

Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde

Capacity of government in Municipal Health Departments

Celmário Castro Brandão¹, Magda Duarte dos Anjos Scherer^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104201912005

RESUMO A partir da descentralização da gestão Sistema Único de Saúde (SUS), surge a necessidade de se discutir a capacidade de governo, ou de gestão, no âmbito municipal, para a implementação dessa política. Este estudo objetiva analisar a capacidade de governo de Secretarias Municipais de Saúde em municípios baianos, tendo por base a experiência dos gestores. Foi aplicado questionário on-line, subdividido em 03 dimensões, a 15 gestores representantes de Secretarias de municípios de pequeno (porte I) e grande porte (porte II), nas 09 macrorregiões de saúde do estado. Foi utilizada uma matriz de pontuação, que permitiu a quantificação e a classificação dos municípios em cada uma das dimensões e quanto à sua capacidade de governo. Obteve-se que 12 dos municípios apresentaram capacidade moderada, e 03 apresentaram baixa capacidade de governo. A dimensão relacionada ao desenho organizativo das Secretarias foi aquela em que os municípios apresentaram melhor desempenho, seguida por sistemas de trabalho nessas organizações e trajetória profissional dos gestores. Ainda, municípios de porte I e os situados em regiões mais desenvolvidas obtiveram melhores resultados globais. Para a qualificação das gestões, considera-se essencial o investimento em iniciativas de formação e de apoio institucional, priorizando municípios de pequeno porte e situados em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Gestão em saúde. Planejamento em saúde.

ABSTRACT *From the decentralization of Unified Health System (SUS) management, there is a need to discuss the capacity of government, or management, at the municipal level, to implement this policy. This study aims to analyze the capacity of government of Municipal Health Departments in municipalities of Bahia, based on the experience of managers. An online questionnaire, subdivided into 03 dimensions, was applied to 15 managers representing municipal departments of small size (size I) and large size (size II) in the 09 macro regions of health of the state. A punctuation matrix was used, which allowed the quantification and classification of municipalities in each of the dimensions and their capacity to govern. It was obtained that 12 of the municipalities presented moderate, and 03 presented low capacity of government. The dimension related to the organizational design of the Secretariats was the one in which the municipalities presented better performance, followed by work systems in these organizations and professional trajectory of managers. Still, municipalities of size I and those located in more developed regions obtained better overall results. To qualify the managements, it is considered essential to invest in training initiatives and institutional support, prioritizing small size municipalities and located in regions of greater socio-economic vulnerability.*

KEYWORDS *Public health. Health management. Health planning.*

¹ Universidade de Brasília (UNB), Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil. celmariocb@gmail.com

² Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRDT) - Paris, França.



Introdução

Desde as mais significativas vitórias do movimento pela reforma sanitária brasileira, com a inserção, no texto Constitucional, da saúde como um direito de todos e dever do Estado, e a consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), obstáculos de distintas naturezas têm se apresentado à implementação dessa política, e grande parte desse debate tem se desenrolado em torno de uma falsa dicotomia entre financiamento e gestão do sistema.

O aporte financeiro do SUS é temática recorrente de estudos, sendo o seu subfinanciamento fortemente demarcado na literatura do campo da saúde coletiva¹⁻⁵. No início da década de 1990^{2,4}, houve um intenso movimento de descentralização da gestão a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas, contendo diretrizes, como a orientação federativa com divisão de competências, a natureza dos instrumentos e requisitos de adesão à estratégia de descentralização, os mecanismos de coordenação regional e o modelo de transferências financeiras entre os níveis governamentais⁶.

Os regramentos constantes desses documentos, reforçados pelas diretrizes da hierarquização e do planejamento ascendente, apresentadas no Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, implicaram a assunção de novas responsabilidades por outras esferas de governo, passando a exigir dos estados e, sobretudo, dos municípios que a partir de então se encarregassem da gestão de maior parte dos serviços de saúde. Para isso, urge a necessidade de maior qualificação de atores locais para gerenciar um sistema com a desafiadora proposta da universalidade e integralidade, considerando, acima de tudo, as grandes disparidades regionais de um país com a dimensão do Brasil, com suas desigualdades socioeconômicas.

Coloca-se, então, o debate sobre a capacidade de governo, ou de gestão, entendida como o conjunto de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências acumuladas por

um ator, sua equipe de governo e pela organização que dirige, para a condução da máquina pública, dada a governabilidade propiciada pela estrutura estatal, até o conteúdo propositivo do projeto de governo⁷⁻⁹, para que promova assistência integral à saúde dos cidadãos brasileiros.

De modo a contribuir para as reflexões acerca da capacidade de governo, Carlos Matus^{7,10-13}, a partir da sua experiência com diversos governos latino-americanos, propôs a articulação de três variáveis mutuamente condicionadas e interdependentes, no chamado Triângulo de Governo. Nesse modelo, além dos vértices da governabilidade e do projeto de governo, a capacidade de governo é apresentada com a seguinte composição: perícia dos dirigentes – conjunto de qualidades, conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo das posições escolares, profissionais etc., ocupadas em um ou mais campos da vida social, ou seja, a ‘trajetória profissional’¹⁴; sistemas de trabalho de uma organização – que guardam relação com os ‘sistemas da alta direção’ dessa organização e o Planejamento Estratégico Situacional (PES); e desenho da organização – que se refere à autonomia e ao apoio que essa organização possui diante dos demais entes da administração¹¹.

Em que pese a importância de estudos sobre capacidade de governo, parece oportuno aprofundar tal debate, tendo em vista, sobretudo, a alta rotatividade dos atores inseridos nos espaços de gestão¹⁵. Ante o exposto, este trabalho tem como objetivo analisar a capacidade de governo de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em municípios baianos, tendo por base a experiência dos gestores.

