

PERFIL DA GERÊNCIA E DAS AÇÕES DE PLANEJAMENTO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

*PROFILE OF THE MANAGEMENT AND PLANNING ACTIONS IN HEALTH DISTRICTS
IN THE MUNICIPALITY OF NATAL/RN*

*PERFIL DE LAS ACCIONES DE GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN EN DISTRITOS DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE NATAL/RN*

*Flávia Machado
Flávia Christiane de Azevedo Machado
Valeska da Costa Silva*

RESUMO

Gerenciar Distritos Sanitários requer competências em prol da melhoria contínua em planejar-executar-monitorar. Assim, conduziu-se estudo para avaliar, em 2022, o planejamento dos cinco Distritos sanitários de Natal/RN, segundo os seus respectivos gerentes. Para tanto, aplicou-se formulário semiestruturado, validado por especialista, contendo variáveis do perfil dos gerentes, competências de planejamento e programação, instrumentos de gestão do SUS. O formulário, após validação passou de 48 a 46 itens, sendo os critérios de validação; clareza do texto, importância do conteúdo, pertinência para avaliar práticas gerenciais de planejamento nos Distritos. Dos 05 gerentes, 03 têm especialização, sendo dois na área de gestão. Identificou-se incompreensão conceitual do planejamento e desconhecimento de ferramentas de planificação. Os discursos quanto às atividades de um planejamento ascendente, participativo, estratégico e situacional, indicam despreparo para a função gerencial. Todavia, o problema de qualificar a gestão é institucional, estando implicada na criação dos bacharelados em saúde coletiva no Brasil.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Políticas, Planejamento, Administração em Saúde, Distrito Sanitário.

ABSTRACT

Managing Sanitary Districts requires competences in favor of continuous improvement in planning-execution-monitoring. Thus, a study was carried out to evaluate, in 2022, the planning of the five health districts of Natal/RN, according to their respective managers. For that, a semi-structured form was applied, validated by a specialist, containing variables of the managers' profile, planning and programming skills, SUS management instruments. The form, after validation, went from 48 to 46 items, the validation criteria being; clarity of the text, importance of the content, pertinence to evaluate managerial planning practices in the Districts. Of the 05

managers, 03 have specialization, two in the management area. Conceptual misunderstanding of planning and lack of planning tools were identified. The speeches regarding the activities of an ascending, participative, strategic and situational planning, indicate unpreparedness for the managerial function. However, the problem of qualifying management is institutional, being involved in the creation of bachelor's degrees in public health in Brazil.

Keywords: Health Management, Health Policy, Planning and Management, Local Health Systems.

RESUMEN

La gestión de los Distritos Sanitarios requiere competencias a favor de la mejora continua en la planificación-ejecución-seguimiento. Así, fue realizado un estudio para evaluar, en 2022, la planificación de los cinco distritos de salud de Natal/RN, según sus respectivos gestores. Para eso, se aplicó un formulario semiestructurado, validado por un especialista, que contenía variables de perfil de los gerentes, habilidades de planificación y programación, instrumentos de gestión del SUS. El formulario, después de la validación, pasó de 48 a 46 ítems, siendo los criterios de validación; claridad del texto, importancia del contenido, pertinencia para evaluar las prácticas de planificación gerencial en los Distritos. De los 05 gerentes, 03 tienen especialización, dos en el área gerencial. Se identificaron malentendidos conceptuales de la planificación y falta de herramientas de planificación. Los discursos sobre las actividades de una planificación ascendente, participativa, estratégica y situacional, indican falta de preparación para la función gerencial. Sin embargo, el problema de la calificación de la gestión es institucional, estando involucrado en la creación de licenciaturas en salud pública en Brasil.

Palabras clave: Gestión en Salud, Política de Salud, Planificación y Administración en Salud, Sistemas Locales de Salud.

1. INTRODUÇÃO

Planejar pressupõe alcançar objetivos estrategicamente com base no contexto vigente e governabilidade. Não obstante, o planejamento situacional e programação estão na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma ação democrática, racional e efetiva¹. Neste sentido, Carlos Matus, referência do planejamento estratégico, preconiza que o “problema” é um padrão fora da normalidade para o “ator social” e assim, necessita, a partir do diagnóstico da “situação” vigente que é complexa, analisar a cadeia causal dos problemas, para identificar nós críticos passíveis de ação e definir planos de ação. A viabilidade sobre o plano é realizada pela análise contextual de fatores favoráveis e não favoráveis, incluindo os recursos e demandas necessários e as competências técnicas, intelectuais, interpessoais e intrapessoais. Por sua vez, a instituição do plano é guiada pela programação onde deve-se monitorar as ações e assim, verificar as tendências de modificação do problema e definir sobre a continuidade do plano

vigente ou elaboração de novos planos.²

Assim, planejar mobiliza o Triângulo de Governo cujos vértices são o *projeto de governo* (projeto de ação elaborado pelo ator que governa); a *capacidade de governo* (habilidade e conhecimentos técnicos do ator); e a *governabilidade* (liberdades e o poder que o autor tem para executar o projeto). Os elementos deste triângulo evidenciam os fatores para a operacionalização da Política do SUS e, por conseguinte, da Gestão em Saúde.² Não obstante, no campo da Saúde, o planejamento é uma diretriz operacional que deve orientar todos os processos de trabalho no âmbito da Gestão a nível Nacional, Estadual, Municipal e distrital, bem como os processos internos dos serviços de saúde das diferentes complexidades e densidades tecnológicas. Especificamente, no âmbito dos Distritos Sanitários, uma estratégia de territorialização para viabilizar uma atenção à saúde efetiva em conformidade às demandas locoregionais, a discussão de planejamento é ainda mais veemente.

A compressão dos Distritos Sanitários abrange a estratégia de construção do SUS universal, equânime e descentralizado, atendendo aos princípios da Lei Orgânica em Saúde. Os distritos são construídos a partir da definição de território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho que devem ser considerados em sua peculiaridade para o processo de planejamento e gestão. O distrito sanitário é a menor unidade operacional e administrativa, definida de acordo com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos. Assim, a organização do sistema de saúde em distritos sanitários permite uma hierarquia em atenção primária, secundária e terciária à saúde. Além disto, deve-se compreender o distrito sanitário como um processo social de transformação das práticas de saúde e, por consequência, melhoria da qualidade de vida no território.³

No tocante ao município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, a rede de saúde está organizada em cinco distritos sanitários: Norte I, Norte II, Leste, Oeste e Sul, estabelecidos pela gestão para a composição dos fluxos assistenciais e descentralização. A distritalização no município de Natal ocorreu no ano de 1987, com a finalidade de reorganizar a política municipal de saúde tendo como base a territorialização da cidade e, nesse sentido, foram estabelecidos, inicialmente, quatro distritos sanitários (Norte, Leste, Oeste e Sul). Em 2005, houve um novo processo de distritalização no qual foi constatado que a Zona Norte possuía condições sócio-demográficas e epidemiológicas peculiares em relação às outras regiões, sendo necessária uma reconfiguração onde o distrito Norte foi dividido em Norte I e Norte II.⁴

