

CELMÁRIO CASTRO BRANDÃO

ANÁLISE DA CAPACIDADE DE GOVERNO EM SECRETARIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

BRASÍLIA, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CELMÁRIO CASTRO BRANDÃO

ANÁLISE DA CAPACIDADE DE GOVERNO EM SECRETARIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda Duarte dos Anjos Scherer

BRASÍLIA

2017

CELMÁRIO CASTRO BRANDÃO

ANÁLISE DA CAPACIDADE DE GOVERNO EM SECRETARIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: / /2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Magda Duarte dos Anjos Scherer – (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Denise de Lima Costa Furlanetto – (Suplente)
Universidade de Brasília

*A Deus, pela Sua misericórdia e justiça.
Ao meu irmão Hugo, por quem a saudade
não se ausenta e impulsiona na luta.
À minha amada Erika, que me abraça, me
ilumina e inspira meus dias.
À minha mãe, cuja labuta, desde criança,
me possibilitou tudo.
Às trabalhadoras e trabalhadores do SUS,
que vivenciam cotidianamente as agruras
e doçuras do trabalho e da militância,
cultivando essa rosa em meio ao deserto.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir, me abençoar e me proteger sempre.

À Erika, sempre amorosa, acolhedora e paciente, a quem tenho o privilégio de ter como companheira de vida.

À minha irmã, meu pai e em especial à minha mãe, Celci, por me respeitarem, me apoiarem sempre e por tudo o que fizeram para que eu chegasse até aqui.

À minha orientadora, professora Magda, pela partilha de conhecimentos que me conduziram nessa jornada.

Aos colegas de trabalho, amigos e amigas, de perto e de longe, que foram compreensivos e me incentivaram durante toda a trajetória acadêmica.

À Laile, Noêmia, Arlete, Gil, Mariele e família, à Associação Cultural Agentes de Pastoral Negros (APNs), de Vitória da Conquista - BA, à Residência Universitária da UFBA e aos amigos de lá, à Prof^a Márcia Cristina, da FacFAR/UFBA, João Paulo, Priscilla e outros tantos que não citei nominalmente, mas em pensamento. Sem a ajuda e exemplo de alguns desses, eu sequer teria iniciado essa jornada. De outros, jamais a concluiria.

À minha cidade, Ninheira-MG, e aos amigos e familiares de lá. Raízes que nutrem tudo o que busco e o que sou.

Aos participantes da pesquisa, que além de enfrentarem a corajosa tarefa da gestão, ainda se prontificaram a contribuir com o desenvolvimento da Ciência.

Aos companheiros e companheiras de militância, especialmente aos mártires da recente política nacional, que além de lutarem por uma sociedade menos desigual, que permita a um pobre sertanejo sonhar para além do êxodo rumo a futuros incertos, também me possibilitaram o despertar de uma consciência de classe e uma formação cidadã.

Às usuárias, usuários, trabalhadoras e trabalhadores do SUS, agradeço a perseverança, parabênizo pela e compartilho da luta e da esperança pela retomada da democracia, da justiça social, da liberdade e do respeito a todo o cidadão brasileiro.

*“O conhecimento nos faz responsáveis.”
(El Che)*

RESUMO

A partir do processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil, colocou-se o debate acerca da capacidade dos municípios em implementar uma das maiores políticas públicas do mundo. O presente trabalho tem como objetivo analisar a capacidade de governo de secretarias municipais de saúde em municípios baianos. Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quanti-qualitativa. Foi selecionado como informante-chave da pesquisa um(a) secretário(a) municipal de saúde representante de um município de pequeno porte (porte I) e um de grande porte (porte II), em cada uma das 09 macrorregiões de saúde do estado da Bahia. Empregou-se um questionário, subdividido em 03 Dimensões e às respostas obtidas foi aplicada uma matriz de pontuação, que permitiu quantificar para a classificação e comparabilidade do desempenho dos municípios quanto à capacidade para o desenvolvimento e implementação de seus projetos de governo. Os resultados obtidos demonstraram que, dos 15 municípios participantes, 12 apresentaram moderada e 03 apresentaram baixa capacidade de governo. A Dimensão relacionada ao Desenho Organizativo das Secretarias Municipais de Saúde foi a que os municípios apresentaram melhor desempenho, seguida pelas Dimensões referentes aos Sistemas de Trabalho das Secretarias e da Trajetória Profissional dos Gestores. Os municípios de porte I obtiveram melhor desempenho global em relação aos de porte II. Da mesma maneira, municípios situados em regiões mais desenvolvidas obtiveram melhores resultados. Considerando que a Perícia dos dirigentes foi a principal barreira ao desenvolvimento da capacidade de governo nas secretarias estudadas, ressalta-se a importância do investimento em iniciativas de formação e de apoio institucional. Recomenda-se priorizar municípios de pequeno porte, além dos situados em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica, de modo a promover a qualificação das gestões municipais e o consequente fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde pública, Gestão em saúde, Planejamento em saúde.