Métodos

Fundamentada no Triângulo de Governo de Matus^{7,10-13}, centralmente, no vértice da capacidade de governo, desenvolveu-se um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa, com secretários municipais de

saúde do estado da Bahia, durante o período de 26 de agosto de 2016 a 31 de outubro de 2017.

A Bahia possui um total de 417 municípios, subdivididos, segundo o Plano Diretor de Regionalização estadual para a saúde¹⁶, em 09 macrorregiões de saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população total do estado, em 2017, chega a 15.344.447 habitantes, e sua extensão territorial a 564.732,642 km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alcança uma média de 0,660, o que coloca o estado em 22º lugar no *ranking* nacional de desenvolvimento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-2010).

Participaram como informantes-chave da pesquisa 15 secretários municipais de saúde. A amostragem do estudo foi feita por conveniência, considerando os gestores que se prontificaram a colaborar com a pesquisa. Entretanto, preconizou-se a inclusão de dois municípios em cada uma das nove macrorregiões de saúde

do estado, sendo um município de grande porte populacional, ou porte I, preferencialmente, o maior município da macrorregião, e um município de população inferior e mais aproximada de 20.000 habitantes, considerado de pequeno porte, ou porte II. Necessariamente, esses gestores encontravam-se à frente das respectivas SMS entre os meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017.

Entre os participantes, 08 secretários eram de municípios de porte I, e 07 municípios de porte II, alcançando, ao menos, 01 município de cada macrorregião de saúde do estado. Para identificação dos municípios participantes, adotou-se uma nomenclatura específica, que considerou o porte do município, seguido por uma letra correspondente à respectiva macrorregião de saúde, sendo que, nos casos onde houve mais de um município do mesmo porte e da mesma macrorregião, foi inserido um apóstrofo (') (*quadro 1*).

Quadro 1. Identificação dos municípios participantes

Porte	Macrorregião	Letra associada à macrorregião	Nomenclatura adotada
I	Extremo Sul	A	IA
II	Extremo Sul	A	IIA
II	Sul	B	IIB
II	Sul	B'	IIB'
I	Centro-Norte	C	IC
II	Centro-Norte	C	IIC
I	Leste	D	ID
II	Leste	D	IID
II	Leste	D'	IID'
I	Oeste	E	IE
II	Oeste	E	IIE
I	Centro-Leste	F	IF
I	Sudoeste	G	IG
I	Nordeste	H	IH
I	Norte	I	II

Fonte: Elaboração própria.

Aos participantes foi encaminhado um questionário on-line (*quadro 2*), desenvolvido através da ferramenta FormSUS (versão 3.0, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde – Datasus). O acesso aos contatos dos gestores foi possível através dos dados disponíveis no portal do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além de ter sido solicitado acesso ao banco de contatos de gestores do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O questionário foi elaborado considerando a discussão de Matus^{7,10-13} sobre capacidade de governo, agregada a componentes metodológicos e discursivos dos trabalhos de Lotufo¹⁷ e Vilasbôas¹⁸. Como produto dessa formulação, obteve-se um instrumento composto pelas três dimensões da capacidade de governo: 1 – Trajetória profissional dos secretários; 2 – Sistemas de trabalho das Secretarias; e 3 – Desenho organizacional dessas instituições.

Quadro 2. Questionário de coleta de dados com valores atribuídos a cada tipo de resposta

QUESTÕES - DIMENSÃO 01	VALORES*
1) Tempo à frente desta Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (em meses):	> 24 = 1,00; 12 - 24 = 0,50; < 12 = 0,25
2) Graduação Universitária: () Sim () Não () N.A.	Sim = 0,50; Não = 0
2.1) Área do curso:	Saúde = 0,50; Administração = 0,25; Outra área = 0
3) Pós-Graduação (especialização): () Sim () Não () N.A.	Sim = 0,50; Não = 0
3.1) Área do curso:	Saúde Pública = 0,50; Administração = 0,25; Outra área = 0
4) Pós-Graduação (stricto sensu): () Mestrado () Doutorado () N.A.	Sim = 0,50; Não = 0
4.1) Área do curso:	Saúde Pública = 0,50; Administração = 0,25; Outra área = 0
5) Os conhecimentos e habilidades adquiridos na academia influenciaram positivamente a função atual de secretário(a) de saúde**: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () N.A.	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
6) No último ano, fez algum tipo de formação voltada para o trabalho (educação permanente):	Sim = 0,50; Não = 0
6.1) Qual(is) área(s):	Saúde pública ou administração = 0,30; Outras = 0
6.2) Carga horária semanal: () Até 2 horas () Até 4hs () Até 6hs () Até 8hs () Mais de 8hs () N.A.	Mais de 8 horas = 0,20; Até 8 horas = 0,10
7) Já atuou como secretário(a) de saúde antes: () Sim () Não	Sim = 1,00; Não = 0
7.1) Em qual esfera:	Estadual e municipal = 0,50; Municipal = 0,25; Estadual = 0,15
7.2) Tempo (meses):	> 24 = 0,50; 12 - 24 = 0,25; < 12 = 0,15
8) Já atuou em outras áreas (fora saúde) da gestão pública antes:	Sim = 0,50; Não = 0
8.1) Em qual esfera de governo:	Nas 03 esferas = 0,50; 02 esferas = 0,25; 01 esfera = 0,10
9) Já exerceu cargo eletivo (vereador(a), deputado(a), prefeito(a) etc.):	Sim = 1,00; Não = 0
9.1) Qual(is) cargo(s):	Cargo o federal = 0,50; Estadual = 0,25; Municipal = 0,15
9.2) Tempo (meses):	> 48 = 0,50; 24 - 48 = 0,25; < 24 = 0,15
10) Os conhecimentos e habilidades adquiridos em outros espaços de gestão influenciaram positivamente a função atual de secretário(a) de saúde**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
11) Participou/participa de movimentos sociais:	Sim = 0,50; Não = 0
11.1) Função:	Dirigente = 0,30; Membro = 0
11.2) Tempo (meses):	> 24 = 0,20; 12 - 24 = 0,10; < 12 = 0,05

Quadro 2. (cont.)