Em se tratando do SUS, a gestão é norteada por normativas específicas orientadoras de como o planejamento deve ocorrer no cotidiano dos serviços e sistemas de saúde, envolvendo

assim aspectos relacionados ao desenho, organização, monitoramento e avaliação das ações. Os instrumentos de planejamento do SUS propõem um processo cíclico de operacionalização da política de forma integrada, solidária e sistematizada na perspectiva de ciclos de melhoria contínua. Esses instrumentos são o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)⁵

As normas do SUS têm requisitos que expressam as responsabilidades dos gestores das três esferas do governo com relação à saúde da população. As Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990 estabelecem que o planejamento deve ser ascendente e articulado, obedecendo as ações programáticas e a previsão orçamentária do Plano de Saúde. Neste sentido, em 2006, com a instituição do Pacto pela Saúde, no tocante ao Pacto de Gestão, foi implementado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) visando coordenar o processo de planejamento de forma contínua, participativa, integrada e articulada entre os três entes federativos. O PlanejaSUS enalteceu a descentralização, implicando aos gestores locais mais responsabilidades mediante a aplicação dos instrumentos de gestão. Ainda, para instituir a cultura do planejamento, foi criada a Portaria MS/GM nº 2.135/13, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS.⁵

O PS é um instrumento que norteia o planejamento para o período de quatro anos, estruturado por uma análise situacional do território e priorização das ações de saúde definidas através de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.⁶ Para que as ações preconizadas no PS aconteçam, Estados e Municípios devem elaborar a PAS, a qual é determinada como o processo operacional do plano. A PAS tem como base o Plano de Saúde e é o instrumento de anualização das metas previstas com a criação de ações estratégicas para o PS e prevê a alocação de recursos orçamentários para a execução, servindo também para subsidiar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA). A LOA, por sua vez, é o instrumento que prevê todos os recursos orçamentários do serviço público. Ressalte-se a importância desses instrumentos para o progresso das políticas de saúde e, neste sentido, há possibilidade de penalização pelo descumprimento, inclusive com o bloqueio dos repasses financeiros da esfera federal.⁷

Para a efetividade do planejamento, é fundamental a associação com estratégias de avaliação, mais especificamente, de avaliações periódicas, contínuas e frequentes; o monitoramento.⁸ O RDQA é um instrumento de monitoramento da execução das ações da PAS, possibilitando os gestores, Conselho de Saúde e população verificar o resultado alcançado com os planos postos em prática no contexto dos fatores facilitadores e dificultadores, a cada quatro meses. RAG é o instrumento que apresenta todos os resultados alcançados durante o ano, de prestação de contas da execução do PS, PAS e orçamentária, seguindo o modelo estabelecido

pelo Conselho Nacional de Saúde.⁶

Sendo assim, um Plano de Saúde elaborado para quatro anos é executado ano a ano, por meio da programação anual em saúde, e dentro do intervalo de 12 meses (01 ano), existem três avaliações, a cada quatro meses, para verificar a necessidade de mudanças de planejamento em prol do alcance dos resultados (relatório quadrimestral). Portanto, trata-se de um planejamento estratégico situacional cujo processo cíclico e contínuo demanda indicadores para verificar o desempenho das programações anuais em saúde em andamento a alcançar as metas pactuadas nos planos de saúde.⁶

Portanto, a descentralização das atividades gerenciais e de planejamento nos níveis federal, estadual e municipal exige do gestor a nível dos sistemas de saúde e gerentes, a nível de serviços de saúde, a capacidade de gestão e planejamento para as atividades assistenciais do território: identificação de problemas, identificação de fatores contribuintes para situação-problema, definição de prioridades, estratégias, viabilidade de ações, definição de atores responsáveis para execução, monitoramento e avaliação.^{2,8} Portanto, a gestão e gerência requerem competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) em prol da qualidade técnica, efetividade e eficiência do funcionamento do sistema de saúde como um todo desde os serviços até as Redes de Atenção à saúde em si. Para tanto, os profissionais à frente das atividades gerenciais devem conhecer as políticas públicas de saúde, normas técnicas, portarias, leis de regulamentação, incluindo a prestação de contas, em conformidade a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Esta Lei dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.⁹

Assim, é necessário que os distritos sanitários possam contar com profissionais que possuam conhecimento aplicado em planejamento na área da saúde, apresentando capacidade técnica na elaboração dos instrumentos de planejamento instituídos pela Lei Complementar nº 141/2012. Não obstante, a graduação em Saúde Coletiva no Brasil, surgida em 2009, teve como pontos desencadeadores o déficit de profissionais qualificados para a gestão do SUS, identificado como um nó crítico substancial. No caso, previamente ao bacharel em Saúde Coletiva, o sanitarista era um profissional com graduação em saúde diversa, como medicina, enfermagem, odontologia, com pós-graduação em Saúde Coletiva ou áreas afins. Assim, esses profissionais provinham de uma formação acadêmica biologicista, tecnicista, não

contemplando discussões relacionadas às iniquidades sociais em saúde, gestão em saúde, por exemplo, de forma detalhada e transversal à formação. Isto, potencialmente, dificulta o exercício gerencial necessário a efetivação de um Sistema Público de Saúde universal, eficiente e efetivo para um país com grandes especificidades locoregionais como o Brasil.¹⁰

Portanto, o Bacharel em Saúde Coletiva teria o perfil profissional qualificado à gestão, ao compreender a Política de Saúde com um olhar ampliado para as questões sociais, formados para ser um ator estratégico e articulado, para somar aos outros profissionais atuantes no setor de saúde, de maneira orgânica. Para tanto, ao longo do processo formativo o sanitarista bacharel perpassa por componentes relacionados aos campos estruturantes da Saúde Coletiva; Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Política, planejamento e Gestão, Epidemiologia.¹⁰ Todavia, há desafios a integração dos bacharéis sanitaristas no mundo do trabalho, dentre eles a ausência de concursos públicos específicos para o bacharel, a ausência de atividades transversais ao longo do processo formativo na perspectiva da curricularização da extensão e o desconhecimento, de forma geral, da sociedade acerca desta formação.¹⁰

Por conseguinte, o presente estudo buscou avaliar, em 2022, o planejamento dos cinco Distritos sanitários de Natal/RN, segundo os seus respectivos gerentes.