ABSTRACT

Since the decentralization management process of the Unified Health System in Brazil, the debate was focused on the capacity of counties to implement one of the largest public policies in the world. The present study aims to analyze the government capacity of municipal health secretary in counties of Bahia. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative-qualitative study. A municipal health secretary representing a small county (size I) and a large one (size II) was selected as the key informant of the research, in each of the 9 health macroregions of the state of Bahia. A questionnaire subdivided in 03 Dimensions was used and to the obtained answers was applied a punctuation matrix that allowed the quantification for the classification and comparability of the performance of the municipalities as to the capacity for the development and implementation of their government projects. The results showed that, of the 15 participating counties, 12 presented moderate and 03 presented low capacity of government. The Dimension related to the Organizational Design of the Municipal Health Secretaries was the one in which the counties presented better performance, followed by the Dimensions referring to the Working Systems of the Secretaries and the Professional Trajectory of the Managers. The size I counties obtained a better overall performance in relation to those of size II. In the same way, counties located in more developed regions obtained better results. Considering that the Leaders' Expertise was the main barrier to the development of the capacity of government in the secretaries studied, the importance of the investment in training initiatives and institutional support is emphasized. It's recommended to prioritize small counties, in addition to those located in regions of greater socioeconomic vulnerability level, in order to promote the qualification of municipal management and consequent strengthening of the Unified Health System.

Keywords: Public health, Health planning, Health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Desempenho dos municípios quanto à Trajetória Profissional dos gestores (Dimensão 1). Bahia, 2017.	49
Figura 02 – Desempenho dos municípios quanto aos Sistemas de Trabalho nas SMS (Dimensão 2). Bahia, 2017.	56
Figura 03 – Desempenho dos municípios quanto ao Desenho Organizativo das SMS (Dimensão 3). Bahia, 2017.	62
Figura 04 – Escore Final da capacidade de governo dos municípios do estado da Bahia, 2017	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Identificação dos municípios participantes conforme nomenclatura adotada e respectivas macrorregiões de saúde. Bahia, 2017 **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 02 – Matriz de pontuação: distribuição de notas, pesos e demonstrativo de cálculo **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 03 – Classificação dos municípios quanto à Trajetória Profissional dos secretários (Dimensão 1). Bahia, 2017. **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 04 – Classificação dos municípios quanto aos Sistemas de Trabalho nas SMS (Dimensão 2). Bahia, 2017 **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 5 – Classificação dos municípios quanto ao Desenho Organizativo das SMS (Dimensão 3). Bahia, 2017 **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 06 – Escore Final dos municípios em ordem decrescente. Bahia, 2017 . **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Dimensão 1: notas atribuídas a cada resposta e nota padronizada por Dimensão**Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDH-M	Índice de desenvolvimento Humano Médio
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1 O TRIÂNGULO DE GOVERNO DE CARLOS MATUS.....	5
2.1.1 Capacidade de Governo	6
2.1.1.1 A Perícia dos Gestores	8
2.1.1.2 Os Sistemas de Trabalho	9
2.1.1.3 Desenho da Organização.....	12
3 OBJETIVO GERAL	14
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4 MÉTODO	27
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA, CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DA AMOSTRA.....	Erro! Indicador não definido.
4.2 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	Erro! Indicador não definido.
4.3 A SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	Erro! Indicador não definido.
5 RESULTADOS	Erro! Indicador não definido.
5.1 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS GESTORES.....	43
5.2 OS SISTEMAS DE TRABALHO NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	49
5.3 O DESENHO ORGANIZATIVO E AUTONOMIA DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	56
5.4 ESCORES FINAIS E CLASSIFICAÇÃO GERAL.....	62
6 DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
6.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E PERÍCIA DOS DIRIGENTES.....	Erro! Indicador não definido.
6.2 OS SISTEMAS DE ALTA DIREÇÃO NAS SECRETARIAS.....	Erro! Indicador não definido.
6.3 AUTONOMIA E DESENHO ORGANIZACIONAL.....	Erro! Indicador não definido.
6.4 A INFLUÊNCIA DAS DIFERENÇAS REGIONAIS E DE PORTE DOS MUNICÍPIOS, NA CAPACIDADE DE GOVERNO	Erro! Indicador não definido.
6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	Erro! Indicador não definido.
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS.....	15
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE B – PERMISSÃO PARA ACESSO AO BANCO DE DADOS DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
APÊNDICE D – RESPOSTAS EMITIDAS PELOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

Desde a mais significativa vitória do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, com a instituição constitucional da saúde como um direito de todos e dever do estado, e conseqüente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), obstáculos de distintas naturezas têm se apresentado à implementação e condução dessa política, sendo amplamente debatidos nos âmbitos da gestão, da Academia e do controle social.

Grande parte dessas discussões tem se desenrolado em torno da dicotomia entre financiamento e gestão do sistema. O aporte financeiro do SUS, temática amplamente estudada e para a qual a posição pelo seu subfinanciamento é fortemente demarcada na literatura do campo da saúde coletiva (CECÍLIO et al., 2007; PAIM; TEIXEIRA, 2007; FLEURY; OOVERNEY, 2014; PIOLA; BARROS, 2016; MELLO et al., 2017), é de responsabilidade da União, dos estados e municípios, que compartilham a gestão de todo o sistema. Apesar desse compromisso tripartite, o panorama atual é de estrangulamento financeiro dos municípios, que têm assumido percentuais muito superiores aos estabelecidos na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000; PIOLA; BARROS, 2016), em decorrência da crescente demanda pelo acesso a ações e serviços de saúde pela população e da reduzida priorização do investimento no setor saúde pelos demais entes federados (CECÍLIO et al., 2007; PIOLA; BARROS, 2016).