12) Participou/participa de partidos políticos:	Sim = 0,50; Não = 0
12.1) Função:	Dirigente = 0,30; Membro = 0
12.2) Tempo (meses):	> 24 = 0,20; 12 - 24 = 0,10; < 12 = 0,05
13) Os conhecimentos e habilidades adquiridos através do envolvimento com movimentos sociais e/ou partidos políticos influenciaram positivamente a função atual de secretário(a) de saúde**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
QUESTÕES - DIMENSÃO 02	VALORES*
14) A sua agenda é na maior parte do tempo ocupada com ações do planejamento da secretaria e adequações feitas por iniciativa própria**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
15) A sua agenda é na maior parte do tempo ocupada com agendas atravessadas ou estabelecidas por iniciativa de agentes externos à SMS**:	1 e 2 = 1,00; 3 = 0,50; 4 e 5 = 0
16) Há um Plano de Gerenciamento de Crises (epidemias, catástrofes etc.) que oriente a SMS**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
17) É realizado Planejamento das ações, para a implementação do projeto de governo**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
17.1) Participam do planejamento: () Secretário(a) () Equipe gestora () Trabalhadores	Os 03 entes listados = 0,25; 02 entes = 0,15; 01 dos entes listados = 0
17.2) Outros. Quais:	Controle social = 0,25; Executivo, legislativo ou judiciário = 0,15
17.3) Regularidade dos encontros para revisão do Plano:	Trimestral = 0,25; Semestral = 0,15; Anual = 0,05
17.4) O planejamento da SMS é sistematizado em documentos (políticas, projetos etc.) de fácil acesso e entendimento por todos os membros da equipe:	Sim, de todos = 0,25; Sim, de parte = 0,10; Não = 0
18) A equipe gestora monitora a execução de cada ação planejada**:	4 e 5 = 0,25; 3 = 0,15; 1 e 2 = 0
18.1) O monitoramento resulta em um retorno ao corpo gestor, para revisão das ações planejadas**:	4 e 5 = 0,25; 3 = 0,15; 1 e 2 = 0
18.2) O monitoramento considera os compromissos assumidos por cada setor ou indivíduo**:	4 e 5 = 0,25; 3 = 0,15; 1 e 2 = 0
18.3) Responsáveis são premiados ou penalizados conforme alcance de objetivos**:	4 e 5 = 0,25; 3 = 0,15; 1 e 2 = 0
19) Os compromissos individuais e coletivos do plano são acordados entre todos trabalhadores**:	4 e 5 = 0,50; 3 = 0,25; 1 e 2 = 0
19.1) Há apoio para auxiliar esses trabalhadores no alcance dos seus objetivos**:	4 e 5 = 0,50; 3 = 0,25; 1 e 2 = 0
20) A gestão promove interação entre os dirigentes**:	4 e 5 = 0,50; 3 = 0,25; 1 e 2 = 0
20.1) Como: () Colegiados ordinários () Encontros aleatórios () Reuniões conforme necessidade () Oficinas de formação/treinamento/educação permanente () N.A.	Todos os itens listados = 0,50; 03 dos itens listados = 0,40; 02 dos itens listados = 0,30; 01 dos itens listados = 0,20
21) No projeto de governo da SMS, os recursos são pensados para cada objetivo**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
QUESTÕES - DIMENSÃO 03	VALORES*
22) A gestão da SMS conta com apoio político de outras entidades/instituições:	Sim = 0,50; Não = 0
22.1) Qual(is) entidades(s): () Prefeito(a) () Conselho Municipal de Saúde(CMS) () Setor privado () Governo do estado () Câmara de Vereadores () Trabalhadores(as) da SMS () Mídia local () N.A.	7 ou mais entidades = 0,50; 05 ou 06 entidades = 0,40; 03 ou 04 = 0,30; 02 = 0,20; 01 = 0,10; Nenhuma entidade = 0
23) A SMS busca apoio político para o desenvolvimento de suas ações**:	4 e 5 = 0,50; 3 = 0,25; 1 e 2 = 0
23.1) Como: () Debates abertos com a população () Pactuação com o CMS () Discussão do projeto com o legislativo municipal () Discussão do projeto com o(a) chefe do executivo () N.A.	4 ou mais das ações listadas = 0,50; 02 ou 03 ações = 0,30; 01 ação = 0,10
24) A gestão da SMS possui autonomia diante da gestão municipal (prefeitura)**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
25) O secretário possui autonomia na gestão dos recursos financeiros da saúde**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
25.1) Existe uma comissão de licitações específica para a SMS:	Sim = 0,50; Não = 0

Quadro 2. (cont.)

25.2) O gestor do Fundo Municipal de Saúde é indicação do secretário:	Sim = 0,50; Não = 0
26) O secretário possui autonomia na seleção e nomeação de técnicos para os cargos**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0
27) O organograma atual da SMS é conhecido por todos os trabalhadores da gestão:	Sim, por todos = 0,50; Sim, por parte = 0,25; Não = 0
27.1) Existem conflitos/desentendimentos de função dentro da equipe gestora:	Não = 0,50; Sim = 0
28) Quantos técnicos atualmente compõem a equipe de gestão da SMS: () 1 - 3 () 4 - 6 () 7 ou mais	07 ou mais = 0,50; 04 a 06 = 0,30; 01 a 03 = 0,20
28.1) Como você avalia a qualificação desta equipe de gestão:	Excelente ou Boa = 0,50; Regular = 0,30; Ruim ou péssima = 0
29) Trabalhadores sentem-se participantes e motivados com o com o projeto de governo da SMS**:	4 e 5 = 1,00; 3 = 0,50; 1 e 2 = 0

Fonte: Elaboração própria.

*Valores atribuídos a cada tipo de resposta possível no questionário.