2. MÉTODO

Estudo de avaliação, de caráter observacional, seccional, descritivo e exploratório, realizado no âmbito dos Distritos Sanitários do Município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Os sujeitos da pesquisa são os gerentes dos cinco Distritos Sanitários de Natal, constituindo o estudo um censo. O município de Natal é dividido em cinco Distritos Sanitários, possuindo serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Média e Alta Complexidade. Na APS, há 57 unidades básicas de saúde, sendo 40 unidades de estratégia de saúde da família. Na atenção especializada, Natal conta com 24 serviços como Unidades de Pronto Atendimento, hospitais gerais, hospital infantil, maternidades, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), centro de especialidade odontológica, policlínicas, centro de atenção psicossocial, Centro de Controle de Zoonoses e as vigilâncias em saúde.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas composto por três blocos, cada bloco contendo subseções em algumas perguntas. O primeiro referente à *identificação do perfil dos respondentes da pesquisa* (sexo, idade, formação específica, tempo de atuação na gerência do Distrito Sanitário,

experiência prévia na gestão e a área de atuação); o segundo bloco relativo às *competências de gestão para o planejamento e programação* (técnicas; interpessoais e intrapessoais) e o terceiro bloco relacionado aos *instrumentos de gestão do SUS, elaboração, utilização e acompanhamento dos instrumentos*.

De modo geral, no campo da administração, as competências gerenciais, de acordo com Henry Mintzberg¹¹, são as técnicas, intelectuais, interpessoais e intrapessoais. Dentre as *técnicas*, destacam-se a produção, processamento, monitoramento de informação para tomada de decisão, administração de recursos; nas *interpessoais* frisam-se a liderança, mediação de conflito, representação simbólica dos valores organizacionais no ambiente interno e externo à instituição, comunicação organizacional interna e externa, negociação com outras organizações, promoção à inovação e *intrapessoais* a administração racional do seu próprio tempo e autocritica sobre o seu desempenho organizacional. Portanto, o formulário buscou contemplar esses aspectos.

De modo geral, o formulário foi estruturado com base em elementos captados em revisão de literatura e com base na experiência profissional dos autores. Para viabilizar a aplicação com vistas à validade, foi realizada uma validação de conteúdo por especialista. A participação de um especialista para validação caracteriza uma amostra de conveniência típica da pesquisa qualitativa. Os critérios para definição deste especialista (n=1) foram: formação em saúde coletiva a nível de graduação (bacharel sanitarista), pós-graduação em saúde coletiva *Stricto* ou *Lato senso* e experiência na gestão no âmbito do planejamento do SUS.

Este especialista foi convidado via carta convite enviada por e-mail com instruções para proceder a avaliação. Junto a carta convite estava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à participação para validação de conteúdo do instrumento. No caso, o especialista foi orientado a indicar se concordava em níveis de total concordância a não concordância, via escala Likert, com cada item do formulário proposto quanto à *validade da pergunta em medir o que se propunha e a clareza do texto*. Assim, as perguntas que orientaram a avaliação do formulário foram:

“Quais perguntas seriam importantes para avaliar o perfil da gerência nos Distritos Sanitários e ações de planejamento?” / “Como realizar essas perguntas considerando a forma do texto no sentido de sua clareza de entendimento?”

Em caso de não concordância, fosse total ou parcial, solicitou-se a indicação de sugestão de alteração. Após esta análise o especialista retornou o instrumento aos pesquisadores. Assim, os membros da equipe de pesquisa procederam aos ajustes, reenviando o instrumento para o

especialista. O instrumento foi considerado válido quando todos os itens foram julgados como concordância ou concordância total.

Após validado o instrumento, para viabilizar a coleta dos dados, os cinco gerentes foram contatados via aplicativo de mensagem (whatsapp®) para agendar a melhor data e local. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2022 de modo presencial nos Distritos Sanitários dos respectivos gerentes pesquisados. A aplicação se configurou no formato de entrevistas individuais sendo utilizado o recurso da gravação de voz para que nenhuma informação fosse perdida durante a entrevista. Isto para contemplar o melhor registro do dado, para posterior transcrição, e análise.

Portanto, em virtude da configuração do formulário com questões fechadas e abertas, procedeu-se a análise dos dados quantitativos por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e análise das questões abertas por meio da análise do Discurso do sujeito, técnica característica da abordagem qualitativa. A Análise do Discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido. A análise de Discurso compreende o dizer como ideologicamente marcado, apreendendo o sujeito como assujeitado ao coletivo no nível inconsciente. O sujeito filia-se ou interioriza o conhecimento da construção coletiva, sendo porta-voz daquele discurso e representante daquele sentido. Portanto, deve haver uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso.¹² Assim, as respostas dadas pelos gerentes foram transcritas para interpretar o plano de fundo das ideias e criar categorias temáticas com base em referenciais teóricos relacionados ao objeto em estudo.

No tocante à ética, o estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa em conformidade a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, estando por sua vez, adequado a Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018. O estudo foi desenvolvido sem apoio financeiro de terceiros ou instituições de fomento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção está organizada de modo a contemplar os resultados referentes à validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados e à aplicação do referido instrumento.

O estudo, inicialmente, contava com o formulário estruturado em três blocos: o primeiro relacionado ao perfil dos gerentes, contendo oito perguntas; o segundo contendo perguntas sobre competências gerenciais para o planejamento e programação em saúde, com 31

perguntas; o terceiro bloco referente aos instrumentos de gestão do SUS com nove perguntas, totalizando 48 perguntas para validação do formulário. Os três blocos continham perguntas abertas e fechadas.

Na primeira etapa de validação, no caso o primeiro envio do instrumento para análise do especialista, este apontou algumas mudanças no formulário. No primeiro bloco obteve-se 100% de concordância, não havendo indicação de modificações. Entretanto, no segundo bloco, nove itens do formulário obtiveram concordância parcial, sendo recomendadas correções textuais, inclusão de novos itens relativos ao planejamento participativo e remoção de outras questões repetitivas referente às equipes multidisciplinares e ao planejamento de atividade. Por sua vez, no terceiro bloco, foi recomendada a inserção de novos itens para contemplar conteúdos não expressos no formulário. No caso, conteúdos relativos ao orçamento.

Na segunda etapa, realizou-se o reenvio ao especialista após análise e adequação do instrumento frente às modificações sugeridas. No caso, a segunda versão do formulário continha no primeiro bloco, oito questões; no segundo bloco, 28 questões e no terceiro; 10 questões. A validação obteve resultado de 100% de concordância, sendo o formulário validado para aplicação com um total de 46 perguntas (anexo).

O especialista participante deste estudo foi um indivíduo do sexo masculino, bacharel em saúde coletiva, pós-graduado *lato senso* em saúde coletiva, com experiência na gerência de um Distrito Sanitário do Município de Natal por 10 meses e na gestão em Secretaria de Saúde no setor de planejamento por 02 anos.

Os resultados relacionados à aplicação do formulário são apresentados de modo a contemplar uma caracterização e análise do perfil do gerente, competências gerenciais e instrumentos de gestão. Os fragmentos de texto presentes nesta seção representam as falas dos gerentes captadas nas entrevistas e, em conformidade aos compromissos de sigilo da identidade foram atribuídos códigos para as falas de cada gerente, a saber: G1, G2, G3, G4 e G5.

Perfil dos Gerentes

O perfil dos gerentes está caracterizado na tabela 1.

Tabela 1- Perfil social e demográficos dos gerentes dos cinco Distritos Sanitários do Perfil da gerência nos distritos sanitários e as ações de planejamento. Natal/RN. 2022.