No que se refere à gestão, a Constituição de 1988 introduziu um desenho no sistema político que propiciou maior responsabilização de atores municipais no cenário nacional, criando meios para aumentar a sua capacidade efetiva de condução dos rumos das políticas públicas (FLEURY; OOVERNEY, 2014). No SUS houve um forte movimento de descentralização no início da década de 90 (PAIM; TEIXEIRA, 2007; FLEURY; OOVERNEY, 2014), com a publicação das Normas Operacionais Básicas – NOB SUS, de 1991, 1993 e 1996, contendo diretrizes para a descentralização da gestão do SUS: a orientação federativa com a 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 governamentais (OOVERNEY, 2014).

Todas essas diretrizes e a divisão de responsabilidades entre as esferas de gestão passaram a exigir dos estados e, sobretudo, dos municípios, a gestão da maior parte dos serviços de saúde como, por exemplo, a rede de atenção básica, e a qualificação dos atores locais para gerenciar um sistema guiado pelos princípios da universalidade e integralidade, num contexto de desafios gerados pelas desigualdades regionais de um país com a grande dimensão territorial que o Brasil possui, além da sua diversidade socioeconômica.

As secretarias municipais de saúde (SMS) constituem-se na autoridade sanitária encarregada de gerenciar os sistemas locais de saúde. Seus dirigentes são secretárias ou secretários escolhidos pelos prefeitos para exercer essa função (OUVERNEY, 2014), com a enorme responsabilidade de apresentar resultados positivos no tocante à saúde dos seus munícipes. Segundo Carlos Matus (1997), o que importa para um governo são seus resultados, e esses devem ser alcançados mesmo em um meio resistente, geralmente adverso e nebuloso, pois é com base neles que uma gestão será avaliada.

Passaram-se décadas e, com a descentralização da gestão SUS, coloca-se, então, o debate sobre a capacidade de gestão desses novos atores e organizações, de formulação e implementação de uma das maiores políticas públicas do mundo, cuja gestão é imperativo que seja democrática, com cobertura universal e integral, de modo a promover saúde, prevenir agravos e prestar assistência à saúde dos cidadãos brasileiros. A partir de então, discute-se, sob a ótica dos municípios brasileiros, a baixa capacidade de governo para a implementação de políticas públicas que apresentem resultados positivos, sobretudo das organizações de saúde (LOTUFO, 2006; PEREIRA, 2009; VENÂNCIO et al., 2011; FLEURY; OUYERNEY, 2014; MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015; MEDEIROS; GERHARDT, 2015; MELLO et al., 2017).

A baixa capacidade de governo – que se expressa na capacidade de direção, gerência e administração e controle ou, ainda, se refere fundamentalmente à capacidade de implementação de políticas – afeta a governabilidade e a qualidade do projeto de governo (MATUS, 1993; 2006). Segundo os postulados de Matus (1989; 1993; 1997; 2000; 2005), essas três variáveis inter-relacionadas constituem o chamado triângulo de governo: o projeto compreende principalmente o planejamento de ações, com os objetivos de definir e direcionar prioridades; a governabilidade

sintetiza o grau de dificuldade da proposta e o caminho a se percorrer para alcançá-la, por exemplo, articulando apoio e legitimidade política obtida; a capacidade de governo é o conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um gestor e de sua equipe para atingir os objetivos declarados.

Facilitando o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a prática de gestão das organizações de gestão pública da saúde, Carlos Matus distingue três dimensões centrais da capacidade de governo: a **Perícia dos Dirigentes**, os **Sistemas de Trabalho** utilizados e o **Desenho Organizativo** da Instituição (MATUS, 1997).

Não obstante, agregando maior complexidade à gestão do SUS nos municípios, considera-se que, no Brasil, o direito à saúde não se efetivou igual ou equanimemente nos territórios (ALBUQUERQUE, 2013), pois a sua gestão, e conseguinte implementação, se concretiza de maneiras distintas em cada localidade, variando, em grande parte, conforme contextos socioeconômicos e demográficos (FONSECA; BELTRAO; PRADO, 2013).

Levando em consideração essa complexidade de gestão e a diversidade territorial brasileira, tornam-se relevantes estudos que contribuam na compreensão das SMS, seus dirigentes e seu *modus operandi*, de modo a subsidiar análises e adoção de medidas que qualifiquem a gestão municipal, induzindo melhoria geral no SUS. Assim, o presente trabalho apresenta uma análise da capacidade de governo de secretarias municipais de saúde em municípios baianos.