**As respostas corresponderão a: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo parcialmente; 3 - nem discordo nem concordo; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo totalmente.

N.A. = Não se Aplica.

Associada ao questionário foi desenvolvida uma matriz de pontuação atribuindo valores específicos relacionados a cada tipo de resposta possível de ser emitida pelo participante, e, a partir desses valores, foi feita uma padronização (de 0 a 100) para se chegar ao valor de cada dimensão, sendo eles: dimensão 1 = 52,63 pontos; dimensão 2 = 31,58 pontos; e dimensão 3 = 15,79 pontos.

A partir do somatório das notas dos municípios em cada dimensão, obteve-se o escore final, que indicava a capacidade de governo em cada SMS. Esse escore, cujo valor máximo foi de 100 pontos, possibilitou a aferição, melhor visualização e a comparabilidade entre os distintos graus da capacidade de governo das SMS. Os diferentes pesos e valores das dimensões são fundamentados nos escritos de Matus¹³, onde o autor afirma que para a construção e a análise da capacidade de governo, o peso das variáveis relevantes pode variar, conforme o objetivo (projeto) e as capacidades técnica e política do governante. Assim, a dimensão relacionada à trajetória profissional dos secretários foi destacada com maior valor na matriz de pontuação, pois, além de possuir um maior número de questões, esse componente exerce forte influência, podendo impor um teto de

qualidade a todos os demais constituintes da capacidade de governo em uma organização¹³.

Para analisar o desempenho dos municípios em cada dimensão isoladamente, foram considerados, de forma crescente, os resultados mais próximos do valor máximo possível em cada uma delas. Da mesma forma, com o objetivo de possibilitar uma melhor visualização da capacidade de governo de cada SMS, a partir dos escores finais, foi feita a seguinte categorização: escore final > 75 = elevada capacidade de governo; escore final > 50 e < 75 = capacidade de governo intermediária ou moderada; e escore final < 50 = baixa capacidade de governo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (parecer 1.910.491).

Resultados

A média populacional entre os municípios participantes de porte I foi de 168.432 habitantes, e a média do IDHM igual a 0,665, índice classificado pelo PNUD como médio, sendo superior à média estadual (IDHM = 0,660). Entre os municípios de porte II, a população média de cada município foi de 16.860 habitantes, e

o IDHM médio, 0,595, classificado (PNUD) como baixo e inferior à média estadual. Entre os gestores participantes, 08 (municípios de porte I = 05; municípios de porte II = 3) foram do sexo masculino, e 07 (porte I = 03; porte II = 04) do sexo feminino. A média de idade dos secretários foi de 39 anos (porte I = 40; porte II = 37), sendo a idade máxima igual a 53, e a mínima igual a 31 anos de idade. A média de tempo à frente das SMS foi de 26 meses (porte I = 26; porte II = 26), o tempo máximo igual a 73 (porte II) e o mínimo igual a 01 mês (porte I).

Quanto ao desempenho dos municípios em cada uma das dimensões, observou-se que,

no que se refere à trajetória profissional dos gestores (dimensão 1), os municípios de porte I obtiveram os 03 melhores resultados, além de 06 dos 07 melhores, enquanto que entre os 08 piores resultados, 06 foram de municípios de porte II (*tabela 1*). Esse bom desempenho dos municípios de porte I também se apresentou ao se observarem os diferentes portes em uma mesma região, exceto na região Oeste. Entre municípios situados em regiões distintas, os do Extremo Sul (porte I), Leste (porte I), Norte, Sul (porte II) e Centro-Leste obtiveram resultados mais expressivos.

Tabela 1. Desempenho por dimensão e classificação da capacidade de governo dos municípios

MUNICÍPIOS	DESEMPENHO POR DIMENSÃO			ESCORE FINAL (Nota Máxima = 100)	CAPACIDADE DE GOVERNO
	DIMENSÃO 1 (Nota Máxima = 52,63)	DIMENSÃO 2 (Nota Máxima = 31,58)	DIMENSÃO 3 (Nota Máxima = 15,79)		
IA	37,72	21,05	10,18	68,95	Moderada
IC	25,44	26,84	11,49	63,77	Moderada
ID	31,58	14,04	15,26	60,88	Moderada
IE	11,40	25,44	12,72	49,56	Baixa
IF	28,42	28,25	15,79	72,46	Moderada
IG	18,42	25,61	15,09	59,12	Moderada
IH	24,74	24,39	14,04	63,16	Moderada
II	30,88	20,53	10,09	61,58	Moderada
IIA	23,51	30,00	13,33	66,84	Moderada
IIB	28,60	21,75	11,84	62,19	Moderada
IIB'	19,47	24,91	14,12	58,51	Moderada
IIC	22,46	25,79	14,21	62,46	Moderada
IID	18,60	26,14	11,93	56,67	Moderada
IID'	11,40	18,60	4,56	34,56	Baixa
IIE	15,26	11,75	7,46	34,47	Baixa

Fonte: Elaboração própria.

Na dimensão relacionada aos sistemas de trabalho das Secretarias (dimensão 2), percebeu-se que houve certa heterogeneidade na classificação, com um município de porte II ocupando a primeira colocação, seguido de

02 municípios de porte I e 02 municípios de porte II, consecutivamente. Esse resultado heterogêneo também se repetiu ao se compararem municípios de portes diferentes em uma mesma região, com destaque para o município

IIA, que obteve o melhor resultado entre todos os participantes. Entre as diferentes regiões, os municípios das regiões Extremo Sul (porte II), Centro-Leste, Centro-Norte (porte I), Leste (porte II) e Centro-Norte (porte II) foram os que obtiveram os melhores resultados.

No que diz respeito à dimensão que trata do desenho organizacional das Secretarias (dimensão 3), os municípios de porte I apresentaram desempenhos mais satisfatórios, obtendo as 03 melhores pontuações. O mesmo se deu ao comparar municípios de mesma região, com destaque para o município ID, que mais se distanciou dos demais municípios de sua região. Entre as distintas regiões, houve variação entre os melhores resultados, com um município da região Centro-Leste ocupando o 1º lugar, seguido de municípios das regiões Leste, Sudoeste, Centro-Norte e Sul.