Sexo (N=5)	n	%
Feminino	3	60

Masculino	2	40
Faixa etária (N=5)	n	%
21-30	1	20
31-40	3	60
41-50	0	0
51-60	1	20
Escolaridade (N=5)	n	%
Nível médio	0	0
Nível técnico	1	20
Graduação	2	40
Especialização	2	40
Tempo de trabalho no DS (N=5)	n	%
6 meses-11 meses	0	0
1 ano- 3 anos	3	60
4 anos – 5 anos	2	40
6 anos – 10 anos	0	0
Experiência prévia na gestão (N=5)	n	%
Sim	4	80
Não	1	20
Curso na área de planejamento (N=5)	n	%
Sim	4	80
Não	1	20

Fonte: Autores (2022).

O estudo identificou quanto ao perfil dos gerentes um predomínio do sexo feminino com 60% dos resultados. A maioria situa-se na faixa etária de 28 a 54 anos. Em relação à escolaridade, um gerente possui apenas um curso técnico em enfermagem, quatro gerentes possuem nível superior e dentre estes, três possuem formação na área de saúde. No caso, os de formação em saúde são dois enfermeiros e um cirurgião dentista e o um gerente com formação em outra área, possui graduação em direito. Dos 05 gerentes entrevistados, 03 têm especialização, sendo dois desses na área de gestão.

Quanto à formação dos gerentes, a predominância dos cargos sendo ocupados por profissionais da enfermagem é semelhante a outros estudos.^{13,14,15} Dentre as profissões na área da saúde, a enfermagem é a que mais se destaca para a prática gerencial na sua formação, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução 194/1997, que determina a possibilidade de o enfermeiro ocupar cargos de direção em geral em qualquer esfera de governo. Todavia, em estudo¹⁶ desenvolvido com o objetivo de elaborar o perfil sociodemográfico e educacional dos gerentes de território da Estratégia Saúde da Família e identificar os tipos de qualificação ou processo de educação permanente em que os gerentes estão inseridos, identificou-se que o cargo de gestão não deve ficar centralizado no profissional

de enfermagem, mas sim em profissionais com qualificações técnicas necessárias para exercer a função com efetividade.

No estudo vigente, o gerente bacharel em direito, curso não vinculado à área da saúde e, portanto, onde não há competências específicas relacionadas à gestão em saúde, possui pós-graduação em gestão em saúde. Isto evidencia a busca por melhorias no exercício gerencial. Mas, suscita questionamentos acerca de perfis mais adequados à gerência de Distrito Sanitários. Isto porque há parca literatura que oriente a missão dos Distritos, o funcionamento esperado para atingir esta missão e os recursos necessários a este fim.

Ao analisar o tempo de exercício de gestão no Distrito Sanitário em que se encontra atualmente, em 2022, verificou-se que a maioria dos gerentes tinha em média 03 anos de gestão, sendo o tempo mínimo de 02 anos e o máximo de 04 anos. No tocante à experiência prévia na gestão, 03 responderam que sim, na área da saúde, a saber: em unidades básicas e unidades de pronto atendimento (UPA) e 02 responderam que não.

Em relação à oferta de algum curso na área de planejamento pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 01 gerente respondeu não haver sido ofertado, tendo este gerente 02 anos de gerência no Distrito Sanitário. Desta forma, a não existência deste importante curso ou atividade correlata, pode estar relacionada a pandemia da COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde¹⁷, que acarretou o fechamento dos estabelecimentos em todo o mundo. Assim, modificando a sociedade de forma ampla, e, possivelmente, isto repercutiu na não oferta de capacitações para os profissionais da rede. Corroborando este argumento, os demais gerentes responderam que foi ofertado curso pela SMS, estando esses gerentes há mais tempo na função gerencial, possibilitando a participação em atividades educação em saúde voltadas ao planejamento e, possivelmente, a outras questões relacionadas ao processo de trabalho.

A educação permanente em saúde possibilita que os profissionais reflitam sobre suas práticas e condutas, compreendam o seu processo de trabalho e busquem novas estratégias de intervenção para aperfeiçoar o trabalho. Ademais, auxiliam os profissionais a superarem dificuldades individuais e transformar as relações coletivas estabelecidas do mundo do trabalho¹⁸. Assim, atividades de educação em saúde são essenciais.

Competências Gerenciais

O gerente precisa desempenhar algumas funções no seu dia a dia, devendo definir estratégias, planejar ações, recursos e sua aplicabilidade, realizar diagnósticos de situações,

solucionar problemas, despertar criatividade e inovações, definir papéis e tarefas.¹⁹ Neste sentido, em relação à compreensão sobre o conceito do planejamento em saúde, segundo os gerentes, apresentam-se os fragmentos extraídos do corpo do discurso captado na entrevista:

[...] É programar as ações inerentes às políticas de promoção à saúde. Desde a parte preventiva até a curativa (G2).

[...] Ter um bom financeiro, ter uma finança da saúde, para caso venha acontecer esses problemas, ter como recorrer, tem o planejamento de saúde da família, que são aquelas pessoas não venha a ter problemas de saúde graves, lotados os hospitais e sim ter aquele primeiro atendimento, a básica (G5).

[...] Planejar, pra mim, é ter uma vigilância, executar, construir fluxos junto com minha equipe (G1).

A implementação do planejamento nos processos de trabalho é um consenso entre todos os autores e estudos mostram que o planejamento está dentre as principais atividades exercidas na gerência, visto que é o responsável para o alcance de objetivos e metas estabelecidos.^{14,20,21} Para o desenvolvimento de um planejamento é necessário traçar caminhos para o seu objetivo final. Nesse aspecto, o desenvolvimento do planejamento em saúde é feito através das necessidades apontadas, atuação de forma coletiva, mas sem a caracterização das fases de planejar conforme ilustram os fragmentos:

[...] Fazendo um planejamento dependendo de qual área a gente vai atuar. Por exemplo, se a gente atuar referente às arboviroses, a gente vai fazer um planejamento junto com os núcleos (G3).

[...] Através das necessidades apontadas pela procura nos serviços de demandas extras, como também do planejamento das ações que assegurem o que tá garantido na política (G2).

No tocante ao desenvolvimento do planejamento participativo, todos os gerentes responderam que realizam. Quanto ao modo deste planejamento, as reuniões foram a única técnica. Essas ocorrem com as equipes do Distrito Sanitário, havendo a participação integrada com os outros serviços pertencentes ao território do Distrito, somente em reuniões de colegiados, onde há a participação dos gerentes das unidades de Atenção Primária à Saúde e de serviços especializados do território. Esta argumentação é subsidiada nos trechos a seguir:

[...] Com reuniões. Reuniões periodicamente, discussões, passando núcleo por núcleo, fazendo visitas nas unidades. Também por grupos de WhatsApp. Então assim, a gente sempre está participando, sempre tá interativo com os nossos servidores e as nossas unidades (G1).