Sua investigação se baseou no vértice do triângulo de governo apresentado no modelo teórico de Carlos Matus, onde é enfatizada a necessidade do desenvolvimento da capacidade de governo para a condução de qualquer projeto ou política em uma organização. Centrou-se nos seguintes questionamentos: As gestões municipais da saúde têm apresentado capacidade de formulação e implementação dos seus projetos de governo no âmbito do SUS? Quais as principais barreiras ou potencialidades relacionadas à capacidade de governo para a implementação dos projetos nas secretarias municipais de saúde?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo sido Ministro da Economia do governo socialista chileno de Salvador Allende (1970 – 1973) e prestado assessoria a diversos governos latino-americanos (Brasil, Cuba, Venezuela, Equador, etc.), o economista nascido no Chile, Carlos Matus, desenvolveu análises sobre as experiências de gestão conhecidas, concluindo, à época, que ainda que o projeto de governo sirva para se fazer a distinção entre um governo de direita ou de esquerda, a limitação da capacidade de governo é majoritariamente identificada em qualquer um dos campos, e um atributo central que contribuiu para esse panorama foram as disputas desmedidas e infundadas por microespaços de poder. Segundo Matus (2005), “a concorrência para ser o pajé da tribo se tornou mais importante que a capacidade para curar”.

Um dos componentes basilares dos estudos de Matus é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo”, de modo a contribuir para o aumento da capacidade de governo dos Estados latino-americanos (TEIXEIRA, 2010). Suas análises centrais são focadas nos níveis mais altos dos governos, sobretudo nas gestões presidenciais da América Latina. Após sua prisão e exílio, ocasionados pelo golpe militar de 1973 no Chile, Matus, refletindo sobre os limites e fracassos identificados nos métodos de planejamento normativo ou tradicional na América Latina, idealizou o Planejamento Estratégico Situacional (PES) (MATUS, 1993), que vem sendo amplamente utilizado e pode ser tomado como referência conceitual para a análise das gestões, sobretudo em perspectiva comparativa (FONSECA; BELTRAO; PRADO, 2013).

Segundo o próprio Matus, suas análises podem e devem ser extrapoladas para níveis menores do Poder Executivo em todas as esferas, o que vem sendo feito de longa data por estudiosos, especialmente da área do planejamento em saúde (LOTUFO, 2003; LOTUFO, 2006; TEIXEIRA, 2010; FONSECA; BELTRAO; PRADO, 2013). Desse modo, a escolha por esse referencial foi movida por seu caráter empírico, oriundo das investigações realizadas por Matus em espaços de gestão latino-americanos. No caso do presente trabalho, tal referencial foi aplicado sobre o nível de gestão municipal, especificamente nas secretarias municipais de saúde, sendo os atores sociais/governantes/gestores em tela, os respectivos secretários.

2.1 O TRIÂNGULO DE GOVERNO DE CARLOS MATUS

Governar, fazer gestão ou conduzir uma política pública é algo muito complexo, que envolve, em elevada medida, um domínio teórico dos sistemas sociais, mas que também envolve arte, equivalentemente mesclada à teoria (MATUS, 1993). O condutor dirige um processo para alcançar seus objetivos, que são escolhidos ou alterados conforme circunstâncias, superando resistentes obstáculos de maneira ativa e, levando em consideração a sua limitada força, deve explorar e desenvolver todo o seu potencial e do seu maquinário institucional (MATUS, 1993).

Governar, então, exige a articulação triangular de três variáveis mutuamente condicionadas e interdependentes, segundo os constructos teóricos de Matus (MATUS, 1989; 1993; 1997; 2000; 2005), denominadas de **Triângulo de Governo**, que apresenta a seguinte composição: **projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade**. Como extensivamente discutida por diversos estudiosos (LOTUFO, 2003; VILASBOAS; PAIM, 2008; TEIXEIRA, 2010; VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010; SOARES; PAIM, 2011; SAMPAIO et al., 2011; SANTOS et al., 2012; FONSECA; BELTRAO; PRADO, 2013; ROSSI; CHAVES, 2015), a articulação dessas variáveis pode facilitar o processo de implementação de políticas e de reorganização de práticas de gestão na saúde em âmbito municipal. O mútuo condicionamento desses elementos aponta, entretanto, para um evento comum aos três sistemas: a ação humana (MATUS, 2005).

O **projeto de governo** refere-se ao conteúdo das proposições ou meios e propostas de ações, através das quais um ator se propõe a alcançar a situação esperada (MATUS, 2005; TEIXEIRA, 2010; VILASBOAS; PAIM, 2008). As escolhas oriundas do projeto de governo comportam elevado grau de conflituosidade, demandando empreendimento de esforços individuais e institucionais para a sua implementação (MATUS, 2005).

A **governabilidade** do sistema é uma relação entre o peso das variáveis que o ator controla ou não controla durante sua gestão. Envolve o grau de dificuldade da proposta, o caminho que é preciso percorrer e é verificável por meio do grau de aceitação ou rejeição do projeto. Depende da capacidade do gestor de controlar as variáveis intervenientes, articulando apoio e legitimidade política obtida. Quanto mais

variáveis ele controlar, maior será sua liberdade de ação e o peso de cada uma destas variáveis depende do conteúdo do projeto de governo e da capacidade do governante (MATUS, 1993; MATUS, 1997; MATUS, 2005; VILASBOAS, 2006; SOARES; PAIM, 2011).

Por fim, a **capacidade de governo**, foco medular do presente trabalho, trata do conjunto de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências acumuladas por um ator, sua equipe de governo e pela organização para a condução da gestão, dada a governabilidade do sistema, até o conteúdo propositivo do projeto de governo (MATUS, 1993; TEIXEIRA, 2010; SAMPAIO et al., 2011).