Conforme os critérios de classificação, a partir dos escores, a capacidade de governo observada neste estudo foi moderada em 12 e baixa em 03 municípios, logo, nenhum dos participantes apresentou elevada capacidade de governo (*tabela 1*). A ordem de classificação foi: 1º = IF (Centro-Leste), 2º = IA (Extremo Sul), 3º = IIA (Extremo Sul), 4º = IC (Centro-Norte), 5º = IH (Nordeste), 6º = IIC (Centro-Norte), 7º = IIB (Sul), 8º = II (Norte), 9º = ID (Leste), 10º = IG (Sudoeste), 11º = IIB' (Sul), 12º = IID (Leste), 13º = IE (Oeste), 14º = IID' (Leste) e 15º = IIE (Oeste).

Discussão

Trajетória profissional e perícia dos dirigentes

A trajetória profissional possui relação com a sequência de ocupações sociais ao longo do tempo, envolvendo os ambientes formais de aprendizagem e valorizando a subjetividade individual na tomada de decisões. Ela é carregada por referências técnicas, políticas, institucionais, sociais e pela percepção,

potencializada pela experiência que o sujeito tem do tema em questão e com as intervenções possíveis, refletindo em suas escolhas para a formulação e a capacidade de implementação dos projetos de governo^{19,20}.

Tendo em vista que a garantia do direito à saúde dos cidadãos brasileiros passa, entre outros fatores, pela necessidade da atuação de profissionais e gestores com saberes e práticas que possibilitem a qualificação da sua atuação no SUS^{4,21}, no presente estudo, pelos resultados menos expressivos entre todas as demais, essa dimensão se mostrou a mais desafiadora para o aperfeiçoamento da capacidade de gestão da saúde nos municípios.

Esses resultados corroboram os achados de diversos estudos que apontam limitações na perícia dos gestores²²⁻²⁵. Cecílio e cols.¹, investigando a trajetória profissional de gestores de municípios do estado de São Paulo, identificaram que é grande o número desses atores sem formação nem experiência na gestão pública, sendo assim escassa a compreensão do SUS como política pública e do seu papel enquanto gestor frente a ela.

Demonstrando a importância da variável qualificação/formação profissional para a capacidade de gestão local em saúde, Vilasbôas e Paim²⁶ evidenciaram que a perícia do dirigente municipal foi uma das maiores virtudes para o desenvolvimento do SUS em um município do Nordeste do Brasil, cujo desempenho da gestão evidenciava grandes avanços no processo de descentralização. Da mesma forma, Santos e Giovanella¹⁵, estudando a governança em uma região de saúde do estado da Bahia, identificaram que a formação deficiente dos gestores interferiu negativamente na compreensão e contribuição nos debates em espaços sobre temas relevantes para a gestão da saúde em seus municípios.

Um total de 07 gestores informou ter exercido previamente a função de secretário de saúde, e a capacidade de governo de seus respectivos municípios foi considerada intermediária/moderada. Esse exercício prévio não foi relatado nos municípios que

apresentaram resultados de mais baixa capacidade de governo, o que sugere que experiência prévia em gestão pode cooperar para uma maior capacidade de governo.

Um inquérito nacional, realizado no ano de 2006 por Fleury e Ouverney⁴, identificou que 76,2% dos secretários não haviam ocupado esse cargo anteriormente. Há grande perda para a gestão das instituições e para a continuidade das políticas, que têm que suportar uma desaceleração ou ruptura gerencial²⁴, além de comprometer o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional¹⁵, notadamente, a cada pleito eleitoral municipal, dada a elevada rotatividade ou *turnover*²⁷ nessa função.

De forma geral, a formação de gestores para o SUS tem sido um desafio para o aprimoramento do sistema. A limitação da capacidade gerencial dos atores envolvidos nesses processos de gestão traz à tona o debate sobre o atual modelo da graduação universitária no País, sobre o grau de especialização e tecnicismo de gestores, bem como da demanda por efetivas políticas de educação permanente voltadas para esse público, que sejam capazes de contemplar uma integração entre educação e trabalho na gestão^{28,29}.

Os sistemas de trabalho nas SMS

Essa dimensão dialoga com as macropráticas de trabalho, que determinam os sistemas de alta direção, decisivos para a capacidade institucional de governo, com forte relação com os modos de utilizar o tempo, analisar opções, calcular, decidir, avaliar, monitorar, dirigir e gerenciar, e que envolvem centralmente o planejamento estratégico situacional¹¹, com diretrizes claras para o orçamento e a negociação com os trabalhadores e a equipe gestora.

O desempenho dos municípios nessa dimensão pode ser considerado satisfatório por conta do grande número de resultados próximos ao seu valor máximo. Ratificando a importância de sistemas de trabalho estruturados, Sampaio e cols.⁹ identificaram que a ausência desses componentes foi elemento central para

a baixa capacidade de governo na Secretaria Estadual de Saúde (SES) investigada.

Ao observar essa questão central na dimensão, percebe-se que 14 gestores informaram realizar planejamento para a implementação dos respectivos projetos de governo. Ademais, segundo os mesmos, as características do planejamento apontadas, sobretudo pelos municípios com melhores escores finais, resguardaram familiaridade metodológica com o planejamento estratégico situacional. Esse fato fortalece a hipótese de que, nos municípios com maior capacidade de governo, os gestores não somente dominam, em alguma medida, técnicas de planejamento, mas também implementam, monitoram e avaliam o plano¹¹. Assim, considera-se o planejamento uma ferramenta fundamental na organização de uma gestão, pois contribui para a capacidade de implementação de políticas de saúde no âmbito municipal²⁶.

