfermeiras na gestão local da saúde. Em virtude dos resultados obtidos na análise simultânea dos instrumentos de gestão, disponíveis e produzidos com vistas ao planejamento das ações e para gerir de forma mais efetiva o atendimento à comunidade.

Também, percebe-se a importância do profissional de saúde, que tem interesse em dedicar-se à gestão, realizar cursos voltados para área que os instrumentalize para compreender a utilidade dos instrumentos de gestão e as potencialidades de cada um deles, pois é possível identificar uma pequena diferença na apropriação destes instrumentos por parte dos gestores que fizeram capacitações na área. Ainda, é possível dizer que os profissionais vêm buscando qualificação, porém o estudo mostra a presença recorrente de limitações estruturais e o necessário incentivo para SES-DF ofertar cursos de capacitação na área de gestão em saúde.

Quanto à motivação e oportunidades que levaram os gestores a atuarem no cargo de gestor, o estudo revela a busca por um crescimento profissional e pessoal, a intenção de contribuir como indutores de mudança para qualificar a assistência prestada, com desenvolvimento de processos de trabalho eficientes; aprender, acreditar e lutar pelo SUS. A pesquisa mostra que metade dos participantes não têm curso na área de gestão e que a experiência profissional e o tempo no cargo é um facilitador para o processo de trabalho. A gestão na saúde permite a aquisição de competências e, ao mesmo tempo, estimula a prática de ações que aprimoram

o trabalho e suprem as demandas atuais das unidades de saúde preocupadas com a otimização de seus processos.

No tocante aos desafios para a gestão, os gestores enfrentam no seu processo de trabalho diversos entraves, como: a falta de insumos, déficit de recursos humanos, alto índice de absenteísmo, ausência de manutenção predial e reformas, gerenciamento conflitos, interferência políticas e autonomia restrita.

Os resultados embora não permitam inferências indutivas fornecem algumas evidências e subsídios para questionamentos e podem influenciar o desenho da estratégia de apoio ao processo descentralizado de gestão no âmbito da SES-DF.

O estudo possui limitações e a principal é o número reduzido de gestores que efetivamente participaram da pesquisa e ao cenário, uma vez que os pesquisadores optaram por abordar apenas os gestores da APS da Região de Saúde Sudoeste da SES-DF. Sendo assim, recomenda-se ampliar a investigação para as demais regiões de saúde do DF, a fim de obter um conjunto de informações que permitam uma compreensão melhor da realidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Jorge JC, Marques ALN, Côrtes RM, Ferreira MBG, Haas VJ, Simões ALA. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 2015 [acesso em 2021 abr 07]; 4(1):28-41. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 2011 out. 24; Seção I.p 48-55.
4. Bazzo-Romagnoli AP, Gimenez-Carvalho B, Nunes EFPA. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014, 13(27):168-180. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.gubs>.
5. Barbosa CM. Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016 [acesso em 2020 ago 28]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21671>.
6. Henrique F. Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde. CDD 22.ed. – 362.1068. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017 [acesso em 2020 set 04]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24110/2/flavia.pdf>.

7. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, Leite FS, Silva JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014 [acesso em 2020 set 03], 48(5):907-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000018>.
8. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Superintendências. 2020 [acesso em 14 abr 2021]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>.
9. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Brasília Metropolitana. Brasília, 2018 [acesso em 15 abr 2021]. Disponível em: <http://brasiliametropolitana.codeplan.df.gov.br/#/distrito-federal/pessoas>.
10. Franco MLPB. *Análise de Conteúdo*. Brasília, 2ª edição: Liber Livro Editora; 2005.
11. Surveygizmo. Using word clouds to present your qualitative data. 2012 [Accessed 24 abr 2021], Sandy McKee. Available from: <https://www.surveygizmo.com/survey-blog/what-you-need-to-know-when-using-word-clouds-to-present-your-qualitative-data>.
12. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010 jan-fev, 63(1):11-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100002>.
13. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004, 57(4):441-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400011>.
14. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 2001.
15. Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no programa saúde da família. *Saúde e Sociedade*. 2010, 19(4):852-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400012>.
16. Ohira RHF, Cordoni Junior L, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014, 19(2):393-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>.
17. Peiter CC, Caminha MEP, Oliveira WF. Perfil dos gerentes da atenção primária: uma revisão integrativa. Espaço para a saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. Londrina, 2017, 18(1):165-173. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2017v18n1p165>.
18. André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Revista de Saúde Pública*. 2013, 47(1):158-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100020>.
19. Santos AS, Silveira RE, Mendonça FTNF, Buso ALZ, Silva SGF, Silva DD. Perfil de gerentes da Atenção Primária à Saúde de um Município de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 2016, 5(1):3-11. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v5i1.1392>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2002. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.60, p.48. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.
21. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Gestores da Saúde assinam acordo de gestão regional e local. 2020 [acesso 21 abr 2021]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/gestores-da-saude-assinam-acordos-de-gestao-regional-e-local/>.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: Editora MS, 2016 [acesso em 21 abr 2021]. 1. Ed. Rev. Série articulação interfederativa, v.4, p.138. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2006 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html.
24. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano distrital de saúde 2020-2023. 2019 [acesso em 15 abr 2021]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf.
25. Almeida M. Gestão compartilhada de recursos públicos da saúde: desafios para o desenvolvimento de um modelo de avaliação de implementação. Brasília. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Escola Superior em Ciências da Saúde; 2019.
26. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009, 14 (supl.1):1541-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800028>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Gestores do SUS: olhares e vivências. Brasília, DF: Editora MS, 2006 [acesso em 10 abr 2021], p.193. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestores_sus_olhares_vivencias.pdf.
28. Sales NC, Silva MGC, Pinto FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2014, 27(3):389-97. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/2473>.
29. Santi DB, Barbieri AR, Chead MFM. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2018 [acesso em 10 abr 2021], 16(1). Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v16n1a11.pdf>.