[...] Nos reunimos, temos um dia só para os serviços especializados e outro só com as unidades básicas, que realizamos com os diretores e os administrativos, para não entrar em conflito, porque tem coisas que a especializada não faz diante das básicas e da unidade de saúde da família. (G4).

A participação ampliada de gerentes de serviços integrantes ao território pertencente ao Distrito Sanitário, somente em reuniões colegiadas, fragiliza a perspectiva do planejamento estratégico, que possui como método a definição do ator que planeja; a missão da organização; formulação e descrição de problemas; analisar a viabilidade do plano. Isto porque este tipo de planejamento pressupõe a participação dos diferentes atores sociais envolvidos de modo a aumentar as chances de identificação dos problemas potenciais, atuais, mediatos e imediatos, bem como captar os nós críticos integrantes da cadeia causal com vistas a compreender a causa raiz do problema.² Não obstante, a participação ampliada também está relacionada à maior implicação dos sujeitos com os processos.

O profissional que não é incluído no processo de trabalho, suscita o não se sentir sujeito do processo de intervenções, programações para resolver um problema sanitário coletivo. Assim, não desenvolve a competência intelectual da criatividade e intrapessoal da responsabilização para atingir o objetivo final proposto.²² O planejamento deve ser ascendente no território, tomando como base a realidade situacional, envolvendo todos os trabalhadores e profissionais de saúde, como também a participação social para a tomada de decisões nas ações de saúde.

Portanto, envolver a equipe no processo de trabalho, requer a construção de espaços de diálogo entre os profissionais, de modo a estimular a interação entre eles, para a instituição de uma cultura organizacional. Neste caso, especificamente, uma cultura de planejamento e as fases deste processo que excedem, em muito, a realização de reuniões como estratégia única. A cultura organizacional é entendida como um conjunto de hábitos, crenças, estando diretamente ligada às pessoas que constituem uma organização. As ações são estabelecidas por normas através de líderes de maneira estratégica, para seus colaboradores que irão traçar linhas para a ação. Para a instituição de uma cultura organizacional, a gerência desempenha importante função em virtude dos papéis gerenciais de liderança e símbolo da organização.²³

Além do envolvimento dos profissionais, seja da gerência seja da assistência à saúde, é fundamental a participação dos usuários. Não obstante, o conceito de qualidade envolve a satisfação do usuário, por meio do atendimento às suas expectativas e resolução dos problemas, uma vez que este indivíduo é o foco do processo de cuidado em saúde. O envolvimento do

usuário viabiliza a criação e fortalecimento contínuo de vínculos, criando assim, a confiança deste com a Rede de Atenção à saúde.²⁴

A percepção de planejamento como reuniões, possivelmente, relaciona-se ao parco conhecimento de instrumentos passíveis de utilização nas fases do planejamento. De forma geral, o planejamento tem cinco fases, na verdade, momentos, uma vez que não existe uma ordem obrigatória na cronologia do desenvolvimento (antes/depois), podendo ocorrer simultaneamente. Os momentos são: explicativo ou diagnóstico em que se atribui a análise situacional, identificando os problemas e os priorizando, considerando a governabilidade de resolução, impacto, recursos e viabilidade; normativo é o momento que deve-se definir objetivos a serem alcançados e as mudanças que se pretende obter; momento estratégico em que são definidas as linhas de ação, recursos, análise de viabilidade, cronograma das atividades propostas com prazos, atores envolvidos e momento tático-operacional caracterizado como o fazer em si para o alcance das metas, havendo detalhamento de tarefas e previsão orçamentária. Além disso, neste último momento também são necessários o acompanhamento e avaliação de cada atividade, definindo indicadores para este fim.²

No tocante às ferramentas, no momento diagnóstico podem ser utilizadas a árvore de problemas, Diagrama de Ishikawa, técnica dos cinco porquês, matriz de priorização. No normativo podem ser utilizados modelos lógicos ou planilhas para discriminar as metas relativas a determinada situação-problema que se quer alcançar.

Os modelos lógicos são uma maneira de organizar ações de uma intervenção de modo articulado aos resultados esperados, facilitando o planejamento, a comunicação e a avaliação. Assim, a maneira mais simples é o desenvolvimento das planilhas colocando as diretrizes, objetivos, metas e indicadores caracterizando uma matriz de monitoramento.²⁵ No momento estratégico pode ser utilizada a análise ou matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), que é um método de planejamento estratégico que engloba a análise de cenários para tomada de decisões, observando 4 fatores: Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças. Assim, permite a visualização da viabilidade do plano a ser desenvolvido mediante o contexto.²⁶

Portanto, a análise dos resultados leva a inferir sobre o baixo nível de conhecimento técnico dos gerentes. No caso, apenas um gerente afirmou conhecer o Plano de Ação, e todos desconheciam as ferramentas, Cincos porquês, Matriz de Priorização, a Matriz SWOT e a SMART. De fato, há uma baixa aplicação desses instrumentos nos processos de trabalho dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, uma vez que as competências gerenciais não são exploradas de forma aprofundada nas graduações em saúde.

Esta argumentação da fragilidade dos processos de planejamento, de forma geral, e, especificamente, de forma balizada em instrumentos com a matriz SWOT perpassa o estudo de Baldissera et al²⁷ com o objetivo de compreender como as variáveis forças, fraquezas, oportunidades e ameaças possibilitam caracterizar o trabalho na Atenção Primária à Saúde, para propor coletivamente estratégias de sistematização deste processo junto às equipes de Saúde da Família concluíram que a aplicação da matriz SWOT foi considerada importante estratégia para (re) conhecimento da realidade local, fazendo-se necessário perpetuar ações dessa natureza.

Portanto, a matriz SWOT permitiu identificar diversos pontos críticos de intervenção, tal qual discutido neste estudo quanto à gestão de Distritos Sanitários, destacando a questão da educação permanente em saúde para mobilização de competências para o exercício profissional.

No sentido da discussão sobre competências gerenciais¹¹, no livro *Managing: Desvendando o Dia a Dia da Gestão*, mediante o acompanhamento de 29 gerentes de diferentes níveis de atuação, chegou-se à percepção de que os gestores não recebem nenhum treinamento ou orientação ao assumir a gerência de algum serviço, tendo que desenvolver e aprender suas atividades sozinhos. Isto está em consonância com o estudo vigente em que os gerentes dos Distritos Sanitários, por não terem orientações para o gerenciamento, adquirem poucos conhecimentos para a inovação dos processos de trabalho no serviço. Assim, exercem uma administração para solucionar problemas emergenciais, de forma não programada, caracterizando uma gestão não qualificada e incoerente ao planejamento estratégico em que é necessário estabelecer planos de ação segundo uma caracterização dos problemas em atuais, potenciais, intermediários, finais e, com base nisto, estabelecer prioridades.