2.1.1 Capacidade de Governo

Capacidade institucional é um termo genérico que traduz o potencial que uma determinada instituição possui em função do volume de recursos que maneja, da sua organização e da sua condução. Em saúde, é comum o uso do termo como sinônimo de “capacidade instalada”, relacionada à disponibilidade de infraestrutura de serviços (instalações físicas, recursos humanos, materiais e financeiros), mas também se pode usar o termo, como fez Teixeira (2010), para se referir à “**capacidade de gestão**” ou “**capacidade de governo**”, entendida como a capacidade do gestor e de sua equipe em conduzir com eficiência a instituição, em direção ao cumprimento de sua missão.

Para Santos e colaboradores (2012), a capacidade de gestão compreende o potencial que tem um gestor em operar os recursos existentes e em adquirir novos recursos, sejam eles de natureza normativa, técnica, material, política, relacional e de informação. Ademais, trata da sua capacidade de, valendo-se da posição privilegiada que ocupa, conseguir controlar, negociar e se articular com outros atores, os interesses do seu projeto no processo de tomada de decisão e consequente inserção na agenda governamental. Assim, para esse autor, a capacidade de gestão refere-se ao exercício do poder e à sua legitimidade (SANTOS et al., 2012).

Dentre um complexo de variáveis relevantes para a formulação de um projeto de governo na área da saúde, tais como a análise de situação de saúde e de seus

determinantes sociais, é de extrema importância considerar o interesse do governante e a sua capacidade de governo.

[...] A eficácia do projeto depende da forma acertada de se combinar o mundo dos valores com a contribuição das ciências; é um ato de criatividade humana, próprio da arte da política. Não bastam as ciências, é preciso complementar com os valores. Não bastam os valores. Eles têm que ser coerentes com as ciências. E a combinação adequada de ambas as esferas só se consegue com imaginação criativa em relação às circunstâncias, aos desafios e aos objetivos perseguidos.

[...] O peso das variáveis relevantes varia de acordo com o conteúdo do projeto de governo e a capacidade do governante

[...]

Na capacidade de governo, seja ela pessoal, de uma equipe ou de uma organização, convergem três elementos: experiência, conhecimentos e liderança. Na experiência, acumula-se a arte que o conhecimento científico é incapaz de proporcionar, embora a arte, sem o acompanhamento da ciência, seja arte em estado bruto. Nenhum componente dessa tríade vale por si só. O que vale é o produto inseparável de suas interações. Os conhecimentos sem a experiência, e a experiência sem os conhecimentos, valem pouco, e ambos ficam muito diminuídos ante a falta de liderança, que vale nada se não estiver associada aos conhecimentos e à experiência pertinentes. A experiência só vale em relação ao capital cognitivo com o qual se acumula, e esse capital cognitivo fica imaturo sem a dose de experiência necessária (MATUS, 2005, p. 488 - 489).

A complexidade dos problemas sociais avança de forma muito acelerada, enquanto que a capacidade pessoal ou institucional para governar fica cada vez mais distante do seu enfrentamento; assim, há uma crise de capacidade para governar. Para Matus (2005), todos os cidadãos estão submetidos a governos de baixa qualidade, ao estilo primário e medíocre de fazer política, à indigência teórica e à carência das universidades em dar resposta aos problemas sociais.

[...] o governante é um ciclista experimentado em percursos planos, que de repente tem de enfrentar uma corrida numa ladeira muito íngreme, sujeito a limites de tempo e montado numa bicicleta ergométrica estacionária. Carece de capacidade para governar, não sabe traçar e escolher o projeto de governo; e como não sabe modernizar a bicicleta, acomoda-se com a ineficácia do aparelho público que comanda. Pinta a bicicleta com as cores do seu partido e pendura um cartaz com os dizeres "bicicleta reformada". E, como não sabe que não sabe, tampouco sabe escolher a equipe de governo e os assessores. Quando a situação fica ainda mais crítica, pedala com mais força, e assim perde estabilidade, sem avançar.

[...]

As lideranças políticas não reconhecem que têm baixa capacidade de governo e não conseguem identificar as causas do desprestígio que as atinge. Atribuem-nas exclusivamente ao projeto de governo e às condições de governabilidade. E às vezes são ainda mais simplistas e as atribuem a deficiências de comunicação. O argumento de consolação é: "faço as coisas direito, mas me comunico mal". Então, dada a falta de receptividade, as forças conservadoras adotam o populismo casuísta, e a esquerda se "direitiza" e modera suas propostas de mudança. Ninguém aponta a capacidade para governar como a causa principal da deterioração da política. Todos se autoqualificam como capacitados, porque não sabem que não sabem. Assim, as propostas concorrentes se aproximam cada vez mais

e, como continuam semelhantes em termos de incapacidade, cresce a indiferenciação política. A resposta do cidadão é a indiferença com a política. É imperativo que haja uma revolução na capacidade de governo e no estilo de se fazer política (MATUS, 2005, p. 28).