Na contramão desse percurso, Cecílio e cols.¹ identificaram que a maioria dos municípios por eles estudados sequer tinha um plano municipal de saúde, não sabia produzir um plano ou não se utilizava de um plano de saúde como instrumento de valor para a gestão no estabelecimento de prioridades, para avaliação e prestação de contas de suas atividades. Desse modo, apesar do elevado número de respostas positivas quanto à prática do planejamento no presente trabalho, a fim de averiguar a efetividade desse planejamento ou se ele tem sido feito meramente para atender a exigências legais, seria oportuno um estudo aprofundado, *in loco*, como fizeram Vilasbôas e Paim²⁶, quando identificaram que a não institucionalização de práticas estruturadas de planejamento, bem como a incipiência dos sistemas de trabalho na SMS pesquisada convergiram para a fragilização da capacidade de governo da equipe dirigente.

É importante salientar que nessa segunda dimensão também está envolvido o ‘triângulo de ferro’, de Matus¹¹, que define a existência/inexistência e a qualidade de todos os outros sete sistemas restantes de direção e gerência estratégicos (sistemas de alta direção) aqui

estudados. A quase totalidade dos municípios com a mais elevada capacidade de governo assinalou positivamente as questões focadas no triângulo de ferro, identificando que os secretários têm autonomia sobre a gestão da sua agenda, que os compromissos individuais e coletivos são pactuados com todos os trabalhadores e que os responsáveis pelas ações são premiados ou penalizados conforme o alcance dos respectivos objetivos.

Fragilidades nas práticas de planeamento relacionadas a deficiências em componentes do triângulo de ferro, mesmo sendo esse planeamento documentado no modelo do PES, foram identificadas por Lotufo¹⁷, analisando a capacidade de governo de uma SES. A autora verificou que a Secretaria operava num ambiente de baixa responsabilidade, uma vez que o planeamento era muito formal, considerado dispensável e, portanto, supérfluo para maioria dos gestores, não havendo, na organização, um sistema eficaz de cobrança e prestação de contas.

Ainda foi possível verificar que a quase totalidade dos municípios cujos secretários encontravam-se há mais tempo à frente das SMS obteve melhores resultados nessa dimensão. Novamente, pode-se perceber que a descontinuidade político-administrativa das gestões, a grande rotatividade e o despreparo dos gestores municipais, com reduzido potencial de formulação, implementação e acompanhamento dos projetos de governo locais, inviabilizam uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação que são subsidiárias ou intrínsecas ao planeamento e à gestão e dão suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos³⁰. Todo esse cenário se apresenta como entrave ao desenvolvimento da capacidade de governo e de governabilidade de uma gestão, comprometendo o seu desempenho^{1,31,32}.

Autonomia e desenho organizacional

Para Matus¹³, a qualidade da organização do aparelho de governo é um aspecto da capacidade institucional de governo e também contribui para a governabilidade. A abordagem feita

no presente estudo sobre o desenho organizacional partiu de requisitos técnicos, como do projeto organizacional e das micropráticas de trabalho (nível do macroprojeto e do microprojeto, para Matus, respectivamente), além de elementos políticos intrínsecos da gestão, sobretudo relacionados à forma como essa organização é concebida ou busca sua concepção no maquinário público.

Esses últimos elementos são baseados no que Vilasbôas¹⁸ chama de 'cálculo técnico-político para a construção da viabilidade', em estudo no qual a autora identificou que a capacidade de governo de uma equipe dirigente, no que se refere ao domínio sobre a realização de ações estratégicas (as diversas formas de negociação), parece ter contribuído para fortalecer a sua capacidade de implementação do projeto de governo da SMS.

Nessa dimensão 3 os resultados foram ainda mais expressivos que na dimensão 2, pois um número maior de municípios obteve nota próxima ao valor máximo da dimensão. Esse fato demonstra que as SMS têm apresentado um desenho organizativo favorável ao desenvolvimento da sua capacidade de governo.

Os municípios com maior capacidade de governo apresentaram resultados positivos no que se refere à autonomia de sua gestão financeira, inclusive com independência na indicação de gestor para o fundo municipal de saúde, além de possuírem uma comissão de licitações específica para a SMS. Em outros trabalhos, a ausência desses atributos se colocou como barreira importante à capacidade de governo das Secretarias^{23,26,33,34}.

A capacidade de mobilização de apoio também se mostrou uma iniciativa importante entre as SMS com melhor desempenho nessa dimensão, já que grande parte informou possuir boa adesão dos trabalhadores ao projeto, apoio político de outras entidades e instituições (prefeitura, câmara de vereadores, conselho municipal de saúde etc.). Esses componentes, somados à clara distribuição de funções entre a equipe gestora (coerência com o organograma), são elementos da capacidade

de governo, fundantes da governabilidade e, portanto, cruciais para a implementação do projeto de governo em uma gestão municipal²⁶.

De modo geral, para o bom desempenho de uma gestão, é fundamental que haja capacidade e autonomia decisória e administrativa por parte do gestor local. A inexistência desses princípios leva à necessidade de esforços por parte dos secretários e das equipes, comprometendo suas agendas com convencimento, angariação de cooperação e cooptação de outros atores relevantes para o projeto da saúde, caso esses gestores possuam legitimidade e habilidade técnica e política para fazê-lo^{18,33}.

Capacidade de governo e a relação com o porte e a localização regional

Neste estudo, a inclusão de municípios possuindo distintos portes populacionais e situados em diferentes regiões do estado permitiu um olhar sobre os diferentes contextos regionais em que cada um se encontra inserido, bem como sobre desafios e potencialidades relacionadas à sua demografia.

Os resultados dos escores finais demonstram capacidade de governo superior nos municípios de grande porte e resultados pouco expressivos nos municípios de pequeno porte. Esse mesmo desfecho também pode ser observado ao analisar isoladamente cada dimensão e corrobora os achados de Fonseca e cols.³⁵.