Portanto, dentro do planejamento há fases do monitoramento e avaliação, possibilitando a gestão acompanhar o desenvolvimento da sua intervenção e modificá-la em tempo hábil, caso seja necessário. Todavia, no tocante a existência de monitoramento das ações desenvolvidas no Distrito Sanitário e das metas e objetivos pactuados no distrito, os gerentes responderam que realizavam o monitoramento dessas atividades cotidianamente e acompanhavam as mudanças do sistema de saúde mediante as portarias ministeriais, indicadores de saúde, decisões de gestão do nível central (Secretaria Municipal de Saúde). A periodicidade do acompanhamento, segundo os relatos de todos os gerentes participantes do estudo, era diária.

[...] A SMS sempre nos envia e pautamos de acordo com o que está escrito (G2).

[...] Geralmente as portarias quando chegam aqui, nós alertamos a todos, inclusive passamos para o grupo de diretores. Fazemos que tanto o distrito como as unidades coloquem nos seus portais na

frente, tanto para gente ter conhecimento, como o usuário também ter (G4).

Desse modo, as informações em saúde são essenciais para a condução das políticas públicas, no sentido de subsidiar os ciclos de avaliar-planejar-executar, mediante a informação-decisão-ação, além de servirem como meios de fiscalização da população acerca dos gastos e investimentos públicos. Portanto, é necessário desenvolver diálogos com as equipes, informar e tomar decisões coletivamente, mediante estratégias como fóruns. Todavia, nos distritos pesquisados, apenas um realiza fóruns, mas não frequentemente. No caso, realiza encontros para avaliar e apresentar dados do relatório quadrimestral.

Considerando que os relatórios são instrumentos de monitoramento de ações, possibilitando a gerência reorganizar suas ações em tempo hábil, a programação está dentro das fases do planejamento, sendo esta a parte mais operacional do processo, envolvendo a organização e determinação da ação, o tempo, os responsáveis pelas atividades e o prazo que precisa ser cumprido. Uma ferramenta viável para este fim é o Diagrama de Gantt que permite a visualização de todo o processo do plano proposto, destacando as tarefas, prazos e responsáveis, possibilitando assim identificar e viabilizar ações em gargalos que possam impedir o objetivo de cada atividade.²⁸

Em relação à programação, os resultados evidenciaram diferentes compreensões dos gerentes, dentre essas destacou-se a falta de conhecimento sobre o conceito de programar, como se observa nas falas transcritas:

[...] Eu faço reuniões com os núcleos, diante da demanda a gente ver qual a melhor forma que esse serviço vai ser apresentado para a população e a gente chega a um denominador comum aqui entre os núcleos e coloca para que as unidades coloquem em prática o nosso planejamento (G5).

[...] É quando geralmente... às vezes a secretaria pede, lá tem um núcleo que programa as atividades e ações e a gente mesmo aqui toda semana faz questão de tá programando as atividades, os núcleos são designados para isso, para programar as atividades (G4).

O desconhecimento do conceito, dificulta a aplicação do conceito, uma vez que, o processo de aprendizagem inicia-se por competências mais básicas de memorização e evolui para competências mais complexas da abstração. Assim, competências intelectuais estão relacionadas à capacidade de desenvolver e aperfeiçoar competências técnicas. Por conseguinte, aperfeiçoar os conhecimentos dos gerentes para definir estratégias, metas, prazos juntamente com equipes técnicas, é fundamental para o resultado das intervenções ser efetivo, eficiente e

oportuno. Neste sentido, destacam-se três pontos: a importância de uma equipe técnica, da integração da equipe em cada passo do planejamento das ações de saúde e do conhecimento dos indicadores para tomada de decisões.²⁹

No tocante à competência interpessoal de mediação de conflitos, foi questionado sobre ações conflituosas no território decorrentes de relações entre trabalhadores no cotidiano do trabalho que necessitassem de uma intervenção. Assim, todos os gerentes responderam que vivenciam isso corriqueiramente. Para mediação desses conflitos foram destacadas conversas com os profissionais, levando em conta também a autonomia dos diretores dentro dos serviços conforme o trecho abaixo:

[...] Eu aguardo um certo momento, que eu gosto que os diretores tenham autonomia em relação a isso. Então pede a primeira vez, na segunda, quando eu vejo que já está desgastante aquela situação, intervenho através de diálogo (G3).

O gerente precisa desempenhar um papel de controlador de distúrbio, intervindo em situações que fogem parcialmente do seu controle, como os conflitos entre os profissionais, profissionais-usuário, usuários-usuário, usuários-serviços. Portanto, é necessário que seja atencioso, solícito, aberto e justo. Ademais, escutar as reivindicações para assim, mediar uma solução legitimada pelos envolvidos como adequada e coerente.³⁰

Instrumentos de Gestão do SUS

O Plano de Saúde é um instrumento de planejamento construído com base nas necessidades da população e seus objetivos e metas devem ser descentralizados para que haja conhecimento dos serviços e estabelecimento das metas a priorizar.⁶ No entanto, com a grande demanda dos serviços, dificuldades de gerenciamento, como as aqui relatadas anteriormente, muitas vezes, o instrumento passa despercebido pela gestão local. E assim, o que deveria facilitar o processo de trabalho não cumpre sua finalidade. Neste ponto, novamente, se coloca a questão da educação permanente em saúde.

Apesar desta inferência, acerca do não uso do Plano de Saúde como esperado, mediante a análise do discurso dos gerentes participantes desta pesquisa, todos relataram considerar as metas e ações no seu planejamento local. Entretanto, no tocante a produção dos relatórios de gestão, apenas 02 dos sujeitos pesquisados participam integralmente do processo de elaboração e 03 participam parcialmente.

O Relatório de Gestão é um instrumento decisivo para implementação de ciclos de melhoria contínua, uma vez que discrimina as metas alcançadas, as não alcançadas e os respectivos porquês, evidenciando fatores que favoreceram e dificultaram. Isto reitera a não introjeção dos instrumentos de gestão como detentores de uma relação intrínseca e indissociável para uma gestão efetiva, independente de quem exerce a gestão. Os relatórios devem ser continuamente consultados para elaboração dos planos, não havendo assim coerência no relato dos gerentes em conhecer o plano, aplicar as metas se não há o acompanhamento e análise dos resultados por meio dos relatórios.

Ademais, os indicadores de saúde são processos que permitem mensurar, caracterizar, explicar uma situação e analisar. Podendo ser usados para analisar os determinantes sociais em saúde, identificando os riscos de doenças ou agravos à saúde. Sobre o conhecimento dos indicadores de saúde, os gerentes relataram conhecer os indicadores e os acompanhar em consulta aos Sistemas de Informações.¹ Todavia, não realizam com frequência o acompanhamento desses. Portanto, a depender da frequência, não caracterizaria a perspectiva do monitoramento, uma vez que este se constitui em uma avaliação contínua e periódica.