Assim, Matus reconhece que os fracos resultados das gestões têm fundamento nem tanto nos projetos mal formulados ou na governabilidade do sistema, e sim na baixa capacidade para governar, já que a formulação e correção dos dois primeiros dependem fundamentalmente desta, na configuração do Triângulo de Governo. Quanto maior a capacidade de governo de um ator, maior a sua governabilidade, da mesma forma que o seu projeto de governo também tende a ser mais bem elaborado (MATUS, 2005).

O vértice da capacidade de gestão no Triângulo de Governo de Matus tem relação com a **Perícia do Dirigente** (e equipe) e também com os **Sistemas de Trabalho** instituídos na organização, sobretudo os sistemas da sua Alta Direção, que é quem dirige todos os demais microssistemas, assim como, depende do **Desenho da Organização** (MATUS, 1997; LOTUFO, 2003; MATUS, 2005; VILASBOAS; PAIM, 2008).

2.1.1.1 A Perícia dos Gestores

Matus atribui à Perícia dos Dirigentes o conjunto de qualidades, conhecimentos e habilidades adquiridas com a experiência, estas se traduzindo em capacidade de mobilização de vontades e condução de processos políticos (liderança) (LOTUFO, 2003; MATUS, 2005). Na experiência se adquire a arte que o conhecimento científico é incapaz de prover. Todos esses atributos são interdependentes, sendo o produto inseparável de suas interações excepcionalmente valoroso (MATUS, 1997).

Segundo o autor, os líderes políticos têm uma perícia mutilada. São inclinados ao imediatismo, à micropolítica e a um excesso de confiança na arte, com menosprezo dos métodos de governo. Vivemos uma época de governantes despreparados para governar. Essa crise da capacidade de governo tem três fundamentos: a) o líder que não sabe que não sabe; b) a maquinaria organizativa que ele comanda é deplorável e ele não sabe como reestruturá-la; c) o projeto de

governo é deficiente. Os dois últimos possuem relação íntima com (consequência) com o primeiro: a capacidade pessoal de governo (MATUS, 1997). Essa limitação reduz o potencial de formulação, implementação e avaliação de políticas locais pelos gestores (CECÍLIO et al., 2007; VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010; BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011).

A experiência a que Matus se refere pode ser analisada a partir da trajetória profissional ou trajetória objetiva, definida por Dubar (1998) como a sequência de posições (escolares, profissionais, etc.) ocupadas em um ou mais campos da vida social, como, por exemplo, os diferentes cargos e funções vivenciadas pelo sujeito ao longo do seu percurso profissional, cujo relato apresenta visões atualizadas de si e do mundo (DUBAR, 1998; RAMOS, 2013).

Contudo, a simples avaliação dos cargos não fornece a informação sobre a trajetória objetiva, tornando necessário considerar a sequência de ocupações sociais ao longo do tempo (RAMOS, 2013). Schein (1996) descreveu um conjunto de fases que representam um recurso didático para compreender etapas de toda a trajetória profissional, dentre elas as fases que envolvem a compreensão do papel social e o desenvolvimento de afetividades e fantasias; treinamento técnico propriamente dito para o futuro trabalho; desenvolvimento de habilidades, autoavaliação e autoaprendizado; exposição a valores, regras, cultura organizacional e socialização, que lhe apresentarão a necessidade de escolhas de alto impacto em seu desenvolvimento profissional.

Para além das ocupações ou posições sociais, é fundamental que se considere a formação acadêmica. Lotufo e Miranda (2007) chamam a atenção para a limitada formação em administração pública, decorrente da formação departamentalizada e vertical promovida nas universidades, que não prepara os indivíduos para dirigir organizações, conforme também é apontado por Matus (1997). Há que se considerar a demanda por Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde (BATISTA; GONÇALVEZ, 2011).

2.1.1.2 Os Sistemas de Trabalho

O segundo componente da capacidade de governo se refere aos sistemas de trabalho em uma organização. Elevar a capacidade de governo significa aprimorar seus sistemas de trabalho – especialmente os Sistemas de Alta Direção (MATUS, 1997). As macropráticas ou macrossistemas de trabalho se referem aos sistemas fundamentais de direção e gestão, já as micropráticas ou microssistemas são os procedimentos e modos de cumprir tarefas, se referem a modos de utilizar o tempo, analisar opções, calcular, decidir, avaliar, monitorar, dirigir e gerenciar (MATUS, 1997).

Os macrossistemas de trabalho constituem os Sistemas de Alta Direção e determinam a capacidade institucional de governo, sendo também chamados por Matus (1997) de Sistema de Direção Estratégica, e incluem:

- **Agenda do dirigente**, centrando-se na otimização do tempo, com foco nas questões estratégicas;
- **Assessoria técnico-política**, realizada por uma equipe de apoio, com o papel constante de fazer análise situacional;
- **Manejo de crise**, com a atribuição de gerenciar situações inesperadas, ou o que se considera fora do comum na gestão;
- **Planejamento estratégico**, onde é feito coletivamente o cálculo técnico-político por problemas, identificando, selecionando e analisando-os, além da definição de objetivos e elaboração das operações a serem executadas para atingi-los;
- **Grande estratégia** (bússola, em longo prazo, do sistema de direção), elaboração do programa direcional que supõe a construção de cenários e definição das estratégias para o alcance dos objetivos de longo prazo;
- **Orçamento por programa**, alocação de recursos por objetivos;
- **Monitoramento**, acompanhamento regular e sistemático das ações, para avaliar frequentemente a necessidade de formulações e revisões;
- **Cobrança e prestação de contas por desempenho**, coordenação e avaliação periódica do cumprimento dos compromissos e metas assumidas pela equipe gerencial;

- **Gerência por operações**, atribuição de responsabilidades gerenciais a dirigentes intermediários, através da organização de estruturas matriciais que articulam os objetivos e módulos do plano;
- **Treinamento**, formação de quadros dirigentes e técnicos com enfoque na cultura transdepartamental, em detrimento da educação compartimentalizada oferecida pelas universidades (MATUS, 1997; LOTUFO, 2003).

O PES foi pensado por Matus como um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes (ARTMANN, 2000). Como componentes fundamentais para o PES (consequentemente para a gestão), entre esses dez Sistemas de Direção Estratégica, Matus (1989; 1997) destaca três principais, chamados de **Triângulo de Ferro**, composto por três sistemas-chave: o sistema de agenda, que orienta ou desorienta, e concentra ou dispersa a ação diária; a petição e prestação de contas por desempenho, que avalia, valoriza, premia e pune os resultados da gestão e o esforço para alcançá-los; e a gerência por operações, que determina o estilo da gestão diária da organização, em seus extremos de inovação e decadência (MATUS, 1989; 1997).

Os microssistemas de trabalho, por sua vez, envolvem os microprocessos e a administração de conversações. Os microprocessos, ou a microengenharia do trabalho, referem-se aos processos básicos da gestão, tais como: contratação, licitações, comunicados, compras, pagamentos, arrecadações, prestação de serviços etc. Assim, estabelecem também normas de qualidade burocrática. Já a administração de conversações define o modo como a organização sistematiza os atos de fala de cada ator da organização, cujo gerenciamento pode possibilitar ao dirigente a construção do consenso, a mobilização de vontades, o envolvimento e a responsabilização dos dirigentes e técnicos com o cumprimento das políticas e planos de ação definidos (MATUS, 1997; LOTUFO, 2003, MATUS, 2005).

Esse microssistema determina o “coeficiente de fricção burocrática” do aparato público, que estabelece a relação entre o tempo real e o tempo-norma de cada procedimento, ou seja, que envolve o tempo empreendido pela instituição com sua própria burocracia (MATUS, 1997; LOTUFO, 2003, MATUS, 2005).

2.1.1.3 Desenho da Organização

O terceiro elemento da capacidade de governo, o desenho organizativo, corresponde à estrutura das relações que se cristalizam, em determinados momentos, no âmbito das instituições e nos seus órgãos e departamentos (MATUS, 1997; 2005). Organizações são a formalização da intencionalidade coletiva na condução do jogo social. A organização é a ferramenta de trabalho do gestor, seu capital institucional, sua bicicleta. A qualidade da organização do aparelho de governo é um aspecto da capacidade institucional de governo, e também contribui para a governabilidade. Essa qualidade determina as práticas diárias de trabalho: se é uma bicicleta estacionária, o atrito e a fricção burocrática consomem todas as suas energias com resultados muito pobres (MATUS, 2005).

Em “Os três cinturões de governo”, Matus (1997) aponta três grandes níveis para o desenho organizativo: o desenho macroinstitucional, o desenho macroorganizativo e o desenho microorganizativo. Para melhor compreendê-los, remetemos à Teoria do Jogo Social (MATUS, 2005), onde o autor destrincha os Níveis de Projeto de uma Organização. Dentre os três níveis há subdivisões que originam outros sete padrões ou (sub)níveis.

No Nível da Macrorregulação está embutido o padrão macroinstitucional de uma organização. Esse padrão determina a variedade e o tipo de organismos públicos e semipúblicos admitidos pelo projeto organizacional, com a diferenciação de regras que caracterizam cada tipo de organização. Nesse nível se estabelece a correspondência entre cada tipo de organização e o grau de autonomia e flexibilidade que lhe é concedido para o cumprimento de sua missão e seu funcionamento (MATUS, 2005).

O projeto macroorganizacional, contemplado no Nível de Macroprojeto, a partir da definição do padrão macroinstitucional, define a macroestrutura organizacional do âmbito público, mediante a indicação precisa do número e do tipo de organizações que serão reconhecidas como públicas. Referenciado no macroorganizacional, define-se o projeto organizacional, formalizado por meio de um organograma, que estabelece hierarquias organizacionais e delimita as responsabilidades por funções, dentro de cada organismo (MATUS, 2005).

Por fim, o Nível do Microprojeto apresenta o projeto das micropráticas de trabalho, que regula os microprocedimentos de trabalho empregados nos processos básicos da gestão, reportando-se aos Sistemas de Trabalho (MATUS, 2005).

Matus (1997) esquematiza o desenho organizativo definindo o desenho macrororganizativo como o desenho da estrutura de uma organização, o organograma propriamente dito (LOTUFO, 2003), o desenho macroinstitucional, se referindo à tipologia de organizações públicas que combinam modos de propriedade, modos de gestão e as regras de cada uma; e insere o gabinete do dirigente, a estrutura da oficina do governante, como “o cabeça” de toda formulação.

O autor enfatiza que o desenho macroinstitucional define tudo, mas a cabeça desse projeto é o gabinete do dirigente, que impõe um teto de qualidade a todos os componentes da capacidade de governo (MATUS, 2005).

Diante de todo o aporte teórico-metodológico produzido por Matus, e considerando os objetivos do presente estudo, optou-se por esse referencial para a investigação e análise dos achados oriundos da pesquisa. Assim, buscou-se elucidar os principais elementos que influenciam, positiva ou negativamente, na capacidade de governo de um conjunto de governantes, sinalizando, inclusive, quais desses elementos têm peso positivo e/ou negativo na mensuração desta.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar a capacidade de governo de secretarias municipais de saúde em municípios baianos.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a trajetória profissional dos gestores municipais de saúde;
- Identificar características dos sistemas de trabalho de cada secretaria municipal de saúde;
- Descrever o desenho organizativo e a autonomia das secretarias;
- Identificar elementos que influenciem o desenvolvimento da capacidade de governo das gestões municipais, interferindo na implementação do projeto de governo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. 2013. Tese (Doutorado em ciências) – Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2013.
- ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In:_____. **Cadernos de Oficina Social 3: Desenvolvimento Local**. Rio de Janeiro: COOPE/UFRJ, 2000. 25 p.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884 – 899, out./dez. 2011.
- BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 11, v. 27, p. 2143 – 2154, nov. 2011.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 14 set. 2000. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm >. Acesso em: 1 de junho de 2017.
- CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; LIMA, M. R.; MERCADANTE, C. E. B.; PINTO, N. R. S.; VEJA, C.; SPEDO, S. M.; LACAZ, F. A. C.; SATO, W. N. S.; BESTETTI, L. M. A. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200 – 207, jul./dez. 2007.
- DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 62, p. 13 - 30, abr. 1998.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. 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 / Editora FIOCRUZ, 2014. p. 201 – 88.

FONSECA, F.; BELTRAO, R. E. V.; PRADO, O. Avaliando a capacidade de governo: reflexões sobre a experiência do prêmio "Municípios que Fazem Render Mais" (2010 e 2011). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 249 - 272, Fev. 2013.

LOTUFO, M. **Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES – Mato Grosso em 2001**. 2003. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2003.

_____. Informações do âmbito de gestão estadual – análise da gestão em secretarias estaduais de saúde. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 193 p.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**. v. 41, n. 6, p. 1143 - 1163, 2007.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. A.; SCATENA, J. H. G. O pacto pela saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde em Debate**, v. 39, n. especial, p. 76 – 90. dez. 2015.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente**. Tradução de Francisco A. Carneiro da Cunha Filho. Recife: Litteris Editora, 1989. 204 p.

_____. **Política, planejamento e governo**. Tomo I e II. Brasília: IPEA, 1993.

_____. **Los tres cinturones del gobierno**. Caracas: Foo Editorial Altadir, 1997. 262p.

_____. **O líder sem estado maior**. Tradução de Gilselda Barroso G. A. Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 2000. 206 p.

_____. **Teoria do jogo social**. Tradução de Luis Felipe Rodriguez Del Riego. São Paulo: FUNDAP, 2005. 524 p.

_____. O plano como aposta. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L.

Planejamento e orçamento governamental: coletânea. Brasília: Enap, v. 2. 2006. 144 p.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde em Debate**, v. 39, n. especial, p. 160 – 170. dez. 2015.

MELLO, G. A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; IOZZI, F. L.; DEMARZO, M. M. P.; VIANA, A. L. A. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291 – 310. abr. 2017.

OUVERNEY, A. M. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. IN: FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014. p. 81 - 120.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, Supl., p. 1819 – 29. Nov. 2007.

PEREIRA, A. M. M. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. 2009. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2009.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS. 2016. 260 p.

RAMOS, L. M. **Trajetória de carreira do profissional de recursos humanos da grande Natal**. 2013. 242f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2013.

ROSSI, T. A.; CHAVES, S. C. L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 196 - 206. dez. 2015.

SAMPAIO, J.; CARVALHO, E. M. F.; PEREIRA, G. F. C.; MELLO, F. M. B. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para monitoramento e avaliação da atenção básica: lições relevantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 1, p. 279 – 290, 2011.

SANTOS, S. B. S.; MELO, C. M. M. COSTA, H. O. G.; TANAKA, O. Y.; RAMOS, F. . SANTANA, M. C. C.; TRINDADE, B. G. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 873 - 882, 2012.

SCHEIN, E. H. **Identidade profissional: como ajustar suas inclinações e opções de trabalho**. São Paulo: Nobel. 1996.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 5, p. 966-974, Mai. 2011.

TEIXEIRA, C. F. Enfoque teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: _____. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17 – 32.

VENÂNCIO, S. I.; NASCIMENTO, P. R.; ROSA, T. E.; MORAIS, M. L. S.; MARTINS, P. N.; VOLOSCHKO, A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no estado de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 09, p. 3951 – 64. 2011.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no programa saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 852 – 865, out./dez. 2010.

VILASBOAS, A. L. Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006. Tese (Doutorado em saúde pública) – Programa de Pós Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2006.

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, Jun. 2008.