Os fracos desempenhos obtidos pelos municípios de pequeno porte na dimensão 1 (trajetória profissional) podem estar associados ao seu distanciamento dos grandes centros de formação universitária, que geralmente retêm os melhores quadros profissionais, além de concentrarem maior parte das ofertas educacionais. Ademais, os baixos salários praticados nos pequenos municípios acabam tornando-os menos convidativos para os gestores mais bem qualificados, levando-os a, logo que adquirem certa experiência, migrar e permanecer nas grandes cidades⁴. Fleury e Ouverney⁴ identificaram que, nos municípios maiores (50 a 200 mil habitantes), a frequência de secretários

com experiência em gestão da saúde foi maior, resultado coerente com o identificado no presente trabalho.

Somado ao déficit na formação de graduação, do mesmo modo que no trabalho de Castro e cols.³⁶, ainda houve baixa prática de educação permanente nos municípios de pequeno porte, onde mais fortemente foram identificadas trajetórias profissionais de pouco preparo para a gestão. Fica claro que, mesmo reconhecendo as lacunas de sua formação, a educação para o trabalho e no trabalho não tem sido uma constante no dia a dia desses gestores.

O fator socioeconômico também pode ser apontado como um dos grandes responsáveis pela maior capacidade de governo entre os municípios de grande porte (possuem média de IDHM, Produto Interno Bruto – PIB per capita e arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS mais elevados). Olhando, assim, para a dimensão 3, percebe-se uma potência relacionada ao desenvolvimento de maior autonomia local e, conseqüentemente, de capacidade de governo³⁷, uma vez que, pelo volume de receitas, existem melhores condições de sustentação de um projeto próprio frente à forte indução financeira pelas políticas federais, enfatizando as prioridades e decisões técnicas locais.

Adicionalmente, a capacidade de governo e o conseqüente modelo de organização dos serviços de saúde reproduzem as desigualdades entre as macrorregiões e entre os municípios do estado da Bahia, também determinadas em função do seu grau de desenvolvimento social e econômico³⁴. Isso fica evidenciado quando, entre os 05 municípios com maiores escores finais, 04 deles ficam situados em regiões de alto desenvolvimento socioeconômico no estado. Antagonicamente, os piores resultados foram identificados em municípios localizados em regiões de médio a baixo desenvolvimento.

Na região Leste, houve uma exceção aos padrões observados de bom desempenho entre os municípios de porte I e de regiões desenvolvidas, na qual os municípios apresentaram escores finais extremamente baixos. No

município de porte I, isso provavelmente está associado ao elevado quantitativo de questões não respondidas no questionário. Quanto aos municípios de porte II, apesar dessa região ser a mais desenvolvida do estado, há relação com as exorbitantes desigualdades socioeconômicas intrarregionais.

Apesar do elevado IDHM dos municípios da macrorregião Oeste, a trajetória profissional deficiente contribuiu grandemente para seus baixos escores finais. Essa região possui ofertas ainda muito restritas de formação, com criação recente de cursos universitários públicos na área da saúde e poucas ofertas locais de educação permanente.

De todo modo, a formação de gestores para o SUS e o desenvolvimento da sua capacidade de gestão têm sido um desafio geral para o aprimoramento do sistema, sobretudo nas áreas mais remotas, de contextos socioeconômicos extremos e onde o acesso à informação e à formação é ainda mais escasso. Para Mota³⁸, se a estrutura organizacional é altamente dependente do ambiente e este varia no tempo e no espaço, a sua gestão também deveria ser igualmente variável e fruto de uma adaptação constante aos diferentes contextos.

Ao fazer o cotejamento entre os municípios de mesma macrorregião, as classificações pelos escores finais foram predominantemente próximas, o que indica características semelhantes entre si quanto à capacidade de governo. Contudo, os municípios de porte I também apresentaram um discreto destaque, ratificando a tendência observada na classificação geral. Desse modo, pode-se considerar que o porte populacional do município, altamente relacionado com sua capacidade econômica, pode estar também associado à sua maior capacidade de governo^{34,37}.

Considerações finais

O presente trabalho evidenciou capacidade de gestão da saúde de intermediária a baixa nos municípios baianos estudados. Na dimensão 1

(trajetória profissional dos gestores) foi onde foram encontradas as maiores dificuldades em se alcançarem resultados que contribuíssem para a elevação da capacidade de governo, seguida das dimensões 2 (sistemas de trabalho das Secretarias) e 3 (desenho organizacional das instituições).

A variação nos resultados mostrou, também, maior acúmulo de capacidade de governo entre os municípios com maior porte populacional e situados nas macrorregiões mais desenvolvidas do estado. Esse comportamento pode ser generalizado ao analisar isoladamente cada uma das dimensões.

Pode-se dizer que a opção pelo referencial teórico de Carlos Matus^{7,10-13} para embasar o presente trabalho foi apropriada, pois possibilitou um direcionamento metodológico, além do aprofundamento das reflexões acerca de um modelo teórico-prático de gestão pública e suas implicações. Entretanto, é mister que sejam empregados novos referenciais e metodologias, sobretudo que se utilizem de ferramentas que extrapolem a experiência dos secretários, com o objetivo de melhor descrever e analisar a capacidade de governo nas SMS, agregando novos elementos a esse debate.

As fragilidades identificadas na perícia dos dirigentes sugerem que a escolha dos secretários de saúde pelos chefes do Executivo provavelmente tem se dado considerando, sobremaneira, a relação pessoal ou do campo político, em detrimento do perfil técnico necessário. Isso tende a se repetir na composição da assessoria das SMS e, além de comprometer a implantação dos projetos de governo, ainda promove grande rotatividade da gestão, aqui apresentada como potencializadora de baixa capacidade de governo. Não é possível nem devido, em democracias, que sejam feitas exigências quanto à formação dos atores escolhidos pelo voto popular para o exercício de funções políticas¹², porém, no caso de cargos não eletivos, é imprescindível que sejam priorizados critérios técnicos de capacidade individual para a sua ocupação.