A avaliação é fundamental para realizar um julgamento de valor para qualquer situação de intervenção, sendo subsídio para tomada de decisões. O monitoramento e avaliação de indicadores é uma atividade intrinsecamente importante para a melhoria do território, portanto a avaliação, bem como o monitoramento têm papel fundamental dentro do processo de planejamento.¹

Portanto, em relação à realização de fóruns para apresentação dos resultados e avaliação dos indicadores, apenas um gerente disse realizar a cada quadrimestre. Isto é deveras preocupante, uma vez que a ciência dos resultados das ações desenvolvidas, verificada por indicadores é essencial para ciclos de melhoria. Acredita-se que tal situação esteja relacionada ao conhecimento, a nível superficial, dos indicadores de saúde.

Partindo-se das colocações já evidenciadas sobre a formação não relacionada à gestão, bem como da insuficiência de ações de educação permanente, este desconhecimento torna-se esperado. Estudos semelhantes ressaltam que os gerentes não possuem especialização voltada para a gestão em saúde, resultando profissionais que não se sentem aptos para exercer a função.^{13,20} Portanto, é necessário que o gerente receba capacitações para interligar a prática e a teoria, compreender e adequar teorias no seu processo de trabalho.³¹

Conhecer indicadores perpassa o conhecimento dos Sistemas de Informação, não estando os sistemas de saúde do SUS totalmente articulados para linhas gerais de intervenções.

Há os dados e informações, porém o gestor local, muitas vezes, não sabe utilizar a base de informações para intervir.²² Neste sentido, o SUS está processualmente implementando estratégias para a interconectividade como o E-SUS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados relativos ao perfil gerencial, dos sujeitos do estudo, indicaram ser a maioria mulheres, com formação na área da saúde, entretanto, não específica da gestão. Apesar de ter experiência na gestão da saúde, nenhum possui especialização na gestão em saúde. Em relação às competências gerenciais, considerando a sua importância para o avanço do serviço e ações de saúde, identificou-se uma falta de compreensão de conceitos do planejamento e suas fases, repercutindo assim no não conhecimento e uso de importantes ferramentas para o planejamento.

Os fragmentos extraídos dos discursos no tocante às atividades necessárias a um planejamento ascendente, participativo e estratégico, de acordo com as necessidades de cada território, indicam uma visão simplista e despreparo para o que exige a função da gerência de Distritos. Todavia, há de ser ressaltado o relato do não desenvolvimento de atividades relacionadas à educação permanente em saúde com o tema do planejamento.

Considerando a periodicidade e possível rotatividade dos cargos de gerente, ações para dialogar acerca da missão dos Distritos Sanitários, destacando as funções administrativas e consequentes competências gerenciais para o alcance desta missão são essenciais e devem ser realizadas regularmente em intervalos que considerem o tempo médio de permanência dos gerentes nos cargos. Desta forma, é fundamental o acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde de informações como o tempo de permanência no cargo.

Conclui-se que esta pesquisa apresenta informações relevantes para analisar o perfil do gerente de Distrito Sanitário e identificar a utilização de instrumentos do SUS no seu processo de trabalho, uma vez que são fatores determinantes à efetividade e eficácia na saúde pública. Além disto, o formulário construído e validado por especialista, pode ser aplicado em outros municípios que tenham a distritalização como recorte territorial, sendo uma potencial contribuição deste estudo para outros contextos loco-regionais.

Diante dos dados encontrados neste estudo, coloca-se a necessidade de estimular os gerentes com novas práticas, através do apoio da Secretaria Municipal de Saúde, ofertando cursos de especialização em Saúde Pública. Além disso, promover oficinas discutindo novas formas de gerenciamento, utilização de técnicas, a importância do monitoramento e avaliação

nas ações de saúde. É necessário também, estimular a autonomia dos gerentes para a tomada de decisões e a importância do trabalho coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Silva AK, Sousa JP, Rodrigues W, Cançado AC. Planejamento Estratégico Situacional - PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira. Rev. Serv. Público Brasília. 2017;68(2):365-388. Disponível em: [Vista do Planejamento Estratégico Situacional - PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira \(enap.gov.br\)](http://enap.gov.br)
2. Toni J. Reflexões sobre o Planejamento Estratégico no Setor Público. Brasília: Enap; 2021. 154 p. Disponível em: [Jackson de Toni.pdf \(enap.gov.br\)](http://enap.gov.br)
3. Bleicher L, Bleicher T. Organizando o SUS. In: Saúde para todos, já! [Internet]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 55-68. ISBN 978-85-232-2005-1. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220051.0005>.
4. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal. Natal, RN, 2007. 124 p. Disponível em: Secretaria Municipal de Saúde - (Re)desenhando a Rede de Saúde na cidade do Natal [Accessed June 18, 2022].
5. Fuginami CN, Colussi CF, Ortiga AMB. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. Saúde debate [Internet]. 2020 Jul;44(126):857–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620>.
6. Brasil. Lei nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. Seção I. p. 1. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: MS; 2016. 71p.
8. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: EDUFAM; 2016. 44p. Disponível em: [Acervo de Recursos Educacionais em Saúde \(ARES\): Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS \(unasus.gov.br\)](http://unasus.gov.br)
9. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p.1.
10. Viana JL, Souza ECF de. OS NOVOS SANITARISTAS NO MUNDO DO TRABALHO: UM ESTUDO COM

GRADUADOS EM SAÚDE COLETIVA. Trab educ saúde [Internet]. 2018 Sep;16(3):1261–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>.

11. Mintzberg H. Managing: Desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre: Bookman; 2010.

12. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):679-84. Disponível em: scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt

13. Falcão SMR, Sousa MNA de. Gerenciamento da Atenção Primária à Saúde: Estudo nas Unidades Básicas. Rev enferm UFPE on line. 2011;5(6):1510-517. Disponível em: [Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas do município de Patos, Paraíba \(ufpe.br\)](#)

14. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 Nov;60(6):687–95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600013>.

15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org) [Accessed June 16, 2023].

16. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saude soc [Internet]. 2009 Jan;18:48–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000500008>.

17. Chiavenato I. Iniciação à Administração Geral. 3ª ed. Tamboré/Barueri: Manole; 2009.

18. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, Leite OS, Silva JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(5):907-14. Disponível em: scielo.br/j/reeusp/a/XZCWXQTZxcYqk9VmPpnQJJj/?format=pdf&lang=pt

19. Gontijo TL, Cavalcante RB, Duarte AGS, Lima PKM. Funções administrativas na gestão local da atenção básica em saúde. Rev enferm UFPE on line. 2017;11(12):4980-8. Disponível em: [Funções administrativas na gestão local da Atenção Básica em Saúde | Rev. enferm. UFPE on line;11\(12\): 4980-4988, dez.2017. ilus, tab | BDENF \(bvsalud.org\)](#)

20. Ohira RHF, Cordon Junior L, Nunes E de FP de A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 Feb;19(2):393–400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>.

21. Silva GS, Diniz BG, Rosa VDG. Administração de conflitos: análise de percepções de enfermeiros gerentes. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012; 2 (3):358-368. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/227>.

22. Dantas TCC, Melo MLC. O Trabalho do gerente em uma unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. R. Bras. Enferm. 2001;54(3):494-499. Disponível em: [SciELO - Brasil - O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática](#)

23. Chiavenato, I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 9 p.
24. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP dos, Serrano Gallardo M del P. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018Apr;22(65):387–98. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
25. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ de, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM da. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. Trab educ saúde [Internet]. 2020;18(2):e0026294. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>.
26. Ventura KS, Suquizaqui ABV. Aplicação de ferramentas SWOT e 5W2H para análise de consórcios intermunicipais de resíduos sólidos urbanos. Ambient constr [Internet]. 2020 Jan;20(1):333–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1678-86212020000100378>
27. Baldissera MI, Vendruscolo C, Zocche DAA, Ferraz F, Martini RG. Características do trabalho na atenção primária identificadas no exercício coletivo de aplicação da matriz SWOT. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220443. Disponível em: [scielo.br/j/reben/a/ZrpjScrGq76fF7JvczkRNMj/?format=pdf&lang=pt](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0443)
28. Lima FRS, Ormond EO, Costa YF. A ferramenta gráfico de Gantt no acompanhamento de projetos. Simpósio [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 21];(7). Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/1202>
29. Pinheiro ALS. Gerência de enfermagem em unidades básica: a informação como instrumento para a tomada de decisão. Rev APS. 2009;12(03):262-70. Disponível em: [Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão | Revista de APS \(ufjf.br\)](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010)
30. Nascimento DMM do. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. Cad Ibero-Am Direito Sanit [Internet]. 2020 Apr 6 [cited 2023 Jun 22];9(1):170-95. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/605>
31. Sousa MNAS, Moraes ER, Araújo RCL. As funções do administrador e o processo administrativo no contexto da gestão hospitalar. In: Sousa MNAS (org). Gestão hospitalar: da origem dos hospitais aos aportes teóricos da ciência gerencial e sua aplicabilidade no âmbito hospitalar. Curitiba: Editora CRV; 2010.

ANEXO

Quadro 1- Estrutura do formulário validada para compor o instrumento de Coleta de dados do estudo Perfil da gerência nos distritos sanitários e as ações de planejamento. Natal/RN. 2022.

BLOCO I. PERFIL DOS GERENTES
1) Idade: _____

2) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Intersexo
3) Escolaridade ☐ Ensino Nível médio Completo ☐ Curso técnico incompleto ☐ Curso técnico Completo ☐ Superior Completo Especificar: _____ ☐ Especialização Especificar: _____ ☐ Mestrado Especificar: _____ ☐ Doutorado Especificar: _____
4) Tempo de atuação na gerência do Distrito Sanitário (DS) em anos: _____
5) Possui experiência prévia na gestão: ☐ Sim ☐ Não 5.1) Se a resposta for sim, em que área?
6) Fez ou está fazendo algum curso de formação na área de planejamento? ☐ Sim ☐ Não
7) A Secretaria Municipal de Saúde já ofereceu algum curso de formação na área de planejamento? ☐ Sim ☐ Não

BLOCO II. COMPETÊNCIAS GERENCIAIS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE
8.1) E o que significa planejar em saúde?
8.2) Como se desenvolve um planejamento em saúde?
9) Para você, o que significa planejar de forma participativa?
9.1) Você desenvolve o Planejamento participativo no Distrito Sanitário onde atua? ☐ Sim ☐ Não
9.2) Se sim, o planejamento participativo é realizado com quais representações? ☐ Equipes do distrito ☐ Unidades Básica de Saúde ☐ Serviços especializados ☐ Outros: _____
9.3) Se a resposta for sim ao item 9.1, como é realizado este Planejamento Participativo?
9.4) Neste processo de planejamento participativo, você utiliza quais ferramentas ou técnicas?
9.5) Se a resposta for não, Como as atividades do DS são planejadas?
10) Neste processo de planejamento, você utiliza quais ferramentas ou técnicas?

10.1) Em relação a técnicas de planejamento, você conhece alguma dessas técnicas? () Técnica dos 5 porquês () Matriz de priorização () Plano de Ação () Matriz SWOT () SMART
10.2) Se sim, já utilizou? () Sim () Não
10.3) Se a resposta for sim, Como utilizou ou utiliza?
10.4) Ao processo de planejamento são levadas em conta a realidade do território? () Sim () Não
10.5) As atividades planejadas são monitoradas e avaliadas no tempo pactuado no planejamento? () Sim () Não
11) No processo de planejamento são considerados instrumentos normativos (portarias, normativas, sanitárias, epidemiológicas) para orientar o desenvolvimento? () Sim () Não
11.1) Como?
12) Você acompanha as atualizações e mudanças dos instrumentos normativos (portarias, normativas, sanitárias, epidemiológicas)? () Sim () Não () Quando a gestão central informa
12.1) Se sim, qual a periodicidade do acompanhamento? () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Semestralmente () Quando a gestão central recomenda
13) Para você, o que significa Programar atividades?
13.1) Você programa suas atividades gerenciais? () Sim () Não
13.2) Se sim, como você programa essas atividades? _____
14) No seu cotidiano de trabalho há situações de conflitos entre os colegas de trabalho ou profissionais atuantes no serviço que necessitem de sua intervenção para solução ou encaminhamento de solução? () Sim () Não
14.1) Se sim, como você atua para intervir nessas situações de conflitos?

15) O Distrito Sanitário desenvolve fóruns de discussão com os outros serviços do Território? ☐ Sim ☐ Não
15.1) Quais os temas discutidos? _____
15.2) Como esses temas são escolhidos?
16) Você considera que a gerência exercida no Distrito Sanitário onde atua tem contribuído para a melhoria da Saúde do Território? ☐ Sim ☐ Não
16.1) Como?

BLOCO III. INSTRUMENTO DE GESTÃO DO SUS
17) Você leva em conta os Plano Municipal de Saúde e Programação de Saúde para elaborar as ações de saúde do DS? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente
18) Você participa integralmente da elaboração dos relatórios trimestrais e anual de saúde? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente
19) Você realiza o acompanhamento dos indicadores de saúde do: Previne Brasil ☐ Sim ☐ Não SISPACTO ☐ Sim ☐ Não Vigilância em Saúde ☐ Sim ☐ Não Outros Indicadores: _____
19.1) Se sim, como é realizado o monitoramento e avaliação desses indicadores?
20) No desenvolvimento do relatório trimestral, você identifica as dificuldades e as facilidades para o alcance das metas? ☐ Sim ☐ Não
20.1) Se sim, quais dificuldades mais frequentes encontradas no seu distrito? ☐ Infraestrutura ☐ Recursos Humanos ☐ Insumos ☐ Orçamento ☐ Outros: _____
20.2) Como essas dificuldades impactam no alcance das metas?
20.3) Se sim, quais facilidades?

21) O Distrito Sanitário realiza fóruns para apresentar os indicadores e seus resultados?

☐ Sim

☐ Não

21.1) Se sim, qual a periodicidade?

☐ Mensalmente

☐ Quadrimestralmente

☐ Semestralmente

☐ Anualmente

Fonte: Autores (2022).