Matus propõe¹¹, e aqui se ratifica, a

necessidade da criação de Escolas de Governo, que promovam efetivamente a formação de gestores de uma forma diferente do atual modelo de formação universitária, departamentalizada, superespecializada e centrada no procedimentalismo. Essa formação tem distanciado os atores da lógica da gestão da saúde nos municípios, que envolve uma série de determinantes sociais, hoje muitas vezes equivocadamente deixados à margem das análises situacionais, o que inviabiliza a intervenção do Estado na base dos problemas de saúde da população.

Ademais, é fundamental que os estados, Governo Federal e outras instituições envolvidas no desenvolvimento e na representação das SMS, como os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), comprometam-se com a garantia da qualificação das gestões e com o apoio institucional, aproximando-se dos secretários e demais gestores nos municípios. Essas ações devem priorizar os municípios de pequeno porte e situados em regiões desprivilegiadas do ponto de vista socioeconômico, contribuindo para a minimização das barreiras comunicacionais e organizacionais entre formuladores e executores de políticas públicas de saúde.

É essencial destacar que, uma vez que ocorra falência na esfera de gestão municipal, responsável direta pela execução de grande parte dos

serviços, sobretudo da Atenção Básica, que tem a atribuição de ordenar toda a rede de serviços de saúde, pode haver comprometimento de toda uma cadeia de produção e gestão do cuidado à saúde dos cidadãos, atividade fim do sistema. Enquanto a capacidade de governo dos municípios não acompanhar a complexa dinâmica de gestão do SUS, levando-se em consideração seus componentes técnicos e políticos, poderão estar sendo colocados em risco os esforços empreendidos ao longo dos 30 anos de existência dessa política.

Pode-se afirmar, ainda, que o aprimoramento da capacidade de gestão mostra-se vital para o fortalecimento da correlação de forças em favor de um sistema universal, integral, totalmente público e de qualidade, que impacte de forma positiva a vida dos cidadãos brasileiros ante a agenda neoliberal que tem ganhado espaço dentro do SUS nos últimos anos.

Colaboradores

Brandão CC (0000-0001-8201-1130)* e Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)* contribuíram para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cecílio LCO, Andrezza R, Souza ALM, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS*. 2007; 1(2):200-207.
2. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(supl):1819-29.
3. Piola SF, Barros MED. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 260.
4. Fleury S, Ouverney AM. Renovação das Elites Locais em Saúde: perfil dos(as) secretários(as) municipais de saúde. In: Fleury S. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 201-88.
5. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1291-1310.
6. Ouverney AM. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: Fleury S. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 81-120.
7. Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA; 1993.
8. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF, organizadora. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 17-32.
9. Sampaio J, Carvalho EMF, Pereira GFC, et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para monitoramento e avaliação da atenção básica: lições relevantes. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(1):279-290.
10. Matus C. *Adeus, Senhor Presidente*. Recife: Litteris; 1989.
11. Matus C. *Los tres cinturones del gobierno*. Caracas: Altadir; 1997.
12. Matus C. *O líder sem estado maior*. São Paulo: FUNDAP; 2000.
13. Matus C. *Teoria do jogo social*. São Paulo: FUNDAP; 2005.
14. Dubar C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ. Soc*. 1998; 19(62):13-30.
15. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(4):622-631.
16. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização [internet]. 2016; [acesso em 2017 mar 19]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp.
17. Lotufo M. *Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES – Mato Grosso em 2001* [tese]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2003. 151 p.
18. Vilasbôas ALQ. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal* [tese]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2006.
19. Ramos LM. *Trajetória de carreira do profissional de recursos humanos da grande Natal* [dissertação]. [Natal]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013. 242 p.
20. Barsaglini RA, Kehrig RT, Arruda MB. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24(4):1119-1136.
21. Campos FE, Sakai MH, Fekete MC. Prefácio. In: Oliveira RG, Graboio V, Mendes Júnior WV. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009. p. 13-14.
22. Pereira AMM. *Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em*

- Minas Gerais [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
23. Venâncio SI, Nascimento PR, Rosa TE, et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 15(9):3951-3964.
 24. Martinelli NL, Viana ALA, Scatena JHG. O pacto pela saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. *Saúde debate.* 2015 dez; 39(esp):76-90.
 25. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde debate.* 2015 dez; 39(esp):160-170.
 26. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(6):1239-1250.
 27. Chiavenato I. Administração de recursos humanos. In: Chiavenato I. *Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos.* São Paulo: Atlas; 2000. p. 178-190.
 28. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):884-899.
 29. Correa TA. Visão dos atuais gestores em saúde pública de cinco municípios da região Celeiro sobre os desafios no acompanhamento das políticas públicas [monografia]. Três Passos: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 31 p.
 30. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):901-911.
 31. Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no programa saúde da família. *Saúde Soc.* 2010; 19(4):852-865.
 32. Berreta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 11(27):2143-2154.
 33. Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(5):966-974.
 34. Santos SBS, Melo CMM, Costa HOG, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):873-882.
 35. Fonseca F, Beltrão VER, Prado O. Avaliando a capacidade de governo: reflexões sobre a experiência do prêmio “Municípios que Fazem Render Mais” (2010 e 2011). *Rev. Adm. Pública.* 2013; 47(1):249-272.
 36. Castro JL, Castro JL, Vilar LLA. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil. *Observatório RH NESC/UFRN* [internet]. 2006 [acesso em 2017 maio 28]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf.
 37. Fleury S, Ouverney AM, Kronemberger TS, et al. Governança Local no Sistema Único de Saúde: a dimensão social. In: Fleury S. *Democracia e inovação na gestão local da saúde.* Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 289-334.
 38. Mota PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.* 13. ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.

Recebido em 17/07/2018

Aprovado em 15/01/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve