



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

SHEYLA SANTANA DE ALMEIDA

GESTÃO MUNICIPAL EM REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

FEIRA DE SANTANA

2017

SHEYLA SANTANA DE ALMEIDA

GESTÃO MUNICIPAL EM REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Produção do Cuidado, Avaliação dos Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

FEIRA DE SANTANA

2017

DECLARAÇÃO DE DEFESA
SHEYLA SANTANA DE ALMEIDA

GESTÃO MUNICIPAL EM REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Dissertação submetida ao Mestrado Profissional em
Enfermagem, da Universidade Estadual de Feira de
Santana, como parte dos requisitos necessários para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Feira de Santana, BA - Brasil, 23 de outubro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos _____

Doutora em Enfermagem e professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas _____

Doutora em Saúde Pública e professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho _____

Doutor em Medicina e Saúde e professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana

Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues _____

Doutora em Enfermagem e professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Silvia da Silva Santos Santos Passos _____

Doutora em Enfermagem e professora do do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico à Marcos,
O amor da minha vida...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, Pedro e Helena. Obrigada pelo exemplo de vida e responsabilidade. Por estarem presentes e apoiarem minhas escolhas. Vocês sabem o quanto eu caminhei pra chegar até aqui...

À “minha” professora Dr^a Silvone Santa Bárbara, orientadora e amiga. Exemplo de mulher e profissional. Obrigada por acreditar. Me acolheu, me incentivou, me ensinou e me permitiu concluir mais uma etapa.

AGRADECIMENTOS

À Deus, verdadeiro significado da vida, a quem devo tudo que possuo. Obrigada pela orientação, proteção e permissão de superar tantos obstáculos para ter esta conquista tão importante para minha vida.

Ao meu filho Marcos. Obrigado pelo amor incondicional e pela força diária. Por suportar minhas ausências, mesmo sem entender o que estava acontecendo. Eu te amo!

Ao meu irmão Charles. Sei que sempre torce pela minha vitória. Obrigada.

Ao professor Dr Carlos Teles. Obrigada pelas orientações na área estatística com tanta competência e paciência.

Aos professores da banca. Obrigada pelo tempo concedido, pela confiança e pelas valiosas contribuições ao estudo.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, instituição que admiro e que sempre me permitiu novas possibilidades.

À professora e amiga Evanilda. Obrigada pelo estímulo constante e partilha das experiências brilhantes de vida.

À professora e amiga Sílvia. Obrigada pelas longas conversas, não só sobre pesquisa, mas experiências e objetivos de vida.

Aos professores do Mestrado Profissional em Enfermagem. Obrigada por tudo que me ensinaram e me permitiram refletir.

À FAPESB pelo financiamento da pesquisa.

À equipe do GESTIO (Núcleo de estudos em gestão, políticas, tecnologias e segurança na saúde). Obrigada pelo acolhimento e compartilhamento de informações.

Aos integrantes da pesquisa de Avaliação do processo de Gestão, em especial Natália e Cleonara. Obrigada pela contribuição na construção desse processo.

Aos colegas do Mestrado. Obrigada pelo companheirismo e por ter compartilhado muitas experiências.

Aos professores do curso de Enfermagem da UEFS, colegas de trabalho; em especial dos componentes curricular: Enfermagem na saúde do Adulto e Idoso II, Enfermagem na saúde do Adulto e Idoso III e Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde. Obrigada pela parceria, sempre me possibilitando ajustar os horários para o cumprimento das demandas.

Aos Gestores Municipais de Saúde que se disponibilizaram a contribuir nesse processo.

À todos os meus amigos, pela torcida e motivação. Obrigada!

*Posso, tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali
estar*

*Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar
Vou persistir, continuar a esperar e crer
E mesmo quando a visão se turva e o coração só chora
Mas na alma, há certeza da vitória*

*Posso, tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir*

*Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar
Vou persistir, continuar a esperar e crer ...*

Celina Borges

ALMEIDA, Sheyla Santana de. **Gestão Municipal em Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2017.

RESUMO

Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa com o objetivo geral de construir a linha de base avaliativa da capacidade de gestão em municípios de regiões de saúde da Bahia, segundo a dimensão organizacional, a dimensão operacional e a dimensão de sustentabilidade; e com objetivos específicos de descrever o perfil de gestores em municípios de regiões de saúde do estado da Bahia e verificar que conjunto de variáveis representa significativamente as dimensões da capacidade de gestão em saúde. Um dos grandes desafios do Sistema Brasileiro de Saúde tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo no contexto da descentralização. Neste sentido é indispensável este conhecimento e avaliação da capacidade de gestão dos secretários municipais de saúde a fim de fundamentar a estrutura do “Triângulo de Governo”, composto pelo projeto de governo, pela governabilidade e pela capacidade de governo. A amostra foi constituída por 60 secretários municipais de saúde de quatro regiões de saúde do estado da Bahia, que atenderam os critérios de elegibilidade. Os dados foram colhidos de questionários aplicados para atender ao projeto maior intitulado “Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia” e analisados em frequência simples e Análise Fatorial Exploratória. Foi também construído o índice global e categorizado através dos quartis, mediante quatro categorias para classificar os municípios e regiões de saúde com melhor e pior desempenho nas dimensões. Foi encontrado nos resultados que na dimensão organizacional a maioria dos secretários de saúde são mulheres, tem experiência prévia em cargos de chefia, não possuem outro vínculo empregatício, são enfermeiras e possuem pós graduação nas áreas de gestão, administração e saúde pública. A dimensão operacional revela-se pela forte influência do perfil dos profissionais na execução das ações, dado que a efetivação e as avaliações de desempenho reforçam a autonomia na tomada de decisão. A dimensão de sustentabilidade mostra que manter alianças e parcerias ainda tem fragilidades, dado que o poder político encontra-se retraído e consequentemente possuem uma autonomia limitada, pois há muitas influências externas. Na análise fatorial foram gerados três fatores que demonstraram que as dimensões estabelecidas no modelo teórico se confirmam, assim, as relações geradas a partir dos procedimentos empíricos e analíticos permitiram uma compreensão da estrutura conceitual que representou o construto capacidade de gestão.

Palavras-chave: linha de base avaliativa, capacidade de gestão, descentralização

ALMEIDA, Sheyla Santana de. **Gestão Municipal em Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2017.

ABSTRACT

The presented quantitative study has a general objective to build the baseline evaluation of the management capacity in cities of Health Regions of Bahia; according to the organizational, operational, and sustainability dimensions. The main objective in this report is to describe the profile of managers in these cities and to verify which set of variables represents, significantly, the dimensions of health management capacity in these cities of health regions. One of the greatest challenges of the Brazilian health system has been the redefinition, over the years, of the attributions and competences of the managers of the three spheres of government in the context of decentralization. Hence, this knowledge and evaluation of the management capacity of the district Health Secretaries is indispensable in order to base the structure of the "Government Triangle," composed of the government project, the governability, and the capacity for government. The sample consisted of 60 city health secretaries from four health regions of the State of Bahia, who met the eligibility criteria. The data were collected from questionnaires applied to attend the larger project titled "Evaluation of the Management Process by Municipal Health Secretaries in a macroregion of the State of Bahia" and analyzed in absolute and relative frequency and Exploratory Factor Analysis. The global index was constructed and categorized through the quartiles, using four categories to classify cities and health regions with better and worse performance in the dimensions. The results showed that, in the organizational dimension the majority of health secretaries are women with previous experience in management positions. They have no other employment relationship, they are nurses with graduate degrees in the areas of management, administration, or public health. In the operational dimension was evident the strong influence of the professionals' profile in the execution of the actions, since the effectiveness and the performance evaluations reinforce the autonomy in the decision making. In the sustainability dimension, the results showed, that maintaining alliances and partnerships still has weaknesses, due to the limited autonomy and the withdrawn of political power, as there are many external influences. The factorial analysis showed three factors and demonstrated that the dimensions established in the theoretical model were confirmed, thus the relationships generated from the empirical and analytical procedures allowed an understanding of the conceptual structure that represented the construct management capacity.

Keywords: evaluative baseline, management capacity

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Capacidade de gestão segundo a dimensão organizacional em regiões de saúde do estado da Bahia, mar-out / 2015	70
Gráfico 2 Capacidade de gestão segundo a dimensão operacional em regiões de saúde do estado da Bahia, mar-out / 2015	80
Gráfico 3 Capacidade de gestão segundo a dimensão de sustentabilidade em regiões de saúde do estado da Bahia, mar-out / 2015	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa das regiões de saúde do estado da Bahia, 2015.

52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Número de estudos encontrados relacionados aos descritores, segundo fonte de pesquisa em set 2016.	23
---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Número de municípios que compõem as regiões de saúde e percentual de respostas dos secretários municipais de saúde das regiões de saúde. Feira de Santana, mar – out 2015. 53
- Tabela 2** Distribuição dos secretários municipais de saúde segundo sexo e regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 54
- Tabela 3** Tempo de atuação no cargo de secretário municipal de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 55
- Tabela 4** A existência de outro vínculo dos secretários municipais de saúde, além desta função de acordo com as regiões de saúde estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 56
- Tabela 5** Titulação dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 56
- Tabela 6** Formação acadêmica dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 57
- Tabela 7** Experiência prévia em cargos de chefia dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 58
- Tabela 8** Interferência sobre as decisões adotadas pelo gestor de saúde quanto a aplicação do Fundo Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 59

Tabela 9 Origem da interferência sobre as decisões da aplicação dos recursos do Fundo Municipal de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 60

Tabela 10 Frequência de acompanhamento dos Secretários Municipais de Saúde nos repasses financeiros fundo a fundo e nas movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 61

Tabela 11 Ações e programas locais propostos e planejados pelas Secretarias Municipais de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 62

Tabela 12 Frequência de participação dos secretários municipais de saúde nos espaços de discussão (Conselho Municipal de Saúde, Conferências e outros) de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 63

Tabela 13 Frequência de aceitação e deliberação das decisões do coletivo (Conselho Municipal de Saúde, Conferências e outros) pelos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 64

Tabela 14 Condições estruturais da sede do Conselho Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 65

Tabela 15 Existência de meios formais e regulares para comunicação entre o secretário municipal de saúde e os gestores intermediários de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 66

Tabela 16 Tipo de meio de comunicação utilizado entre secretário municipal de saúde e gestores intermediários de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 67

Tabela 17 Frequência de uso das ferramentas de acompanhamento de indicadores pelos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	68
Tabela 18 Ferramentas de acompanhamento de indicadores utilizadas pelos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	69
Tabela 19 Condições de segurança e conforto da estrutura física das Secretarias Municipais de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015	72
Tabela 20 Percentual de trabalhadores efetivos vinculados à Secretarias Municipais de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	73
Tabela 21 Situações em que o secretário municipal de saúde mobiliza/remaneja profissionais de saúde entre unidades e serviços de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	75
Tabela 22 Existência de Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos para os servidores municipais da saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	76
Tabela 23 Existência de programa de educação permanente para profissionais de saúde executados na gestão do secretário de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, mar – out 2015.	77
Tabela 24 Tema desenvolvido pela educação permanente para profissionais de saúde na gestão do secretário de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	78
Tabela 25 Tipos de parcerias e alianças* estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	81
Tabela 26 Periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	83
Tabela 27 Participação dos secretários municipais de saúde na elaboração do orçamento anual do município de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.	84
Tabela 28 Forma de participação dos secretários municipais de saúde na elaboração do orçamento anual do município de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, mar – out 2015.	85
Tabela 29 Existência de reuniões sistemáticas entre secretário e coordenações para o planejamento de licitações de acordo com as regiões de saúde do estado	86

da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Tabela 30 Frequência das reuniões sistêmicas entre o secretário de saúde e os coordenadores para o planejamento das licitações de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 87

Tabela 31 Existência de equipe jurídica e de contabilidade exclusiva para a Secretaria Municipal de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 88

Tabela 32 Frequência de participação dos secretários municipais de saúde nas discussões da câmara de vereadores de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 89

Tabela 33 Frequência de participação dos secretários municipais de saúde nas reuniões da CIR de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. 90

Tabela 34 Percentual dos recursos financeiros próprios aplicados em ações de saúde durante a gestão dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, mar – out 2015. 92

Tabela 35 Distribuição da variância explicada segundo fatores da capacidade de gestão, Feira de Santana, 2015. 97

Tabela 36 Análise Fatorial Exploratória da capacidade de gestão de regiões de saúde do estado da Bahia para 3 fatores, Feira de Santana, 2015. 98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial exploratória
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIBs	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Constitucional
Fapesb	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FMS	Fundo Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LILACS	<i>Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NUDES	Núcleo Interdisciplinar de Estudo sobre Desigualdade em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PCCV	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPSUS	Edital pesquisa para o SUS
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPACTO	Sistema de Pactuação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDs	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 ELEMENTOS TEÓRICOS	27
2.1 DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO ORGANIZATIVO DO SUS	27
2.2 A GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE E O PROCESSO DECISÓRIO	36
2.3 AVALIAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO MUNICIPAL DO SUS	41
3 MATERIAIS E MÉTODOS	45
3.1 TIPO DE ESTUDO	45
3.2 CAMPO DE ESTUDO	45
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	46
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	47
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	48
3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1 SOBRE AS REGIÕES DE SAÚDE ESTUDADAS	51
4.2 QUEM SÃO OS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA ESTUDADAS?	54
4.3 LINHA DE BASE AVALIATIVA SEGUNDO DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: CAPACIDADE DE DECIDIR	58
4.4 LINHA DE BASE AVALIATIVA SEGUNDO DIMENSÃO OPERACIONAL: CAPACIDADE DE EXECUTAR O QUE FOI DECIDIDO	71
4.5 LINHA DE BASE AVALIATIVA SEGUNDO DIMENSÃO DE SUSTENTABILIDADE: CAPACIDADE DE SUSTENTAR OS RESULTADOS	80
4.6 ANÁLISE DA DIMENSIONALIDADE DA CAPACIDADE DE GESTÃO POR SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	94
5 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	110

APÊNCICE	117
APÊNDICE 1 - SUMARIZAÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS	118
ANEXOS	127
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	128
ANEXO B- DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA “AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO POR SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM UMA MACROREGIÃO DO ESTADO DA BAHIA	134
ANEXO C – MATRIZ DE INDICADORES COM TEMAS CENTRAIS E PREMISSAS DEFINIDOS PARA A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO, CONFORME DIMENSÕES DE ANÁLISE.	135
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	139

1 INTRODUÇÃO

Considerada como um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização da saúde corresponde a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, e implica na definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas (BRASIL, 2006).

O município é uma instância de grande importância no processo de descentralização da saúde, dado que é nessa esfera que se desenvolve as ações e serviços do SUS, ou seja, os municípios assumem papel decisório nas ações de saúde em seu território (RIVERA, 2012). Nessa direção, a gestão municipal do SUS, no contexto da consolidação do SUS, exige, segundo Souza e Melo (2008) a adesão dos seus sujeitos e o empenho para operacionalizar as ações e serviços de saúde, cuja condução de suas práticas caracterizará o formato da gestão.

O Ministério da Saúde (MS) descreve gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um Sistema de Saúde a partir da prática de funções como coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996). Concorde-se com Santos (2010) que gestão não se resume à uma atividade técnica conforme define o Ministério da Saúde, pois se trata, conforme define a mesma autora, de uma ação também política, que se traduz no exercício de poder e sua legitimidade. Assim, a capacidade de gestão do nível local, que se traduz na condução com responsabilidade das políticas sociais, se constitui em uma das variáveis determinantes para a conformação que a descentralização assume em cada região (SANTOS, 2010).

O gestor, no âmbito municipal, é responsável pelas políticas de saúde desta esfera, devendo fazer cumprir todos os princípios do SUS. Segundo o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), são atribuições do gestor municipal de saúde: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações do município, organizando o SUS no âmbito municipal, de modo a viabilizar o desenvolvimento de ações de saúde (BRASIL, 2009a). Além disso, Montanha (2009) complementa que também é papel do gestor: elaborar o Plano Municipal de Saúde; operar os sistemas de informação referentes a atenção básica; monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros; monitorar e avaliar das ações da Vigilância em Saúde dentre outras.

Ampliando-se essas responsabilidades, na atuação política, a gestão deve ser norteadada pela concepção da saúde como direito e pelo interesse público; e consolidada na permanente

interação e relacionamento com outros atores do jogo democrático. Já na atuação técnica do gestor do SUS, deve haver a concretização através do exercício das funções gestoras na saúde, que podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área de saúde, exercida de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (SOUZA; MELO, 2008). Desta forma, os gestores do SUS devem atuar sob três dimensões: a administrativa, a técnica e a política.

Mesmo considerando que as mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais. A efetivação do SUS está vinculada em parte, ao perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias de governo. No entanto, para a organização do sistema de saúde é necessário não só o empenho do gestor, mas a articulação, formação de parceria e alianças, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais (SANTOS, 2010).

A equipe gestora do SUS municipal possui a responsabilidade de assegurar a participação da sociedade civil e de representantes de entidades nas decisões da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A equipe deve lutar pela autonomia para empreender a gestão dos recursos financeiros, materiais e do trabalho relacionados à saúde municipal (BRASIL, 2009b). A presença do gestor do SUS municipal cresce em importância e responsabilidade, devendo este possuir segundo Melo e Santos (2007) habilidades políticas e técnicas articuladas e ser capaz de responder aos diversos desafios inerentes a esta prática.

Ao avaliar a capacidade de gestão, Santos (2010) trabalha em três dimensões definidas por Guimarães et al. (2004): a organizacional, a operacional e a dimensão de sustentabilidade dos resultados. A dimensão organizacional diz respeito a quem e como se decide. Na operacional, aborda-se as iniciativas da gestão para manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização através da mobilização de recursos. Quanto à sustentabilidade, Guimarães et al. (2004, p. 1646) afirmam que esta dimensão “revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão”.

A discussão em torno do perfil profissional dos gestores de saúde tem avançado, e compreendem os objetivos do cargo, o tipo de contribuição que se espera da pessoa que ocupa o cargo e se expressa os resultados planejados e desejados pela organização. Essas variáveis são importantes e servirão para orientar os conhecimentos, habilidades, qualificações e experiências requeridas do ocupante para atingir a meta (LACAZ, 2011).

Com essa linha de pensamento, acrescenta-se ao perfil do gestor dimensões como: iniciativa, responsabilidade, bom senso, capacidade de decisão, perseverança, conhecimento

atualizado, visão de futuro, cultura democrática, cultura solidária, habilidade em negociar. Apoiando-se nessas considerações, a gestão municipal de saúde deve ser desenvolvida por profissionais competentes, capazes de liderar e conduzir sua equipe de maneira eficaz (LACAZ, 2011).

Adota-se neste estudo que:

Capacidade de gestão refere-se ao potencial que tem um ator em operar os recursos existentes e ou adquirir novos recursos (normativos, técnicos, materiais, políticos, relacionais e de informação) bem como a capacidade que tem esse mesmo ator para mobilizar os recursos oriundos da posição que ocupa de modo a controlar, negociar e articular com outros atores no processo de tomada de decisão (SANTOS, 2010, p. 24).

Assim, partindo-se do princípio que a capacidade de gestão dos atores que conduzem as diversas instâncias do governo associadas ao contexto em que estão inseridos, guardam relação com a consolidação dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, despertou o interesse para buscar resposta para as seguintes questões: **Quem são os gestores em municípios de regiões de saúde do estado da Bahia em 2015? Qual é a capacidade de gestão em municípios de Regiões de Saúde da Bahia? Que conjunto de variáveis representa significativamente as dimensões da capacidade de gestão em saúde?**

A pesquisa tem como objetivo geral: **Construir linha de base avaliativa da Capacidade de Gestão em Municípios de Regiões de Saúde da Bahia, segundo a dimensão organizacional, a dimensão operacional e a dimensão de sustentabilidade.** E como objetivos específicos: **descrever o perfil de gestores em municípios de regiões de saúde do estado da Bahia; verificar que conjunto de variáveis representa significativamente as dimensões da capacidade de gestão em saúde (organizacional, operacional, sustentabilidade)**

Segundo Santos (2010) a competência e habilidade dos gestores em decidir e executar o decidido, bem como, a competência de manter parcerias e alianças poderá ser determinada em função da experiência prévia em gestão e da sua formação profissional; e ainda a gestão do secretário municipal de saúde obterá uma melhor avaliação em função do equilíbrio entre as dimensões avaliadas, ou seja, da capacidade que tem de decidir com autonomia e de forma compartilhada (dimensão organizacional); da capacidade em executar o que foi decidido (dimensão operacional) e da capacidade de sustentar os resultados obtidos (dimensão da sustentabilidade).

Para esta pesquisa, adota-se a hipótese que a dimensão operacional apresentará maior destaque na avaliação da gestão, e que a dimensão organizacional e da sustentabilidade

obterão um resultado inversamente menor. Portanto, assume-se que não havendo equilíbrio entre as três dimensões, os constrangimentos para a gestão do SUS municipal serão maiores, diminuindo as possibilidades para manutenção em longo prazo dos resultados obtidos.

A autora desta pesquisa ao exercer a função como Auditora na Secretaria de Saúde de um município do interior da Bahia observou que estar gestor do SUS municipal, requer uma série de requisitos, que estão contemplados neste estudo segundo cada dimensão da gestão. Sendo essa a inquietação inicial para desenvolver a pesquisa.

Também ao estar como voluntária do Núcleo de estudos em gestão, políticas, tecnologias e segurança na saúde (GESTIO), e participar da pesquisa intitulada “Avaliação do processo de gestão por secretários municipais de saúde em uma macrorregião do estado da Bahia” a reflexão sobre como ocorre o processo de gestão em saúde nos municípios foi intensificada trazendo várias possibilidades de objeto de estudo.

Para identificar a produção científica existente sobre o tema, foi realizada uma busca a partir de artigos do período de 2006 a 2016, indexados nas bases de dados eletrônicas: *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se a combinação dos descritores: “gestão municipal”, “Sistema Único de Saúde”, “avaliação” e “linha de base avaliativa”, conforme quadro 01.

Quadro 1 – Número de estudos encontrados relacionados aos descritores, segundo fonte de pesquisa em set 2016.

FONTE / PALAVRA CHAVE	“GESTÃO MUNICIPAL” e “SUS”	“GESTÃO MUNICIPAL”, “SUS” e “LINHA DE BASE AVALIATIVA”
LILACS	91	1
MEDLINE	14	0
SCIELO	45	4
TOTAL	150	5

FONTE: Lilacs, Medline e Scielo. Feira de Santana/Bahia, 2016.

Com este levantamento bibliográfico para a revisão de literatura, foi possível identificar o estado da arte sobre o tema. Para tanto, foram selecionados os artigos, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos seguintes critérios de inclusão: textos completos e originais; publicados no período citado anteriormente e como critérios de exclusão: artigos incompletos e resumos; estudos de revisão; não ter sido publicados no

período proposto. Após a análise utilizando estes critérios restaram 07 artigos que estavam relacionados ao objetivo proposto.

Dos 155 arquivos encontrados, foram excluídos do estudo, obedecendo aos critérios de exclusão: 16 artigos se repetiram nas bases, 07 artigos incompletos, 07 apresentados apenas em resumo, 118 que não abordam o tema referido. Logo após, foi realizada uma sumarização das idéias centrais dos artigos selecionados, expresso no quadro 02, com: título do artigo, autores, ano de publicação, resumo (APENDICE 1).

Apesar do quantitativo de artigos encontrados com a combinação dos descritores propostos, nenhum aparece com a mesma pergunta norteadora ou objetivo deste estudo, embora alguns tenham objetivos e utilizem de metodologia semelhante ao presente estudo.

Somente a título de complementar informação foi feita uma busca sobre os perfis dos secretários da saúde, e poucos estudos foram realizados. Alguns estudos encontrados têm datas de publicação antes do ano de 2006, revelando segundo as bases pesquisadas, que existe uma lacuna de conhecimento de mais de 10 anos, no que se refere ao objeto de estudo proposto nesta pesquisa.

Na década de 90, Fleury et al. (1997) realizaram pesquisa partindo da hipótese de que a descentralização, poderia estar induzindo modificações na composição e na direcionalidade do poder local, através de alterações provocadas no perfil do gestor e no processo de gestão. Para verificar esta hipótese, o gestor foi investigado em seus perfis socioeconômico e profissional. Os dados revelaram que a maioria dos secretários (68,5%) tinha idade entre 30 e 50 anos e forte presença feminina (39,7%), embora minoritária. A maioria dos gestores nasceu em municípios distintos daquele que exercia o cargo (67,5%), revelando a mobilidade intermunicipal. A maioria expressiva apresentou no mínimo, o nível superior completo (73%), sendo que destes, 72,5% eram da área biológica-médica – 42,7% formados em medicina e os demais formados principalmente em odontologia (11,3%) e em enfermagem (10,4%). Quase a metade dos secretários (43,2%) nunca tinha exercido a função, sendo que a maioria ocupava o cargo pela primeira vez (83,4%) (FLEURY et al., 1997).

No estado de Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2006) realizou uma pesquisa em 2002, procurando identificar a adesão dos gestores municipais ao ‘Programa da Saúde da Família. Foram realizadas entrevistas com gestores da saúde, em municípios onde o programa estava implantado há mais de um ano e que os profissionais estavam participando do processo de capacitação. Concluiu-se que os gestores apresentaram algumas características em comum: naturais de outros Estados; com experiência em administração pública porém não tinham formação na área da saúde; desempenhavam papel atuante na sociedade, através da

participação em conselhos e entidades de serviço; tinham dedicação exclusiva à secretaria e sentiam-se apoiados no desempenho dos trabalhos, tanto pelas autoridades públicas, quanto pelos órgãos federal e estaduais, assim como pela comunidade (CANESQUI E SPINELLI, 2006).

Buscando responder a pergunta “Quem são os gestores de saúde do Estado do Rio Grande do Norte?”, Vilar et al (2005) realizou uma pesquisa, sobre características sociais e profissionais dos secretários municipais de saúde (gestão iniciada em 2005) do Estado do Rio Grande do Norte, e identificou aspectos relevantes para o planejamento dos processos de capacitação destinados à qualificação da gestão municipal. Verificou-se que: a maioria era do sexo feminino (63%), com mais de 40 anos de idade (predominando a faixa etária entre 41 e 50 anos), possuía curso universitário (71%), com predominância nos cursos de enfermagem, odontologia e medicina; no entanto, também foram identificadas ciências humanas e sociais e a grande maioria não participara de processos de capacitação na área da gestão em saúde. Outra informação relevante deste estudo, é que a maior parte dos secretários (53%) exercia o cargo pela primeira vez.

A pesquisa de Sobrinho (2006), teve o objetivo de identificar o perfil da formação profissional de gestores das Secretarias Municipais da Saúde do Rio Grande do Sul na gestão 2004/2008 buscou criar subsídios para o desenvolvimento de capacitações específicas. Teve como conclusão que frente à inserção da mulher nos postos de trabalho e no mundo da política, não houve distinção de gênero para ocupação do cargo de Secretários Municipais; 61% dos gestores eram graduados academicamente; a maioria era jovem, com ensino superior completo voltado para área da saúde, e, em menor grau, para áreas administrativas; em geral, atuavam ou já haviam atuado em sua área e tinham em média 20 anos de experiência. Os municípios de menor porte comportavam gestores sem nenhum tipo de formação específica, contemplando profissões das mais variadas: balconista de farmácia, motorista, fotógrafo, agricultor, desenhista, policial, corretor de imóveis, vigilante, representante comercial entre outros. A maioria nunca estivera em exercício de atividade pública como gestor. Indicavam que o nível satisfatório da saúde em seus municípios se devia a um fator preponderante: o envolvimento das equipes com o trabalho (SOBRINHO, 2006).

Logo esta pesquisa demonstra-se relevante porque permitirá fornecer informações para a compreensão da gestão por secretários municipais de saúde, podendo subsidiar a discussão sobre o processo de tomada de decisões e suas implicações para a gestão do SUS municipal. Somado a isto, contribuirá para verificar que/quais variáveis, segundo dimensão, são importantes para avaliar a capacidade de gestão dos secretários municipais de saúde.

Portanto, além de gerar conhecimento, pretende-se que esta pesquisa tenha uma utilidade social e política, de modo a contribuir para o aprimoramento da capacidade de gestão por secretários municipais de saúde.

2 ELEMENTOS TEÓRICOS

Os elementos teóricos para fundamentar esta pesquisa envolve três abordagens: a descentralização na organização do SUS; a gestão municipal de saúde e o processo decisório; e a avaliação do processo de gestão municipal do SUS. Existem ainda grandes desafios a serem enfrentados por todos os gestores para tornar uma realidade para toda a população brasileira, não somente o princípio da descentralização, mas os demais princípios e diretrizes definidas para o SUS.

Sobre a gestão municipal e o processo decisório, discute que a atuação do gestor do SUS, é efetivada ou não por meio do exercício da tomada de decisões a qual se articula com um conjunto de saberes e práticas de gestão. E dentro deste contexto, ressalta-se a grande importância da avaliação da capacidade de gestão, pois avaliar é uma forma de participação, de construção e aperfeiçoamento do SUS.

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO ORGANIZATIVO DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido pela Constituição Federal de 1988, e tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde. A sua construção é norteada por alguns princípios doutrinários, quais sejam: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde. A universalidade implica o direito ao atendimento em qualquer região/área da rede de atenção do SUS; a equidade parte da premissa de que todo cidadão aporta necessidades diferentes e assim precisa ser atendido conforme essas necessidades, permitindo a diminuição das desigualdades existentes; a integralidade implica que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado (BRASIL, 1990a). As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, devendo configurar um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1996).

Simultaneamente, a organização do SUS é regida por cinco princípios organizacionais, sendo eles: a regionalização e a hierarquização, a resolutividade, a descentralização, a complementariedade e a participação dos cidadãos. A regionalização e a hierarquização implicam que a rede de serviços do SUS deva ser organizada de forma que todas as regiões contem com serviços de saúde de diferentes níveis de atenção que se articulem a partir da sua hierarquização, permitindo um conhecimento maior dos problemas

de saúde em uma área delimitada, favorecendo o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade; a resolutividade é definida como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível exigido pela sua complexidade (BRASIL, 1996).

A descentralização representa a redistribuição de poder decisório e de responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, chegando até o nível municipal; a participação dos cidadãos ou controle social, que implica a garantia constitucional de que a população, através de entidades representativas, deverá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local e, por fim, a complementariedade do setor privado que está prevista quando há necessidade de contratação de serviços privados para a complementação dos serviços públicos (BRASIL, 1996).

O texto constitucional expressa uma clara intenção de deslocar o poder do centro para as extremidades, tendo como o eixo a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade. O município então tem a incumbência específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população, e à União e aos estados cabe prover a cooperação técnica e financeira (BRASIL, 1996).

E em meio a importantes transformações na estrutura econômica e política do Brasil, foi conduzido com avanços e retrocessos, o caminho, à descentralização municipal com base na pactuação de marcos normativos temporários, associados a instrumentos de indução financeira e monitoramento gerencial, com o objetivo de formar competências e estruturas descentralizadas de gestão e provisão de serviços de saúde (FLEURY et al., 2010).

O processo de implantação do SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS (SANTOS, 2014a)

O cenário atual converge para a disputa dos diferentes projetos de saúde pública no país, com o protagonismo dos três poderes; executivo, legislativo e judiciário; que atuam contra o SUS distanciando-se cada vez mais do projeto inicial de um modelo democrático, o qual admite a pluralidade de ideologias e favorece a participação social, conforme preconiza a

constituição de 1988, e reforçando um modelo mercantilista, onde a saúde é vista como mercadoria (SANTOS, 2010). Concorde-se com Paim (2016) quando afirma em aula aberta na Fiocruz que o maior desafio do SUS é político (PAIM, 2016).

Neste momento, em particular, observa-se vários ataques ao SUS. Apesar de não ser objeto de discussão, a liminar que suspendeu os efeitos da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, editada pelo Ministério da Saúde em que a enfermeira poderia realizar consultas, solicitar exames, prescrever medicamentos, assim como encaminhar o usuário para outros profissionais ou serviços, é um ataque à Atenção Básica e à população brasileira, em favor de uma corporação médica e provavelmente a favor do desmonte do SUS (BRASIL, 2011B).

Segundo Viana (2009), a descentralização depende da implementação de estratégias deliberadas dos níveis mais abrangentes de governo, que transferem responsabilidades ao nível local, a fim de favorecer a adesão à proposta. A descentralização das políticas sociais é vista como estratégia para a democratização das instituições e a aproximação dos cidadãos aos centros de decisões de seu interesse, sendo deste modo apreendida como instrumento adequado para o uso e a distribuição mais eficiente dos recursos.

Entretanto, não são poucas as contradições e pendências ainda por equacionar. Exemplo disso, como coloca Santos (2014a), é a forte determinação normativa federal e o protagonismo do Ministério da Saúde, ainda acusado de ocupar, muitas vezes, o lugar dos estados e dos municípios em muitas decisões que poderiam e deveriam estar descentralizadas. O mesmo autor ainda complementa que parece claro, também, que o processo de descentralização vigente falha em não conseguir criar, ou pelo menos induzir, o desenvolvimento de verdadeiras e duradouras relações cooperativas, solidárias e não-predatórias entre os níveis de governo, compatíveis efetivamente como um sistema federativo.

As Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais foram responsáveis pelo processo de definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS. Além de definirem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde (BRASIL, 1996).

O Ministério da Saúde induziu estrategicamente à política de descentralização da saúde através das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), que para instruir e regular a nova organização do sistema estabeleceu formas de transferências de recursos e modalidades de pagamento dos serviços de saúde, orientando o processo de descentralização, definindo tipos de assistência na oferta e definição do modelo de atenção (COTRIM, 2006). Mendes et

al (2011) ainda acrescentam que esta estratégia de construir um sistema descentralizado por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde implicou alta concentração de autoridade nesse nível de governo para formular as regras que definem as ações de saúde dos estados e municípios.

Há de considerar que as NOB 91 e 93 reduziram a incerteza de transferência de recursos através de negociações, pois a partir delas ficaram estabelecidas regras universais para transferências de recursos. Com a edição da NOB 93, que regulamentou a sistemática de transferência de recursos aos estados e municípios, estes puderam definir a própria condição de gestão do SUS, com base na sua capacidade técnica e operativa. Esta NOB estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS. Estados e municípios poderiam optar por três modalidades de gestão: gestão incipiente, parcial e semiplena (MENDES et al., 2011).

Os municípios enquadrados na gestão semiplena tiveram maior governabilidade sobre os recursos e a administração da política de saúde. Os municípios nesse tipo de gestão assumiram a responsabilidade total sobre a gestão da prestação de serviços, o gerenciamento sobre toda a rede pública local e o recebimento mensal do total de recursos financeiros para custeio de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (MENDES et al., 2011). A NOB/93 garantiu o repasse de recursos para estados e municípios fundo a fundo de acordo com a condição de gestão dos mesmos.

Ainda, sob a regulamentação da NOB/93 é importante destacar que houve a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – com representantes do governo federal, estaduais e municipais – e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que passaram a ser instâncias de pactuação das decisões de alocação, redistribuição e operacionalização de recursos nos estados e municípios. A criação dessas comissões garante a participação dos estados e municípios, principais atores, no debate sobre definição de estratégias para implementação do sistema em instâncias de participação institucionalizadas (COTRIM, 2006).

A habilitação às condições de gestão definidas nas NOB, como é enfatizado por Vieira-da-Silva et al. (2007), é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conasems.

A NOB/96 inovou no processo da gestão descentralizada do SUS e definiu duas modalidades de gestão tanto para os municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão

Plena do Sistema, como para os estados: a Gestão Avançada do Sistema e a Gestão Plena do Sistema. Em ambos os casos, isso representava maior autonomia na definição das ações de saúde a serem implementadas. Essa NOB definiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de gestão para as três esferas de governo (MENDES et al., 2011)

A PPI permite monitorar e avaliar as atividades assistenciais ambulatoriais e hospitalares, as ações da vigilância sanitária, epidemiológica e do controle e erradicação das doenças, apontando para um novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde e na atenção básica. Através da PPI ampliou-se a possibilidade de assistência nos níveis de maior complexidade, incentivando os gestores a pactuar novos acordos no que diz respeito ao acesso a procedimentos assistenciais, de modo a reorganizar e hierarquizar o sistema de serviços de saúde sob coordenação do estado e também possibilitou o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) como instância de pactuação entre gestores (COTRIM, 2006).

A maior novidade para os municípios com a NOB 96 foi a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB). Com o PAB foi instituído para os municípios um valor *per capita* habitante/ano, para esses executarem ou gerenciarem as ações da atenção básica. Para isso foram condicionadas duas formas de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. É importante destacar que os municípios não habilitados em nenhuma das duas condições encontravam-se fora da condição de credenciados do SUS. Nesse caso, o PAB desses municípios era gerido pelo governo do estado e o Ministério da Saúde efetua o pagamento direto aos prestadores estatais e privados (MENDES et al., 2011).

Segundo Solla (2010), especificamente na Bahia, essas regras de transferência de recursos financeiros favoreceram a política de descentralização e habilitação como gestores da saúde, pois para a maioria dos municípios foi uma forma de captação direta de recursos da União para o seu território. Em virtude disso, “o estado da Bahia, em particular, saiu da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados, [...]” Até o ano de 1996 apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998 este número passou para 351 municípios (SOLLA, 2010).

Na realidade, a instabilidade e a insuficiência do financiamento impostas ao SUS pelos diversos governos após 1988 inviabilizaram, até o presente, a construção de um sistema universal de saúde a partir da concepção de Seguridade Social expressa na Constituição da República, como afirma Piola et al. (2013). Um sistema de saúde, objeto de políticas públicas, apresenta um conjunto de problemas tais como infraestrutura, gestão, organização, financiamento e modelo de atenção. Contudo, na presente conjuntura, a questão do

financiamento da saúde adquire proeminência, diante dos demais retrocessos (PIOLA et al., 2013).

Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com outras secretarias do Ministério (Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva), coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde no âmbito da CIT e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização no SUS (BRASIL, 2009a).

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 01/01 em janeiro de 2001, após três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e 1996) é fruto desse longo processo de negociação com o objetivo geral de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002).

Para atingir esse objetivo, a NOAS adotou a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS, e propôs três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso: 1. Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. 2. Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores. 3. Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (BRASIL, 2002; SANTOS, GIOVANELLA, 2014; VIANA, LIMA, FERREIRA, 2010).

O Plano Diretor de Regionalização, estabelecido pela NOAS/01, tem como função organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. Os principais objetivos do Plano Diretor de Regionalização: aumentar a capacidade de gestão do SUS; trabalhar de acordo com as necessidades da saúde e não em função das pressões de oferta; incrementar as relações cooperativas e complementares entre gestores do sistema, com melhor definição de responsabilidades e dos compromissos estabelecidos; fortalecer os instrumentos

de consolidação dos pactos entre gestores do sistema; e melhorar o acesso de todos os cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Para atender a essa demanda, em 2001, a Bahia, através da SESAB, assumiu a responsabilidade de coordenar, em consonância com a CIB, a elaboração do primeiro PDR da Bahia, tendo como divisão territorial seis macrorregiões e 31 microrregiões e, em 2003, o estado assume a Gestão Plena, que “permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS” (BAHIA, 2012).

O Plano Diretor de Regionalização trata-se de um conjunto específico de municípios que compõe uma região de saúde do estado e também serve como subsídio para os Planos de Saúde Municipais, uma vez que para planejar as ações de assistência à saúde o gestor municipal tem que considerar a regionalização dos serviços de saúde no seu respectivo estado e dessa forma, todo o Estado será coberto por regiões de saúde (BRASIL, 2006).

No entanto, a necessidade de reforço dos princípios organizativos do SUS, assim como o diagnóstico de fragmentação, pulverização e má utilização de recursos, entre outros aspectos, levaram à revisão do processo de regulação da gestão descentralizada. Assim, instituiu-se o Pacto pela Saúde 2006, através da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprovou suas diretrizes operacionais. O propósito era estabelecer uma normativa nacional menos complexa, mais flexível e baseada em regras gerais, capaz de consolidar a descentralização do sistema na perspectiva da solidariedade, da cooperação e da autonomia entre os entes federados (BRASIL, 2006; SOLLA, 2010).

Entre os objetivos do Pacto, está, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população (compromissos, metas e prioridades) e na busca da equidade social. Segundo o documento oficial, as mudanças estão na gestão por compromissos solidários; na regionalização, como eixo estruturante da descentralização, no financiamento integrado e na unificação dos pactos. Com o Pacto em 2006, houve a revisão das formas de financiamento do SUS, com definição de concentração dos repasses de recursos federais em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidades; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A implementação da regionalização da saúde tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos. A consolidação de um “governo regional” perpassa dificuldades diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e

constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Assim, num misto de avanços e contradições, a regulação e orientações para a descentralização, em certa medida, permitiram um insulamento da regionalização. Porquanto, em países europeus as agendas de descentralização e regionalização caminharam articulando-se, já nos países latino-americanos, inclusive o Brasil, houve agendas distintas entre elas, com maior destaque para a descentralização, sendo assim, os mecanismos de integração para construção de um sistema regionalizado ficaram em segundo plano (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

Mesmo diante de várias tentativas, o contexto da descentralização da saúde brasileira sem dúvida levanta tensões e contradições derivadas dos diferentes interesses dos municípios, dos estados e da União. Resumindo os fatores restritivos estão: o descompasso entre atribuições e recursos; o aumento da competição entre estados e municípios por recursos cada vez mais escassos; as dificuldades históricas do modelo centrado nas práticas curativas e de alto custo, com baixo foco na promoção da saúde, além do reconhecido perfil dos municípios brasileiros caracterizado por dispersão, baixa população, qualificação precária, baixo dinamismo econômico. Tudo isso agravado por uma insuficiente articulação com outras políticas públicas de desenvolvimento econômico e social (SANTOS, 2014b).

Na tentativa de minimizar algumas questões envolvendo as disparidades, o Decreto n. 7.508/2011, regulamenta a Lei nesse aspecto, dado que as Regiões de Saúde são instituídas pelo estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT e é considerado um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Santos e Giovanella (2014) apontam que o decreto também define que o acesso às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, de acordo com a complexidade do serviço; e estabelece os serviços de atenção básica, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial, e especiais de acesso aberto, como as portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a atenção básica a principal porta de entrada do sistema.

O processo de descentralização pode ser caracterizado como: desconcentração, devolução e delegação. Para Santos e Giovanella (2014) a desconcentração [...] sugere a transmissão de certas responsabilidades e funções, sem a transferência correspondente de

poder decisório; a delegação é a transferência de responsabilidades gerenciais para organismos não governamentais; e devolução implica na transferência de poder decisório para as esferas subnacionais, fortalecendo-as.

A descentralização aqui defendida é aquela com ênfase na municipalização, com regionalização ascendente e gestor único por esfera de governo; regiões organizadas pelos municípios com a cooperação técnica dos Estados e do Ministério da Saúde. O que se traduz em colocar nas mãos do município a decisão do quê e do como fazer saúde e os meios, principalmente o financeiro, para poder fazer. Significa exercer o poder perto da necessidade do povo, facilitando o controle social. No entanto, existem entraves para que a descentralização, enquanto compartilhamento de poder ocorra de fato, e um desses entraves está associado a capacidade de gestão do gestor e ao exercício de poder e a sua legitimidade (VIEIRA, 2011).

Nessa direção, Santos (2010), aponta que a descentralização é uma produção ideológica que se fundamenta na legitimidade de poder. Para essa autora, a descentralização representa um jogo político que se baseia na influência do poder para estabelecer regras que determinam quem pode e como podem “jogar”; em que momento os “jogadores” podem se engajar na definição de problemas e estabelecimento de objetivos, como também na elaboração de estratégias que se associam a persuasão, a negociação e as vezes à confrontação direta entre os “times” interessados (as palavras que estão entre aspas são traduções feitas para esta pesquisa).

Nesse sentido, concorda-se com Santos (2010) ao considerar a descentralização como atributo da política de saúde que requer repensar as relações de poder entre as esferas de gestão, a organização dos serviços, a orientação das práticas de atenção, a organização do controle social, a participação social e a inserção do controle e avaliação no cotidiano da gestão. A descentralização da saúde entendida como um processo de compartilhamento de poder poderá romper com um modelo de atenção fragmentado e com baixa resposta às necessidades de saúde da população, no entanto além de ter sido implementada em muitos municípios brasileiros de forma hierarquizada e normativa, se caracteriza como uma desconcentração, ou descentralização administrativa sem correspondente poder decisório (SANTOS, 2010; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007)

Para Santos (2010), a descentralização permanece complexa devido ao caráter polissêmico que assume, apesar dos diversos estudos no campo da ciência política e da administração pública, logo não se trata apenas de considerar se é bom ou ruim descentralizar

a gestão, e sim avaliar em qual contexto a descentralização ocorre e qual a posição dos atores que controlam a base de poder.

O momento atual de agravamento da crise econômica, de ameaça de uma crise social e de dificuldades políticas, desenha um cenário ruim para reforçar os princípios organizativos do SUS, portanto, corroborando com os pensamentos de Paim (2007) torna-se uma luta política de todos que sofrem as consequências desse modelo econômico e da sua configuração no projeto mercantilista da saúde em curso que tem a potencialidade de alterar a correlação de forças e o binômio da conservação e mudança da revolução passiva brasileira.

2.2 GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E O PROCESSO DECISÓRIO

Conforme art. 18 da Lei Orgânica nº. 8.080, compete à direção municipal do SUS planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde no âmbito de seu município, como também normatizar complementarmente suas ações e serviços públicos de saúde no delineamento de sua atuação municipal (BRASIL,1990b). Pode-se observar neste conceito que a dimensão política da gestão é excluída, priorizando a dimensão técnica e administrativa.

Ampliando-se essa concepção, a gestão municipal idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira é considerada como mais eficaz, porque “estaria mais próxima dos cidadãos” e mais sensível aos seus anseios. Nessa direção, a “gestão local” se concretizaria através de um conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando a operacionalização, na prática e em seus contextos sócio-político-institucionais singulares, das grandes diretrizes política do sistema de saúde (COTRIM, 2006).

Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que atende a aproximadamente 200 milhões de brasileiros, é uma tarefa complexa e desafiadora que exigem comprometimento e determinação para quem se compromete a entender como funciona esse sistema universal com todas as suas engrenagens e peculiaridades. Durante todos esses anos de existência, o SUS trouxe muitos avanços para a sociedade brasileira, mas ainda assim enfrenta inúmeros desafios que colocam em risco a sua viabilidade e impedem que ele cumpra de fato o seu papel de garantia universal de saúde pública de qualidade a toda população brasileira. Inegavelmente, há um longo caminho a ser percorrido na busca pela consolidação do SUS (PAIM, 2007).

O Governo atual do país, através de medidas restritivas e pouco democráticas, vem promovendo o desmonte do SUS. Tais medidas conformam um programa político que ameaça a democracia, os direitos humanos e políticas sociais, as quais foram conquistadas através de fortes movimentos de mobilização.

Trazendo a questão da gestão para o SUS municipal, entende-se que o gestor pode elaborar e implementar projetos de melhoria da qualidade, tanto da assistência prestada quanto da estrutura física, desde que satisfaça os princípios doutrinários e organizacionais. Como relembra Montanha (2009) a gestão municipal reflete a autonomia administrativa e financeira do município para o credenciamento, a contratação, a programação, o controle, a avaliação e o pagamento de prestadores de serviços públicos e privados em seu território. Em outras palavras, compete à esfera municipal o gerenciamento de todas as unidades de saúde do município. Nessa concepção, também se observa a supressão da dimensão política da gestão, que neste estudo é representada pela dimensão da sustentabilidade.

O gerenciamento da saúde no setor público constitui-se uma das primordiais ferramentas de controle orçamentário do País e o gestor é o grande responsável por esta atividade. Paim (2013) refere que administrar de forma segura e competente requer conhecimento, poder de negociação, equilíbrio emocional, dentre várias outras destrezas requeridas para o cargo. O ato de governar requer do indivíduo da ação não apenas competência, mas, acima de tudo, habilidade política.

A Gestão diz respeito à capacidade de dirigir, estando intimamente relacionada com o exercício do poder. Para Foucault (1979), o poder se apresenta difuso e é micro localizado, não estando necessariamente interligado ao cargo que o indivíduo assume e sim a uma relação de saber. Nesse sentido, o poder é um jogo subliminar, onde quem mais o detém é legitimamente reconhecido e não aquele que é somente legalmente instituído.

Para Bobbio (1986), o poder pode ser classificado em três categorias: o poder político, o poder econômico e o poder ideológico; esses, associados respectivamente, ao poder da força, da riqueza e do saber. O poder econômico é o que se vale da posse de bens, principalmente dos bens de produção. Assim, aquele que o possui pode induzir o comportamento de outrem, para a execução de um trabalho útil. Já o poder ideológico é aquele vinculado à posse de saberes, conhecimentos ou doutrinas, como no caso dos sacerdotes, cientistas e demais “intelectuais”, o que garante, socialmente, uma visibilidade maior em relação aos que não detêm este poder.

Já Testa, tipifica os tipos de poder que costumam ser manipulados. Para esse autor:

O poder técnico é a capacidade de gerar, aprovar, manipular informação de características distintas. Poder administrativo é a capacidade de apropriar-se de, e de alocar recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades ou interesses (TESTA, 1992, p. 94).

Relacionando essa tipologia de poder definida por Testa, observa-se que o conceito de Gestão para Paim (2013) tem foco nos poderes técnicos e administrativos, este autor afirma que a gestão em saúde é a direção ou condução de processos ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais investidos na produção de serviços de saúde.

No entanto Santos (2010) amplia o conceito da gestão quando inclui, além do poder técnico (dimensão operacional) e o poder administrativo (dimensão organizacional), o poder político, representado pela dimensão da sustentabilidade que se refere a capacidade de sustentar os resultados obtidos.

Para Matus (2005, p. 456), a gestão “requer um adequado processamento tecnopolítico dos problemas, a fim de fundamentar uma ação direta eficiente, eficaz, viável e aceitável”. Seu pensamento se baseia na estrutura do “Triângulo de Governo”, composto por projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo. Essa capacidade de governo é conferida pela presença e articulação de experiência, liderança e conhecimentos, sendo perfeitamente aplicável aos gestores em questão.

Apropriando-se da teoria do Triângulo de Governo, refere Barreto e Guimarães (2010) que a capacidade de gestão de uma organização social é concebida como sendo a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão.

Nesta perspectiva, Barreto e Guimarães (2010) ainda acrescenta que proposta de avaliação da capacidade de gestão, parte do entendimento de que a decisão é o elemento central que perpassa o processo de gestão e se revela por meio de três dimensões: uma dimensão organizacional que evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); uma dimensão operacional (capacidade de executar) que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e a dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados) que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão.

Ao analisar o Sistema de Saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores

das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde (PAIM, 2013; VILABÔAS, PAIM, 2007; PINTO, GERHARDT, 2012).

Estudos apontam que é evidenciado no Brasil uma fragilidade da autonomia decisória e da capacidade para definir diretrizes políticas pelos municípios. Esses autores visualizaram que os municípios possuem uma autonomia técnica vulnerável quando se analisa a gestão de pessoas, devido à precarização das relações de trabalho e dos vínculos empregatícios, e também da fragilidade dos processos de educação permanente; dos processos de planejamento ainda pouco participativos; da inconsistência da avaliação das ações; da estrutura física e dos equipamentos deficientes e da escassez e rotatividade de pessoal, que dificultam a realização das ações; a gestão assume uma natureza mais administrativa que estratégica e política (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; SANTOS, 2010; SANTOS, 2014b).

No entanto, no que diz respeito às alianças e as parcerias construídas, os estudos apontam que ainda que timidamente, estas podem indicar progresso nas práticas de gestão (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; SANTOS, 2010; SANTOS, 2014b). Para esses autores a capacidade de governo (dimensão operacional) condiciona e é condicionada pelo projeto de governo (dimensão organizacional) e pela governabilidade (dimensão da sustentabilidade)

Dessa forma, é muito importante que o secretário possua uma boa sustentabilidade e representação política no governo municipal, mas a gestão do SUS não possui apenas a perspectiva política, o conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento estratégico são as bases para uma boa governabilidade. O gestor precisa permanentemente se manter atualizado acerca das questões técnicas de maior relevância (SANTOS, 2014b).

Portanto estar gestor requer conhecimentos da área, além da probidade política e administrativa que a função requer. Segundo o Conasems, o secretário municipal de saúde deve ter em vista que conduzir uma Secretaria Municipal de saúde (SMS) implica em assumir a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde do SUS no âmbito municipal, assim, deve ser capaz de conduzir politicamente e tecnicamente as questões relacionadas à área da saúde. (BRASIL, 2009b).

Entende-se que os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se muitas vezes diante de dilemas para atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, sendo obrigados a reprimir demandas, sabendo

que priorizar ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas, não raramente, priorizam os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência ou falta de planejamento de recursos. Porém este contexto adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes constitucionais, na gestão descentralizada do SUS.

O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida, é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis e possíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito. Melo e Santos (2007) afirmam que é necessário aprofundar a discussão sobre a relevância do conhecimento e o entendimento dos gestores sobre o SUS, enquanto política pública, pois este fato pode qualificar e fortalecer sua capacidade de governo.

Montanha (2009) ainda acrescenta, que cabe aos gestores públicos do SUS uma imensa responsabilidade, compartilhada não somente entre seus pares, pois a gestão pública é de responsabilidade de todos e os mais diversos atores sociais podem e devem exercer, além do controle público, a gestão participativa. O mesmo autor afirma também que a gestão governamental em saúde, quando guiada pelo interesse público, pode estabelecer juntamente com as outras representações de interesses dos diversos grupos sociais (usuários de serviços, corporações profissionais, trabalhadores) as formas de mediação política.

Em concordância com esta visão, Souza e Melo (2008, p. 21), destacam que a “gestão do sistema público de saúde, no contexto da consolidação do SUS, exige a adesão dos sujeitos e o seu empenho para operacionalizar as ações e serviços de saúde, cuja condução das práticas caracterizará o formato da gestão”.

Essa compreensão de gestão é ressaltada por Araújo e Pontes (2012), que ao estudarem a constituição de sujeitos no campo da gestão em saúde identificaram como queixa de profissionais de saúde, a existência de gestores sem perfil para ocupar o cargo, caracterizado pela irresponsabilidade, descompromisso e sem identificação com o trabalho.

Desse modo a gestão municipal de saúde tem sido colocada como estratégica para a transformação, pela sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta dos serviços.

2.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

O conceito de avaliação surge com a preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo no que se refere à limitação de recursos, tendo como marco o fato de que, após a Segunda Guerra Mundial, os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos em consequência do grande desenvolvimento científico. A contenção de gastos implicou na necessidade de se avaliar os custos decorrentes do uso das tecnologias e práticas de saúde aplicadas. Por outro lado, a difusão e a utilização de ações sem a adequada avaliação tiveram, em muitos casos, consequências adversas graves. (BRASIL, 2009b).

Um dos quadros conceituais mais acatados no delineamento da avaliação dos serviços de saúde é, aquele estabelecido por Donabedian. Para o autor, as áreas a merecer exame do avaliador de determinado estabelecimento de saúde ou dos profissionais cujo desempenho se busca aquilatar são: a estrutura, o processo e os resultados. A área de estrutura corresponde aos recursos utilizados, aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento. A área de processo implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados correspondem às consequências da atividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise, para a saúde dos indivíduos ou das populações. (DONABEDIAN, 1986)

Na conceituação da Organização Mundial da Saúde, a avaliação é o processo de determinar qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento. Na prática, a Organização Mundial de Saúde vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas (OMS, 2006).

Para Dubois, Champagne e Bilodeaou (2011, p. 37),

A avaliação não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e sobretudo emancipatória. Ela deve propiciar ao conjunto dos atores melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento.

Os processos de avaliação em saúde ainda acontecem de forma muito incipiente e marginal nos processos de decisão. No setor público, pela atuação da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas, se constatando certo recuo nas questões referentes à propostas de gestão, garantia da qualidade, sistemas de acreditação e monitoramento, questões

estas vistas com maior interesse pelo setor privado, apresentando uma deficiência na institucionalização de práticas de avaliação no setor público (PINTO; GERHARDT, 2012).

É necessário prestar atenção para a diferença entre a avaliação como instrumento de gestão da pesquisa avaliativa. Sobre a primeira, Vieira-da-Silva et al. (2007) afirmam que, busca-se verificar cada componente da intervenção em função de critérios e normas. Já na pesquisa avaliativa, podemos julgar as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada, sobre as características das práticas, através dos recursos a metodologias científicas (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007)

Na América Latina, as iniciativas de avaliação em saúde já têm três décadas e começaram com a avaliação de serviços e estabelecimentos de saúde. Também data da mesma década a pesquisa de avaliação de políticas de saúde no Brasil, tanto acadêmicas como na administração pública (PAIM, 2013). Já com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) houve certa valorização da avaliação por meio do uso dos primeiros planos estaduais e municipais de saúde, na década de 1980, mesmo não tendo avançado com a força merecida para o desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2007).

A constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil ocorreu como produto do encontro de agentes (com trajetórias diferenciadas nos campos burocrático, político e científico) estimulados e financiados por instituições internacionais ligadas ao campo econômico, mas vinculadas à organização do Sistema Único de Saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2016).

Nesse sentido, o espaço da avaliação em saúde no Brasil, a partir do advento do SUS na década de 1990, como afirma Sancho e Dain (2012) é produto de fatores que podem ser assim agrupados: 1) possibilidades históricas advindas da condicionalidade externa imposta por financiadores internacionais; 2) desenvolvimento de pesquisas avaliativas com base em intercâmbios entre investigadores brasileiros e colegas do exterior, sobretudo da América do Norte, com efeitos na formação de quadros no Brasil; 3) busca de compreensão e qualificação dos processos empreendidos na implementação do SUS por agentes responsáveis pela gestão (sobretudo municipal e estadual) do SUS que, anteriormente à sua inserção no campo burocrático, tinham vinculações com o campo científico nas universidades; 4) intervenções voltadas para a institucionalização da avaliação, originária de agentes com formação na área, inseridos na gestão federal do SUS.

O que se pode considerar é que, desde a instituição do SUS, muitos estudos voltaram se para discutir e desenvolver métodos de trabalho na gestão e planejamento dos serviços e sistemas de saúde. A evolução das necessidades dos avaliadores e dos tomadores de

decisão/gestores em face das questões em análise no cotidiano das instituições públicas resultou no reconhecimento teórico e prático da importância dos diferentes atores sobre os resultados das políticas públicas. A depender do contexto político em que se insere a avaliação também é ferramenta para a negociação permanente e para a formação profissional mesmo no cotidiano onde as práticas acontecem (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007).

Segundo Santos (2014a), avaliar é uma forma de participação, de construção e de aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores (provedores de serviços em saúde, políticos, gestores, população, universidades e demais instituições de aprendizagem) participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social.

Pinto e Gerhardt (2012) ainda complementam que a produção da informação e conhecimento para realizar julgamentos e subsidiar tomadas de decisões é característica importante da avaliação. Contudo, a utilização efetiva dessa informação para o processo de gestão requer diversas outras mediações que extrapolam o âmbito técnico-científico. Avaliar é parte do processo de controle e do exercício do poder. Dessa forma, envolve interações entre os campos político, burocrático e do poder.

No que diz respeito às investigações avaliativas, Rocha et al. (2008) define que são pesquisas acadêmicas com caráter avaliativo de políticas, programas e serviços de saúde; e que têm a potencialidade de integrar as práticas avaliativas que se desenvolvem em sistemas municipais de saúde.

Já os Estudos de Linha de Base Avaliativa são responsáveis por compor um retrato da situação atual de um objeto investigado, em virtude da sua aproximação com a realidade, podendo servir como referência para processos avaliativos futuros, principalmente para efeito de comparação, continuidade e/ou aprofundamento (ROCHA et al., 2008).

No Brasil, estudos de linha de base avaliativa ocuparam a agenda do governo a partir de 2005, quando teve início o terceiro componente do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), que correspondia à fase de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2016).

Estudos avaliativos, especificamente estudos de linha de base, retratam uma dada situação em um momento específico; significam também uma avaliação exploratória e diagnóstica. Isto significa que os resultados obtidos não são imutáveis e irão variar de acordo com o instante em que se realiza a avaliação. Ao avaliar a capacidade de gestão podem-se identificar aspectos que facilitam ou constroem o alcance dos resultados da gestão. Assim,

o resultado final sinaliza um momento do processo de desenvolvimento da capacidade de gestão. (ROCHA et al., 2008).

Qualificar a gestão pública é, para todas as esferas e setores governamentais, uma necessidade permanente e ao mesmo tempo um grande desafio. O Ministério da Saúde tem avançado na construção de estratégias que visam a desenvolver os sistemas e as organizações públicas da área, produzindo ações que possam impactar positivamente o perfil da saúde e a qualidade de vida das populações.

Nesse sentido, para que essas estratégias sejam eficazes, é imprescindível conhecer qual é a capacidade de gestão, não somente do secretário municipal de saúde como a capacidade do gestor máximo do município (prefeito).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A seguir estão apresentados os passos essenciais, concretos e específicos que foram desenvolvidos para a estruturação e operacionalização da pesquisa, são eles: tipo e local do estudo, população alvo, detalhamento da coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos.

Este estudo originou-se de um projeto maior, intitulado “Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) – por meio do Edital: pesquisa para o SUS (PPSUS), Projeto n. 030/2013.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma linha de base avaliativa, com abordagem quantitativa.

Os estudos de linha de base contribuem para que, cada vez mais, esses processos de construção de rede de conhecimentos e de intervenções institucionais dialoguem entre si de forma permanente e com mútua alimentação de saberes e práticas. (ROCHA et al, 2008)

A pesquisa avaliativa tem como propriedade a interdependência entre as variáveis e sua inserção contextual, exigindo multiplicidade de abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em sua complexidade (VIEIRA-DA-SILVA et al.2007).

O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, no qual se utilizam dados numéricos para a obtenção de informações acerca do mundo, pois é usado para descrever, testar relações e determinar causas (CRESWELL, 2013).

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O estado da Bahia atualmente é composto por 417 municípios e apresentou em 2015 estimativa de 15.203.934 habitantes segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com o processo de construção do SUS e a transferência de poderes, responsabilidades e recursos para o âmbito municipal por conta da descentralização, em

2003, como previsto na NOAS/2001 e revisão e reedição em 2002, a federação da Bahia, após assumir a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), foi dividida em nove macrorregiões com diferentes condições de organização no campo da saúde e com distribuição irregular de serviço. As macrorregiões eram compostas por municípios que se localizavam no raio de influência de uma ou mais cidade centro polarizador.

No PDR de 2010 a maior macrorregião era a Centro Leste sendo composta por 73 municípios e cuja organização era a existência de um município referência para a macrorregião e quatro municípios referência para a microrregião. As microrregiões eram conjunto de municípios que compunham dos serviços de média complexidade necessários para o sistema de referência e contra referência.

Porém as Macrorregiões e Microrregiões foram descontinuadas segundo Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. As 31 Dires pertencentes à federação da Bahia foram extintas atendendo à Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 e, no seu lugar, foram criados 9 Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Além disso a Bahia foi dividida em 28 regiões de saúde.

Este estudo foi desenvolvido em um Núcleo Regional de Saúde que abrange quatro Regiões de Saúde totalizando 72 municípios com 2.263.626 habitantes, segundo dados do IBGE (2010). As regiões escolhidas correspondem conforme divisão anterior à região macro centroleste, são elas: região de Feira de Santana composta por 28 municípios, região de Serrinha composta por 19 municípios, região de Itaberaba composta por 14 municípios e a região de Seabra composta por 11 municípios.

3.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Para construção da linha de base avaliativa participaram da pesquisa, os gestores que ocupavam o cargo de secretário municipal de saúde nos municípios das quatro (04) regiões escolhidas do estado da Bahia. Assim, a seleção da amostra inicial era de 72 participantes.

Adotou-se como critério de inclusão estar gestor da Secretaria Municipal de Saúde no momento da coleta de dados; participar nas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR).

No momento da coleta, adicionou-se outro critério: participação na reunião do Sispecto, dado que estavam acontecendo muita falta dos gestores nas reuniões da CIR.

Foram excluídos da pesquisa, os secretários que não foram encontrados durante a coleta de dados ou recusaram-se de participar do estudo, correspondendo a 12 gestores. Portanto, a amostra final do estudo ficou em 60 participantes.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário (ANEXO A) foi previamente elaborado para atender ao objetivo da pesquisa maior intitulada “Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia”; contendo perguntas avaliativas, com base nas dimensões analisadas, direcionadas aos Secretários Municipais de Saúde. Cabe mencionar que o uso dos questionários para a realização dessa pesquisa foi autorizado pela coordenadora do Projeto maior (ANEXO B).

Os questionários possibilitam que um grupo de pessoas responda às mesmas perguntas, numa sequência preestabelecida, permitindo ao pesquisador a oportunidade de comparar essas respostas de forma sistemática e objetiva. Segundo Gray (2012, p. 275), algumas características justificam sua ampla utilização, dentre elas: o baixo custo em termos de tempo e dinheiro; o rápido retorno dos dados, de várias pessoas; e a flexibilidade de escolha do local e momento mais adequado para o preenchimento, conforme a vontade do respondente.

O questionário contempla variáveis conforme matriz de indicadores (ANEXO C), elaborada por Santos A. G. (2014) e baseado em Santos (2010) para a avaliação da capacidade da gestão e utiliza-se de três dimensões: organizacional, operacional e de sustentabilidade.

As variáveis que compõe a dimensão organizacional, na qual os indicadores revelam a capacidade do processo decisório da organização são: as que dizem respeito ao perfil da organização, à qualificação de seus gestores, a sua estrutura decisória, ao arcabouço normativo que orienta o processo de decisão, à autonomia decisória e à existência de articulação.

Na dimensão operacional, que reflete a capacidade da organização em mobilizar recursos para manter as decisões tomadas são aquelas que se concentram nos recursos operacionais, nas condições da infraestrutura física e de equipamentos, no quadro técnico e mecanismos de capacitação dos trabalhadores.

Já na dimensão da sustentabilidade, que traduz a capacidade da organização em manter parcerias e alianças para sustentar as decisões e projetos encontram-se as variáveis e

indicadores que buscam captar informações sobre o acompanhamento e avaliação dos resultados, a difusão de informações, as parcerias e alianças estabelecidas, além da existência de canais de ausculta para uso dos trabalhadores e usuários.

Os dados coletados integram o banco de dados da pesquisa maior, mencionada anteriormente.

Os questionários foram aplicados do período de março até outubro de 2015, em reuniões da CIR, que contaram com a presença dos Secretários Municipais de Saúde, para a discussão de pautas referentes aos serviços e às redes de atenção à saúde. Por conta da dificuldade de encontrar alguns secretários de saúde nas reuniões da CIR foram aplicados questionários nas reuniões do SISPACTO que é o Sistema de Pactuação dos indicadores que permite o registro de metas pactuadas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados dos questionários foram inicialmente digitados no programa SPSS 22.0, que permitiu a alimentação periódica dos dados para o acompanhamento. Posteriormente o banco foi transferido ao programa Stata versão 12.0.

A análise foi realizada mediante uma abordagem descritiva e outra analítica. Na abordagem descritiva, foi feita a distribuição de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas.

Na abordagem analítica, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo possível observar associações entre as variáveis observáveis e os constructos elaborados; dado que é um teste estatístico aplicado a dados categóricos para avaliar quão provável é que qualquer diferença observada aconteça ao acaso.

A aplicação da Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi utilizada para revelar a existência de correlações entre as variáveis e dimensões subjacentes a elas. Segundo Hair (2009) na análise fatorial, as variáveis estatísticas (fatores) são formadas para maximizar seu poder de explicação do conjunto inteiro de variáveis, e não para prever uma (s) variável (eis) dependente (s). O autor citado ainda acrescenta que é uma técnica de interdependência na qual todas as variáveis são simultaneamente consideradas, uma relacionada com todas as outras.

Foram consideradas como estatisticamente significantes as associações com probabilidade de significância $\leq 0,05$. E as variáveis com valores missing foram imputadas

com a categoria modal. Dessa forma pode-se assumir que a ausência de respostas não comprometeu a seleção de municípios casos.

A partir daí a análise fatorial extraiu os fatores/constructos e foram analisados seguindo a definição-guia de gestão desenvolvida por Guimarães et al (2004) e Santos (2010), já abordado anteriormente e que afirma estar a capacidade de governar revelada por meio de três dimensões interdependentes: dimensão organizacional (capacidade de decidir), dimensão operacional (capacidade de realizar o planejado) e dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar os resultados).

Para a análise dos indicadores foi construído o índice global padronizado, que foram obtidos segundo definição para cada dimensão da capacidade de gestão. Para tanto também foi utilizado plano de indicador (ANEXO C) desenvolvido por Santos (2014b) baseado em Santos (2010).

O índice foi gerado mediante a proporção das respostas afirmativas dadas pelos gestores a cada uma das variáveis nas dimensões. Posteriormente, para cada município/região de saúde foi atribuído um escore médio padronizado para a dimensão organizacional, operacional, e de sustentabilidade.

O índice global, foi categorizado através dos quartis, mediante quatro categorias definidas como muito ruim, ruim, regular e boa. De posse desta classificação selecionou-se os municípios e regiões de saúde com melhor desempenho nas dimensões.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa obedece à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, reservando aos participantes o direito de desistência em qualquer fase do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por cada um dos participantes, em duas vias.

Assim, atendendo a esta Resolução, todos os participantes da pesquisa receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D), que contém informações sobre o estudo como os objetivos da pesquisa, justificativa, procedimentos utilizados na pesquisa, os desconfortos e riscos possíveis, como desconfiança e constrangimento e os benefícios esperados.

Sendo as regiões de saúde composta por vários municípios, não há possibilidade de associações das informações com secretários municipais de saúde específicos. Logo foi

mantido o nome real das regiões de saúde, e garantiu-se o sigilo das informações dos gestores de saúde dos municípios.

O projeto maior foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), obtendo parecer favorável de nº 342.943.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 SOBRE AS REGIÕES DE SAÚDE ESTUDADAS

A baixa capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, na Bahia e em todo o Brasil, tem como principal motivo o atraso da regionalização no SUS. A ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS aumenta as desigualdades, enfraquece os princípios de universalidade/equidade e compromete a integralidade (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; VILASBÔAS; PAIM; 2008)

Nesse sentido, como afirma Santos e Giovanella (2014) a regionalização deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado em tempo e local oportuno, em qualquer parte do território, guiado por racionalidade sistêmica, que contemple cooperativamente as disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação inter setorial.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento de planejamento da saúde que tem o propósito de constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, possibilitando o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas.

O PDR estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial. Atualmente, o espaço territorial da Bahia tem 417 municípios e está recortado em 28 regiões de saúde atendendo ao decreto 7508/11 (figura 01).

Das 28 regiões de saúde, foram escolhidas para o estudo, quatro: a de Feira de Santana, a de Serrinha, a de Itaberaba e a de Seabra. Nestas quatro regiões há 72 municípios. A região de Feira de Santana, pertence ao Núcleo Regional Centro Leste, tem uma população de 1.133.830 habitantes, o que representa 7,46% em relação à população do Estado da Bahia.

A região de Itaberaba, pertencente ao Núcleo Regional Centro Leste, tem uma população de 260.769 habitantes, o que representa 1,72% em relação à população do Estado da Bahia. Na região de Seabra, também pertencente ao Núcleo Regional Centro Leste, tem uma população de 189.580 habitantes, o que representa 1,25% em relação à população do Estado da Bahia. Já a região de Serrinha, que também pertencente ao Núcleo Regional Centro Leste, tem uma população de 651.343 habitantes, o que representa 4,28% em relação à população do Estado da Bahia.

As localizações das regiões de saúde podem ser verificadas na figura 1 que segue.

Figura 1 – Mapa das regiões de saúde do Estado da Bahia.



Legenda

Região de Feira de Santana	Região de Serrinha	Região de Alagoinhas
Região de Itaberaba	Região de Seabra	Região de Senhor do Bonfim
Região de Valença	Região de Quamambi	Região de Paulo Afonso
Região de Ilheus	Região de Vitória da Conquista	Região de Ribeira do Pombal
Região de Itabuana	Região de Ibotinama	Região de Camaçari
Região de Jequié	Região de Bareiras	Região de Salvador
Região de Porto Seguro	Região de Santamaria da Vitória	Região de Cruz das Almas
Região de Terra de Prota	Região de Irecê	Região de Santo Antônio de Jesus
Região de Brumado	Região de Jacobina	
Região de Itapetinga	Região de Juazeiro	

Fonte: Plano diretor de regionalização/SESAB/2015.

Inicialmente a amostra proposta foram os 72 secretários de saúde dos municípios, houve 9 perdas por ausência de participação dos secretários de saúde nas reuniões (CIR e do SISPACTO) e 03 recusas para participar da pesquisa.

Apenas na região de Seabra obteve-se 100% de retorno de questionário preenchido, ou seja, 11 municípios que compõe a região. Na região de Serrinha que tem 19 municípios na sua composição foi possível observar que seguidamente 03 gestores faltaram as reuniões, tendo 84,2% de questionários respondidos. O mesmo ocorreu na região de Itaberaba dado que 03 secretários adotaram a mesma tendência no que diz respeito às faltas nas reuniões, sendo assim dos 14 municípios foram obtidos 78,6% de questionários respondidos. Já na região de

Feira de Santana, apesar de não haver falta dos secretários nas reuniões, 03 desses se recusaram a responder o questionário, tendo um retorno de 78,6% de questionários respondidos (tabela 1).

Tabela 1 Número de municípios que compõem as regiões de saúde e percentual de respostas dos secretários municipais de saúde das regiões de saúde. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Secretários que responderam ao questionário		Secretários que se recusaram responder		Secretários que não foram encontrados durante a coleta	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	28	78,6	3	10,7	3	10,7
Itaberaba	14	78,6	0	0	3	21,4
Seabra	11	100	0	0	0	0
Serrinha	19	84,2	0	0	3	15,8
Total	72	83,4	3	4,1	9	12,5

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

As reuniões da CIR acontecem de forma ordinária uma vez por mês, podendo reunir-se extraordinariamente para tratar de assuntos especiais ou urgentes. As deliberações são tomadas por consenso dos membros presentes, com quórum mínimo estabelecido em regimento (Bahia, 2007).

É importante abordar sobre a ausência de alguns secretários de saúde, observado durante as coletas. Isto pode ser encarado como um descompromisso de alguns secretários de saúde, resultando na limitação da capacidade de gestão haja visto que os espaços da CIR têm caráter institucional e deliberativo, sendo a participação dos gestores da saúde nessas instâncias de articulação a possibilidade de garantia de negociações e pactuação dos arranjos organizativos do sistema de saúde regional, que finda na resolutividade às demandas de saúde da população.

Também pode se apontar os atrasos constantes de secretários municipais de saúde ou mesmo da coordenação da CIR. Visto também nos estudos de Santos e Giovanella (2014) e que comprometiam a qualidade dos debates, pois discussões eram encurtadas ou temas importantes não explorados; além de gerar insatisfação, cansaço e desprestígio.

4.2 QUEM SÃO OS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA ESTUDADAS?

Do total de gestores entrevistados no que se refere ao gênero, há predominância do sexo feminino (61,1%) na gestão máxima municipal de saúde, exceto na região de Itaberaba, conforme tabela 2. A região de Feira de Santana foi a que mais apresentou a presença de mulheres no cargo máximo de gestor da saúde com 66,2%. Estes dados confirmam a forte presença feminina na força de trabalho em saúde, e consequentemente o reflexo das características peculiares às mulheres na organização dos serviços de saúde.

Contraditoriamente aos resultados apresentados, segundo Colliere (1989) a esfera pública se constituía em um espaço de histórica dominação masculina, onde a mulher existia e resistia desprovida de qualquer forma de poder. Ela era sempre “da casa”, cuja existência se resumia aos cuidados da família e nunca de participações públicas e políticas.

Tabela 2 Distribuição dos secretários municipais de saúde segundo sexo e regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Feira de Santana	15	66,2	07	31,8
Itaberaba	05	45,5	06	54,5
Seabra	07	63,6	04	36,4
Serrinha	10	62,5	06	37,5
Total	37	61,6	23	38,4

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A presença de mulheres na secretaria, assumindo esses espaços de poder pode sinalizar que para os homens não é interessante ou mesmo atrativo assumir essas funções. Portanto entende-se que existe uma relação de poder traduzido por um poder simbólico, ao que para Bourdier (1989, p. 63): “...é um poder que se deixa ver menos ou que é até mesmo invisível.”

Somado a isso não se pode negar que a mulher vem se destacando nas funções gestoras, pois é um cenário de mudanças em leis e políticas públicas favoráveis ao gênero. Além disso o histórico de envolvimento das mulheres no cuidado à saúde e à assistência das pessoas também podem ser consideradas determinantes para maioria do gênero feminino no cargo.

Uma das condições indispensáveis para um gestor decidir, mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e a seus conceitos é o período de contato com o cotidiano do trabalho, como visto nos estudos de Santos (2014a). Portanto, o tempo que o secretário tem de atuação no cargo favorece para o fortalecimento do processo de gestão e dessa capacidade de decidir, e ainda permite a identificação de semelhanças e diferenças no perfil de gestão de cada região.

Neste aspecto a pesquisa apontou que a maioria (41,7%) dos secretários tem entre 24 e 36 meses de atuação no cargo atual. Conforme tabela 3 a região de Itaberaba e a região de Serrinha apresentou 36,3% e 37,5% respectivamente, tendo menos de 12 meses na função, o que quer dizer que houve mudança do representante do cargo na metade do mandato.

Tabela 3 Tempo de atuação no cargo de secretário municipal de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015. .

Regiões de saúde	Menor que 12 meses		Entre 12 e 24 meses		Entre 25 e 36 meses		Maior que 36 meses	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	2	9,1	6	22,3	10	45,4	4	18,2
Itaberaba	4	36,3	2	18,2	2	18,2	3	27,3
Seabra	2	18,2	1	9,1	7	63,6	1	9,1
Serrinha	6	37,5	2	12,5	6	37,5	2	12,5
Total	14	23,3	11	18,3	25	41,7	10	16,7

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

As frequentes mudanças da direção de uma organização interferem negativamente na sua condução, e conseqüentemente na capacidade da gestão, pois enfraquecem o grupo de apoio, uma vez que repercutem não apenas na sua liderança, mas também na definição dos perfis e da quantidade de profissionais que a organização necessita.

Quando questionados se exercem outra atividade além da gestão municipal da saúde, 79,3% dos secretários responderam negativamente significando que há dedicação exclusiva por mais da maioria dos entrevistados (tabela 4). Esse resultado evidencia que o cargo não é uma atividade meramente complementar e tornou-se gradativamente a função prioritária para estes gestores.

Ao apontar que a maioria não tem outro vínculo empregatício, estas informações levam a reflexões sobre a mudança nos serviços públicos principalmente na contribuição para uma melhor qualidade no processo de gestão, pois sabe-se que possuir dupla jornada de trabalho pode trazer repercussões não somente para a vida dos trabalhadores, como também para a organização do processo de trabalho na gestão.

Tabela 4 A existência de outro vínculo dos secretários municipais de saúde, além desta função de acordo com as regiões de saúde estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não possui		Empresário ou comerciante		Outras atividades técnicas		Atividade de docência	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	15	68,2	1	4,5	3	13,6	3	13,6
Itaberaba	10	90,9	1	9,1	0	0	0	0
Seabra	10	90,9	0	0	0	0	0	0
Serrinha	11	68,8	3	18,8	1	6,3	0	0
Total	46	79,3	5	8,6	4	6,9	3	5,2

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

No que se refere a formação acadêmica, requisito desejável para obtenção da legitimidade técnica do gestor, na medida em que amplia a sua capacidade de decidir observou-se que 81,7% informaram ter graduação. Chama a atenção que 11 secretários (18,3%) não possuem nível superior, sendo a região de Serrinha a que mais tem secretários apenas com nível médio (31,3%). Ao identificar os gestores que possuem pós-graduação 77,5% informaram ter o curso nas áreas de gestão, administração ou saúde pública. Na região de Itaberaba 50,0% não possui a capacitação formal nessas áreas (tabela 5).

Tabela 5 Titulação dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Graduação				Pós-graduação em áreas de gestão, administração ou saúde pública			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	18	81,8	4	18,2	N	P(%)	n	P(%)
Itaberaba	10	90,9	1	9,1	15	83,3	3	16,7
Seabra	10	90,9	1	9,1	5	50,0	5	50,0
Serrinha	11	68,8	5	31,3	9	90,0	1	10,0
Total	49	81,7	11	18,3	9	81,8	2	18,2

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A garantia da efetiva implantação e avanço do SUS requer conhecimentos especializados e desenvolvimento de habilidades para o processo de tomada de decisão em cenários complexos do sistema de saúde. É fato que essas aquisições se iniciam na academia, e Melo e Santos (2007) ainda complementam que existem desafios tais como a capacidade de agir sobre a realidade. Não ter formação acadêmica, principalmente na área de saúde pode impactar na organização do processo de trabalho e consequentemente restringe a autonomia técnica.

A categoria profissional mais significativa foi das enfermeiras, principalmente na região de Feira de Santana (64,7%) como exposto na tabela 6. As enfermeiras vêm se destacando nas atividades de gestão, pelas competências e habilidades específicas para a área de administração. Notadamente durante o processo de formação, são desenvolvidas competências tendo em vista o projeto pedagógico do curso.

Melo et al. (2016) traz que atualmente registram-se mais preocupações explícitas quanto ao aumento indiscriminado de cursos em enfermagem, a despeito do reconhecimento de ampliação da quantidade de enfermeiras para a consolidação do SUS. Ela ainda acrescenta que uma das estratégias é o envolvimento nos campos de extensão e pesquisa, que tem crescido nas universidades privadas, inclusive com financiamento público.

Tabela 6 Formação acadêmica dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Área da saúde exceto enfermagem		Enfermagem		Áreas humanas		Área de exatas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	4	23,5	11	64,7	2	11,8	0	0
Itaberaba	4	40,0	4	40,0	2	20,0	0	0
Seabra	2	20,0	5	50,0	2	20,0	1	10,0
Serrinha	4	36,4	5	45,5	2	18,2	0	0
Total	14	29,2	25	52,1	8	16,7	1	2,1

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A qualificação na saúde pode ser entendida como aproveitamento do potencial de profissionais, acrescentando competências no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS. Os resultados da linha de base avaliativa, no que diz respeito à competência e habilidades dos gestores da Vigilância epidemiológica, realizado por Santos (2010) apontam que a totalidade dos respondentes possui formação superior, e que um muitos não possuem especialização na área de saúde. Concorde-se com a mesma autora que os resultados obtidos, articulados a inexistência de critérios técnicos-políticos de interesse para o SUS na escolha dos gestores municipais, limita a capacidade de gestão podendo esta ser meramente técnica, sem que efetivamente exerçam o poder de decisão.

4.3 LINHA DE BASE AVALIATIVA SEGUNDO DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: CAPACIDADE DE DECIDIR

A dimensão organizacional, se revela pela capacidade do processo decisório, a partir de quem e como se decide (GUIMARÃES et al., 2004; SANTOS, 2010).

A integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida. Esse conjunto de acúmulos precisa de espaços para análise e reflexão, orientados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações cada vez mais complexas nos processos de trabalho, diante da diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização de serviços e dos espaços (MELO et al., 2016).

A formação e o preparo dos gestores influenciam, de maneira importante, a operacionalização das estratégias adotadas nas políticas de saúde, além de influenciar a dinâmica das equipes. Assim, o conhecimento, a habilidade e atitudes adquiridas nas capacitações específicas fazem com que cada gestor atue de uma forma diferente; tendo decisões e significados diferentes na execução e manutenção das práticas (SANTOS, 2014a).

Tabela 7 Experiência prévia em cargos de chefia dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim, menos de 2 anos		Sim, mais de dois anos	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	3	13,6	5	22,2	14	62,2
Itaberaba	0	0	2	18,2	9	81,8
Seabra	4	36,4	1	9,0	6	54,6
Serrinha	1	13,3	3	17,34	12	69,36
Total	8	13,4	11	18,3	41	68,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

No que diz respeito à experiência prévia em cargos de chefia, observa-se que a maioria (68,3%) tem experiência de mais de 2 anos (tabela 7). As experiências podem colaborar na avaliação, sistematização e decisão das condutas mais adequadas, com base em evidências científicas. Podem ainda desenvolver a liderança no trabalho em equipe, comunicação para interagir com a equipe e público em geral e gerenciamento da força de trabalho dos recursos físicos, materiais e informação.

Ainda na tabela 7, na região de Itaberaba, todos os gestores informaram experiência prévia com cargos de gestão, sendo 18,2% experiência de menos de 2 anos e 81,8% com mais

de 2 anos. Esse fato pode significar contribuições para o desenvolvimento do trabalho como gestor máximo do SUS no município, ampliando os poderes técnico, administrativo e político.

A experiência prévia da maioria dos gestores pode estar atrelada a não interferências externas quanto ao processo de execução dos investimentos da saúde. A pesquisa revelou que 65,5% dos gestores informaram que suas decisões são aceitas quanto à aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, não tendo qualquer interferência externa, conforme tabela 8. Mesmo assim chama atenção a região de Feira de Santana que apontou que 45,5% dos secretários sofrem interferências nas decisões sobre os recursos.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é unidade orçamentária e gestora dos recursos relativos às ações e serviços públicos de saúde, conforme art. 14 da Lei Complementar n. 141/2012; porém não é considerado entidade de interesse da administração tributária por não ter autonomia para destinação social de seu patrimônio (WILHELM, GASSENBALSAN, MOURA, 2013).

Tabela 8 Interferência sobre as decisões adotadas pelo gestor de saúde quanto a aplicação do Fundo Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não existem interferências		Sim, existem interferências	
	N	%	N	%
Feira de Santana	12	54,5	10	45,5
Itaberaba	7	70,0	3	30,0
Seabra	6	54,5	5	45,5
Serrinha	13	86,7	2	13,3
Total	38	65,5	20	34,5

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, o ordenador de despesas foi extremamente valorizado no aspecto da responsabilidade, pois a norma exige, como condição de validade de determinados atos, não apenas que ordene a despesa, mas que proceda previamente a análise dos fatores que ensejam ou não a sua regularidade e avalie, ainda, a compatibilidade do ato com o orçamento, com a lei de diretrizes orçamentárias e com o plano plurianual (FLEURY, 2010).

A LRF promove o ordenador de despesas de especialista em sistemas de pagamentos públicos para um verdadeiro analista de finanças públicas. Por esse motivo, investir na valorização e na formação desses profissionais passou a ser uma garantia para a boa imagem da própria entidade. Dessa forma, se a lei instituidora não dispuser diferentemente, o ordenador de despesa do Fundo Municipal de Saúde, em princípio, será o prefeito, autoridade máxima da Administração municipal, a quem cabe a prerrogativa de desconcentração do

processo decisório. A delegação dessa competência ao gestor do fundo, ao secretário municipal de saúde ou a outro servidor deverá ser formalizada por meio de decreto, ato que detalhará as correspondentes atribuições do agente público delegado (PIOLA, 2013; FLEURY, 2010; VIANA, MACHADO, 2009).

A legislação sobre financiamento da saúde no âmbito do SUS nivela as práticas administrativas, de maneira que todos os secretários de saúde tenham autonomia sobre os recursos destinados ao setor e o entendimento de como gastá-los da forma correta (FLEURY, 2010).

Para os que afirmaram positivamente sobre a interferência externa na aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, a baixa autonomia estava ligada ao poder executivo municipal (tabela 9), que representa uma barreira para fortalecimento das decisões do gestor municipal de saúde ao centralizar a gestão financeira da saúde na secretaria de finanças e/ou na figura do prefeito. Na região de Feira de Santana também foi apontado como interferência nas decisões de aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde: o Poder Legislativo (16,7%) e o Conselho de Saúde (16,7%).

Portanto se o gestor da Secretaria Municipal de Saúde é responsável por autorizar despesas e administrar todos os recursos da saúde, isto poderá fortalecer a autonomia e aprimorar a organização e o planejamento da gestão dos recursos do SUS. Santos (2014a) pode observar em seus estudos que apesar do prefeito ser imediato superior à secretária de saúde, não havia interferências no que era determinado por ela, ocorrendo assim uma autonomia consolidada de forma administrativa, técnica e política.

Tabela 9 Origem da interferência sobre as decisões da aplicação dos recursos do Fundo Municipal de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Prefeito		Conselho de Saúde		Poder legislativo	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	4	66,7	1	16,7	1	16,7
Itaberaba	3	100	0	0	0	0
Seabra	5	100	0	0	0	0
Serrinha	2	100	0	0	0	0
Total	14	87,4	1	6,3	1	6,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Segundo Santos (2014a) ter conhecimento sobre os recursos disponíveis para a saúde, como aplicá-los e de que maneira podem ser remanejados é uma necessidade para o gestor que pretende desenvolver um trabalho de forma planejada e eficiente. O autor ainda afirma que a partir do acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde será permitido ao

gestor maior capacidade de alocar os recursos nas áreas que mais precisam, rearranjar as propostas de investimentos e buscar novas fontes.

Uma boa parte dos municípios fazem acompanhamento semanal (41,7%) dos repasses financeiros fundo a fundo e as movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde (tabela 10). Se a maior frequência no acompanhamento dos recursos financeiros indica uma maior atenção da secretária voltada ao Fundo Municipal de saúde, e os municípios das regiões de Feira de Santana e Serrinha se destacam por realizarem esta atividade diariamente ou semanalmente; pode estar representado o compromisso, o empenho e a autonomia prevista nos dispositivos legais para o desenvolvimento das ações na busca da melhoria da realidade dos usuários.

Tabela 10 Frequência de acompanhamento dos Secretários Municipais de Saúde nos repasses financeiros fundo a fundo e nas movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Raramente		Uma vez por mês		Semanalmente		Diariamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	1	4,5	6	27,3	7	31,8	8	36,4
Itaberaba	1	9,1	2	18,2	7	63,6	1	9,1
Seabra	0	0	4	36,4	3	27,3	4	36,4
Serrinha	0	0	0	0	8	50,0	8	50,0
Total	2	3,3	12	20,0	25	41,7	21	35,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Na leitura sobre a existência de ações e programas locais propostos e planejados originalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, além daquilo que é definido pelas esferas estadual e federal, a tabela 11 aponta que 33,9% referiram não apresentar na gestão atual ações e programas próprios do município. Foi na região de Seabra que mais ocorreu municípios com inexistência de programas. Chama atenção que a maioria dos municípios da região de Feira de Santana (55,0%), da região de Itaberaba (55,6%) e da região de Serrinha (52,8%) referiram programas como: o atendimento ao pré-natal de alto risco, atenção às crianças escolares e atenção à saúde mental como programas locais propostos e planejados pelo município, sendo que são programas já contemplados pela exigência federal.

Souza e Melo (2008) e Santos (2010) refletem bastante à temática quando colocam que a proposta de descentralização do SUS ainda não aconteceu plenamente, havendo verticalização das propostas e centralização do poder na esfera federal, e uma falta de implicação política nessa desconcentração de tarefas.

Santos (2014a) observou em seus estudos que a maior justificativa para que se priorizem os programas federais, em detrimento de projetos locais foi a realidade da escassez de recursos financeiros aliada à resposta satisfatória dos programas federais para as necessidades da população local.

Tabela 11 Ações e programas locais propostos e planejados pelas Secretarias Municipais de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não existe		Programas do Ministério da Saúde*		Feiras de saúde e ações comemorativas		Programa Terapêutico com os idosos		Programa orientações pela rádio local	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	7	35,0	11	55,0	2	10,0	1	10,0	0	0
Itaberaba	2	22,2	5	55,6	1	11,1	1	11,1	0	0
Seabra	6	54,5	4	36,4	0	0	0	0	1	9,1
Serrinha	3	25,0	8	66,7	0	0	1	8,3	0	0
Total	18	33,9	28	52,8	3	5,7	3	5,7	1	1,9

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

* Programas de pré-natal de alto risco, atenção às crianças escolares e atenção à saúde mental.

A existência de ações e programas de saúde originados na esfera municipal indica protagonismo da Secretaria Municipal no enfrentamento dos problemas de saúde que atingem à população; se não há investimento de projetos e propostas pela esfera municipal, e os municípios se limitam a responder ao governo federal, não haverá avanços nessa autonomia do processo decisório, que é o objeto da gestão descentralizada.

O papel do gestor público na área da saúde conforme Santos (2010) ultrapassa o âmbito administrativo com uma racionalidade normativa, devendo ser capaz de formular e implantar políticas e estratégias que conduzam a instituição, principalmente naqueles momentos que precisam enfrentar situações de dificuldades. Logo a participação do gestor em reuniões de Conselho Municipal e Conferências Municipais ampliam esse poder político, à medida que discute e valoriza as deliberações do coletivo, indicando interesse no compartilhamento de responsabilidade e fomentando o controle social.

Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos colegiados de caráter deliberativo e permanente, formados por prestadores de serviço, representantes do governo, profissionais da saúde e também usuários, estes últimos tem representação de maneira paritária em relação aos outros membros. Nos municípios, a formação dos conselhos municipais de saúde é um requisito para que os recursos a ela destinados sejam transferidos pelo governo federal (VIEIRA; CALVO, 2011).

Em todas as regiões, a maioria dos secretários de saúde (81,7%) participam das reuniões periódicas do Conselho sempre ou quase sempre; ou seja, uma média de 76% a 100% de frequência nas reuniões e conferências (tabela 12).

Tabela 12 Frequência de participação dos secretários municipais de saúde nos espaços de discussão (Conselho Municipal de Saúde, Conferências e outros) de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Raramente (até 25%)		Poucas vezes (de 26 à 50%)		Muitas vezes (de 51 à 75%)		Sempre ou quase sempre (de 76 à 100%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	0	0	0	0	2	9,1	20	90,9
Itaberaba	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8
Seabra	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
Serrinha	0	0	0	0	3	18,8	13	81,3
Total	0	0	0	0	11	18,3	49	81,7

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Conforme a Lei nº. 8.142/90 o Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído na esfera correspondente (BRASIL, 1990a). É fundamental o apoio e compromisso dos gestores municipais com as propostas que são levantadas nos conselhos, pois o gestor municipal assume papel de destaque no sentido de estimular a participação e reforçar o compromisso ético com a população.

Sobre as deliberações do Coletivo; a região de Serrinha apresenta o maior número de municípios (68,8%) que após às discussões das reuniões dos Conselhos, ou das conferências, referiram acatar e dar encaminhamento às decisões do coletivo sempre ou quase sempre, ou seja, entre 76% a 100%. Já na região de Itaberaba 54,5% dos secretários de saúde informaram acatar e deliberar entre 51% e 75% das decisões do coletivo (tabela 13).

Pelas exigências federais para repasses, os gestores priorizam o cumprimento legal de garantir pleno funcionamento dos conselhos de saúde, para acompanhamento e fiscalização das políticas e ações da saúde municipal, e inclusive no que tange a sua participação nas discussões pois, em uma frequência trimestral, deve ser apresentado um relatório detalhado ao Conselho de Saúde, constando dados sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados, as auditorias e outras informações importantes acerca da gestão (SANTOS, 2014a).

Tabela 13 Frequência de aceitação e deliberação das decisões do coletivo (Conselho Municipal de Saúde, Conferências e outros) pelos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Raramente (até 25%)		Poucas vezes (de 26 à 50%)		Muitas vezes (de 51 à 75%)		Sempre ou quase sempre (de 76 à 100%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	0	0	0	0	9	40,9	13	59,1
Itaberaba	0	0	0	0	6	54,5	5	45,5
Seabra	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
Serrinha	0	0	1	6,3	4	26,0	11	68,8
Total	0	0	1	1,7	23	38,3	36	60,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Porém os estudos de Santos (2014b) traz uma reflexão sobre as deliberações, quando afirmam que estas são na verdade decisões da própria secretarias levadas como propostas para os conselheiros e votadas para serem implementadas. Logo põe-se em questionamento a possível incipiência do conhecimento dos membros dos conselhos, inclusive sobre suas próprias atribuições como construtores do SUS.

Concorda-se com Santos (2010) que é um grande desafio romper com a herança histórica de influências político-partidárias negativas, pois muito embora se reconheça o papel fundamental dos Conselho, o seu funcionamento é limitado de um lado pela atuação dos gestores que não apresentam as informações com transparência, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação das propostas, e por outro lado pela fragilidade política das entidades representadas.

A Resolução nº 333 / 2003 prevê que os governos garantam autonomia aos conselhos conferindo-lhes estrutura administrativa e dotação orçamentária, cabendo aos próprios conselhos de saúde definir a estrutura administrativa necessária para a realização de suas atividades.

Viera e Calvo (2011) afirmam que é complexa a distribuição da participação e da influência política dentro dos Conselhos de Saúde. Foi visto por estes autores que os participantes assumem preponderando a forma de influência política. Dessa forma entende-se que a influência de cada ator está atrelada aos seus objetivos políticos e de também associada aos recursos individuais de que ele dispõe.

Porém, as relações de poder existentes no interior dos conselhos devem levar em consideração não só as dimensões estruturais, mas a interação concreta entre elas, já que os

constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos podem funcionar como poderoso obstáculo à participação, ou até mesmo, aprofundar a desigualdade política.

A estrutura física deve ser valorizada como um dos componentes para avaliação de uma gestão. A estrutura está relacionada àquilo que propicia a ação e/ou atividade, e inclui a edificação e os equipamentos oferecidos. É essencial reconhecer sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde e para o alcance dos resultados na saúde da população atendida (MOURA et al., 2010).

A falta ou deficiência de estrutura física e recursos nos conselhos pode levar a certa dependência da Secretaria de Saúde para a efetivação das ações operacionais do órgão. A ausência de estrutura física foi informada na maioria dos municípios da região de Feira de Santana (36,4%), dos municípios da região de Itaberaba (63,6) e dos municípios da região de Serrinha (40,0%). Na região de Seabra a maior parte dos municípios referiu ter uma estrutura com condições inadequadas, como exposto na tabela 14.

Tabela 14 Condições estruturais da sede do Conselho Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não existe sede do Conselho		Sede em condições inadequadas		Sede com condições adequadas		Sede com condições excelentes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	8	36,4	4	18,2	5	22,7	5	22,7
Itaberaba	7	63,6	0	0	4	36,4	0	0
Seabra	3	27,3	5	45,5	3	27,3	0	0
Serrinha	6	40,0	4	26,7	3	20,0	2	13,3
Total	24	40,7	13	22,0	15	25,4	7	11,9

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Investir na estrutura física para o Conselho Municipal de Saúde indica preocupação em facilitar a ação dos conselheiros e o controle social. Um espaço físico que não possa comportar o número de conselheiros, gerando desconforto, constitui um entrave, podendo interferir na participação e aproveitamento das reuniões além de demonstrar a não legitimidade dessa instância por parte dos governos locais. Vieira e Calvo (2011) observaram em seus estudos que o fato de ter uma dimensão de estrutura ruim afetava na participação da comunidade nas comunicações de reuniões, divulgação de informações e quórum para deliberações.

As regiões de Feira de Santana e de Serrinha apresentam respectivamente; 22,7% e 13,3% de municípios que referiram ter sede do Conselho Municipal de saúde com estrutura física em excelentes condições, o que inclui espaço, mobiliário e equipamentos necessários e

funcionantes; que são fatores que facilitam a efetiva democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde. É possível a confirmação de que nesses municípios existe uma sociedade civil mais mobilizada à negociação e à articulação política entre os diferentes atores e instituições de saúde envolvidas no processo de democratização das decisões das ações municipais de saúde, assim sendo uma legitimidade maior dos Conselhos.

Outro aliado das organizações públicas na sua aproximação com o interessado na possibilidade de atingir melhores resultados, é a comunicação. E mais do que transmitir a mensagem, é primordial estabelecer meios adequados de atingir o interesse. A utilização de fluxos comunicativos regulares e formais minimiza erros de comunicação e facilita o relacionamento entre o secretário de saúde e os demais profissionais e/ou setores.

Neste sentido quando questionados sobre a existência de meios formais e regulares de comunicação com os demais profissionais, em todas as regiões mais de 90% dos gestores informaram existir (tabela 15).

Tabela 15 Existência de meios formais e regulares para comunicação entre o secretário municipal de saúde e os gestores intermediários de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim	
	N	%	N	%
Feira de Santana	1	4,5	21	95,5
Itaberaba	1	9,1	10	90,9
Seabra	1	9,1	10	90,1
Serrinha	0	0	16	100,0
Total	3	5,0	57	95,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Porém quando solicitados a exemplificar os tipos de comunicação formal e regular utilizado nesta comunicação muitos municípios citaram o “Whats app”. A região de Itaberaba obteve os seguintes dados que 25% dos secretários de saúde dos seus municípios utilizam meios formais (reuniões e ofícios) e informais (Whats app); e que 37,5% dos seus gestores máximos utilizam somente de meios informais como comunicações verbais e Whats app. A região de Feira de Santana também apresentou 4 municípios (22,2%) que os secretários de saúde informaram utilizar somente meios informais (tabela 16).

As tecnologias de informação são bastante importantes, assim como a comunicação pelo “Whats app”, que, de fato contribuíram para diminuição de tempo e a intervenção imediata para alguns problemas. Contudo é extremamente relevante considerar o espaço que principalmente a comunicação verbal permite de dupla interpretação das informações. Ainda

deve ser considerado a comunicação escrita e formal, a responsável pela organização e reputação de uma instituição.

Tabela 16 Tipo de meio de comunicação utilizado entre secretário municipal de saúde e gestores intermediários de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Reuniões, ofícios e comunicações internas		Reuniões, ofícios e “Waths zap”		Comunicações verbais e “Whats zap”	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	9	50,0	5	27,8	4	22,2
Itaberaba	3	37,5	2	25,0	3	37,5
Seabra	6	50,0	1	10,0	3	30,0
Serrinha	7	50,0	5	35,7	2	14,3
Total	25	50,0	13	26,0	12	24,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Também existem as informações provenientes dos indicadores de saúde que fornecem o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, na medida em que propiciam o conhecimento sobre aspectos relevantes da população, reduzem o grau de incerteza sobre sua situação de saúde e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Os indicadores são instrumentos usados para avaliar uma situação ou a consecução de objetos e metas; são variáveis que permitem quantificar resultados de ações e comparar resultados. Para que os gestores possam cumprir com sua responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, faz-se mister a permanente disponibilidade de informações que os auxiliem na concepção e operacionalização das atividades de planejamento, no subsídio à tomada de decisões e na busca de soluções para as questões levantadas pela sociedade. Os indicadores de saúde, quando gerados de forma regular em um sistema dinâmico, podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação da saúde e das ações em todos os níveis (PEREIRA; TOMASI, 2016).

Na região de Feira de Santana 59,1% dos secretários de saúde referiram utilizar sempre ou quase sempre as ferramentas de acompanhamento de indicadores. Assim como também nas regiões de Seabra e de Serrinha foram respectivamente 54,5% e 50%, ou seja a maior parte afirmaram utilizar sempre ou quase sempre. Já na região de Itaberaba a maioria (36,4%) referiu utilizar esporadicamente as ferramentas para acompanhamento dos indicadores (tabela 17).

Este resultado confronta com a pesquisa de Lima, Antunes e Silva (2015) que afirmam que a utilização do sistema de informações em saúde é insuficiente para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões no nível local. Na interpretação desses autores, o sistema de informações em saúde não estaria atingindo sua finalidade de servir como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde.

Tabela 17 Frequência de uso das ferramentas de acompanhamento de indicadores pelos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Nunca		Esporadicamente		Muitas vezes		Sempre ou quase sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	0	0	3	13,6	6	27,3	13	59,1
Itaberaba	1	9,1	4	36,4	3	27,3	3	27,3
Seabra	0	0	1	9,1	4	36,4	6	54,5
Serrinha	0	0	4	25,0	4	25,0	8	50,0
Total	1	1,7	12	20,0	17	28,3	30	50,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Um sistema de informações em saúde que funcione bem é aquele que não só garante a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do sistema de saúde, mas também que produz análises para orientar as atividades em todos os outros blocos do sistema. Assim, as estatísticas de saúde devem permitir que os gestores de saúde identifiquem avanços, problemas e necessidades, tomem decisões baseadas em evidências sobre políticas e programas de saúde, e aloquem de forma otimizada recursos (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Dos 59 gestores que afirmaram acompanhar o sistema de informações, apenas 35 citaram quais os subsistemas mais utilizados. Conforme tabela 18, na região de Feira de Santana 41,7% dos secretários de saúde informaram utilizar duas ferramentas o DATASUS e o SISPACTO. Na região de Itaberaba apenas 04 municípios responderam: 50% dos gestores referiram utilizar o SISPACTO e o DATASUS e outros 50% utilizam além dessas outras ferramentas. Na região de Seabra a maior parte (50%) também usam somente as duas ferramentas acima. Já na região de Serrinha 45,5%, ou seja, a maior parte dos secretários de saúde utilizam mais de 03 ferramentas.

Tabela 18 Ferramentas de acompanhamento de indicadores utilizadas pelos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Utiliza apenas o Datasus		Utiliza o Datasus e o Sispacto		Utiliza o Datasus, o Sispacto e outras	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	3	25,0	5	41,7	4	33,3
Itaberaba	0	0	2	50,0	2	50,0
Seabra	1	12,5	4	50,0	3	37,5
Serrinha	3	27,3	3	27,3	5	45,5
Total	7	20,0	14	40,0	14	40,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Das ferramentas mais utilizadas, o SISPACTO tem a finalidade de pactuação de indicadores, registro e avaliação de resultados e metas propostas para o ano em curso, por parte dos Estados e Municípios com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão. Exemplos de indicadores encontrados no SISPACTO: cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), taxa de mortalidade infantil, proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (BRASIL, 2007).

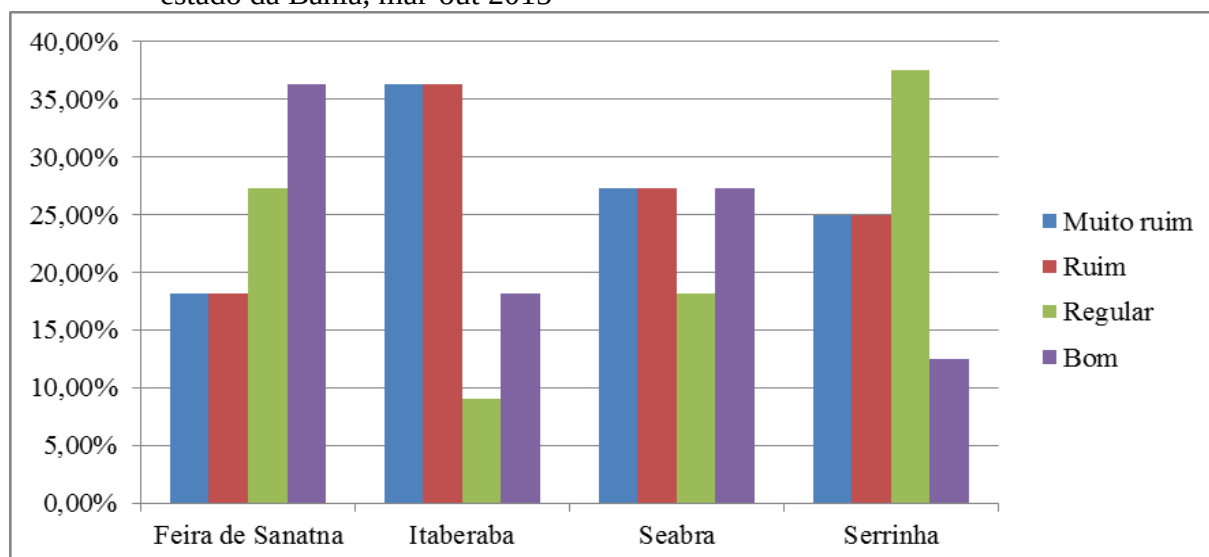
Já o DATASUS administra informações de saúde, a saber: indicadores de saúde, assistência à saúde, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas e informações financeiras referentes aos recursos do Fundo Nacional de Saúde transferidos aos municípios, aos créditos aos prestadores de serviços de saúde, aos orçamentos públicos de saúde declarados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios (BRASIL, 2007).

No balanço da dimensão organizacional observou-se que a região de Feira de Santana é a que se encontra com melhor desempenho. No gráfico 1 pode se verificar que 36,3% dos municípios desta região tiveram o conceito bom. É importante lembrar que nesta região a maioria dos secretários de saúde são mulheres, tem experiência prévia em cargos de gestão entre 25 e 36 meses, não possuem outro vínculo empregatício, são enfermeiras e possuem pós-graduação nas áreas de gestão, administração e saúde pública. Apesar do poder técnico e administrativo fortalecidos nos municípios desta região, ainda é incipiente o poder político, e consequentemente possuem uma autonomia limitada.

Pois é visto que ainda sofrem influências externas, principalmente do poder executivo no processo de tomada de decisões. Fica claro também na região de Feira de Santana a centralização das ações, dado que 35,0% dos municípios não possuem ações e programas locais e 55,0% referiram programas da esfera federal. Quanto à gestão participativa, apesar de a maioria dos secretários da região de Feira de Santana participarem das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e acatarem as deliberações deste espaço; quando se trata das condições da estrutura física do Conselho 36,4% referiram não ter sede.

A região de Itaberaba, conforme expresso no gráfico 1, obteve um conceito muito ruim na dimensão organizacional tem a maior parte dos secretários de saúde do sexo masculino, com experiência de menos de 12 meses. Também tem na sua maior parte formação acadêmica em cursos da área de saúde e não possuem outro vínculo. Quanto à capacitação formal metade referiu ter na área de gestão, administração e saúde pública. Esses resultados remetem à reflexão do processo de formação desses secretários, confirmando as colocações de Melo (2016) sobre o desafio em desenvolver nestes profissionais, capacidades para a tomada de decisão em cenários complexos. Também se atrela ao desempenho muito ruim o item de existência de ações e programas locais propostos e planejados pelo município, onde 55,6% referiram apenas os programas exigidos pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 1 Capacidade de gestão segundo a dimensão organizacional em regiões de saúde do estado da Bahia, mar-out 2015



FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A região de Seabra obteve equilíbrio do número de municípios com desempenho bom, ruim e muito ruim (gráfico 1). Observou-se nesta região que todos são exclusivamente secretários de saúde, a maioria são mulheres e tem experiência prévia em cargos de chefia.

Quanto à categoria profissional metade dos gestores máximos são enfermeiros. Chama atenção que é a região tem 30% dos secretários com formação acadêmica em áreas de humanas e exatas. Porém 90% tem pós-graduação em áreas de gestão, administração e saúde pública. Sobre a autonomia, percebeu-se pelos resultados que é limitada, dado que 45,5% sofrem interferências do poder executivo.

A região de Serrinha teve uma avaliação regular no desempenho da dimensão organizacional (gráfico 1). A maior parte dos secretários são mulheres, enfermeiras e com pós-graduação nas áreas de gestão, administração e saúde pública. Também não possuem outro vínculo empregatício. E quanto a estar no cargo como secretário 37,5% tem menos de 12 meses e 37,5% tem entre 25 e 36 meses. A maioria refere não ter interferências externas nas decisões, manter uma gestão participativa, acatando deliberações do Conselho Municipal. Porém 40,0% referiram não ter estrutura física para o Conselho e 66,7% referiram as ações e os programas federais como planejados pelo município.

Considerando que a dimensão organizacional revela a capacidade de quem e como decidir, com perfil de autonomia e de gestão participativa, os resultados encontrados apontam para uma dependência do poder executivo e de outras esferas do governo. A implantação das políticas ainda é estabelecida pelo gestor estadual ou federal.

4.4 LINHA DE BASE AVALIATIVA SEGUNDO DIMENSÃO OPERACIONAL: CAPACIDADE DE EXECUTAR O QUE FOI DECIDIDO

A dimensão operacional reflete a capacidade da organização em mobilizar recursos para manter as decisões tomadas (SANTOS, 2010). Assim, as variáveis e indicadores concentram-se nos recursos operacionais, nas condições da infraestrutura física e de equipamentos, no quadro técnico e mecanismos de capacitação dos trabalhadores.

Concorda-se com Santos (2014a) que a dimensão operacional se encontra duplamente articulada à dimensão organizacional. Esse autor explica que por um lado são as decisões tomadas pela gestora máxima que formatam a rede de serviços de saúde no município condicionando também sua qualidade e resolubilidade; e por outro se não há promoção, pela gestora, de ambientes e expedientes adequados para operacionalização dos serviços, boas decisões podem se converter em fracasso.

A estrutura é um dos componentes usados para análise do sistema de serviços de saúde, corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (os recursos financeiros,

humanos e materiais utilizados), ou seja, que propicia a prestação dos serviços, ou ainda necessários para oferecer os serviços.

Sobre se a estrutura física da secretaria municipal de saúde oferece segurança e conforto aos profissionais e aos visitantes; a maior parte dos gestores municipais (56,7%) referiram existir uma estrutura física da secretaria de saúde boa. Na região de Feira de Santana 27,3% dos secretários informaram condição regular da estrutura física. E na região de Itaberaba 36,5% dos municípios ofertam condições excelentes para estrutura da secretaria municipal de saúde (tabela 19).

Santos (2014a) refere que uma estrutura adequada da SMS favorece a realização das atividades e possibilita maior satisfação das pessoas. No estudo deste autor as queixas mais comuns colocadas pelas gestoras quanto a estrutura física da secretaria de que trabalhavam eram as salas apertadas e a insuficiência de equipamentos de informática, mesas e cadeiras.

Tabela 19 Condições de segurança e conforto da estrutura física das Secretarias Municipais de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Péssima		Regular		Boa		Excelente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	0	0	6	27,3	12	54,5	4	18,2
Itaberaba	0	0	2	18,2	5	45,5	4	36,4
Seabra	0	0	1	9,1	7	63,6	3	27,3
Serrinha	0	0	3	18,8	10	62,5	3	18,8
Total	0	0	12	20,0	34	56,7	14	23,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Por outro lado, Moura et al. (2010) reflete que a maior fraqueza da abordagem estrutural está relacionada com seus pressupostos de validade, ou seja, a presunção que uma boa estrutura leva a um bom processo e este, por sua vez, a um bom resultado. Concorde-se com este mesmo autor que é necessário refletir sobre esses aspectos dado que as melhores pré-condições podem ser mal utilizadas, enquanto a excelência profissional pode resultar em efeitos benéficos, mesmo em condições adversas.

O trabalho em saúde é um ramo da prestação de serviços que compreende atividades essenciais para a vida humana; logo com o desenvolvimento do trabalho material e do capitalismo, a saúde sob a ótica do neoliberalismo é reuniversalizada através de uma vertente predominantemente economicista, traduzindo-se em ocupações marcadas por relações mercantis.

Assim com a internacionalização de mercados, o aumento da competitividade e o avanço tecnológico, tem-se verificado novos desenhos organizacionais, flexibilização e mudanças nas relações de trabalho instituídas dentro das novas práticas de gestão. Essa nova

relação vem provocando mudanças nos processos de trabalho e no contexto organizacional. A nova estrutura produtiva passou a ser flexível, o que possibilitou a terceirização de atividades e à adoção de novas formas de organização dos processos internos (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

A terceirização parece ter impactos negativos sobre a consolidação do SUS, dado que afeta a saúde e qualidade de vida do trabalhador, ocasionando doenças físicas e psíquicas relacionados ao trabalho, e consequentemente interrupções dos serviços. Além de contribuir para a fragmentação dos coletivos de trabalho. As diferentes práticas de relações de trabalho permanentes e contratuais ocasionam a fragmentação dos trabalhadores, visto que há uma rotatividade muito grande (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

Tabela 20 Percentual de trabalhadores efetivos vinculados à Secretarias Municipais de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	0 à 25%		26 à 50%		51 à 75%		76 à 100%	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	3	13,6	8	36,4	7	31,8	4	18,2
Itaberaba	2	18,2	1	9,1	6	54,5	2	18,2
Seabra	1	9,1	3	27,3	6	54,5	1	9,1
Serrinha	1	6,3	2	12,5	9	56,3	4	25,0
Total	7	11,7	14	23,3	28	46,7	11	18,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A tabela 20 mostra que ao analisar a situação dos vínculos de trabalho, observou-se que na região de Feira de Santana, a maior parte, ou seja, 08 municípios (36,4%) tem entre 26% e 50% de percentual de trabalhadores efetivos vinculados à secretaria de saúde. Ainda nesta região, apenas 18,2% secretários de saúde referiram ter mais que 75% ou até 100% de seus trabalhadores concursados à secretaria de saúde. Nas outras regiões de saúde, a maioria dos gestores responderam que tem um percentual de 51% à 75% de trabalhadores efetivos: na região de Itaberaba foram 06 municípios, na região de Seabra também foram 06 municípios e na região de Serrinha foram 09 municípios.

É perceptível que em muitos municípios o percentual de trabalhadores efetivos está abaixo de 50%; isto pode ser explicado pela ocorrência da descentralização e da municipalização do SUS em um contexto bastante desfavorável, quando o Estado brasileiro se submeteu a reformas neoliberais. Uma resultante dessas reformas foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com força de trabalho em 60% da receita corrente líquida de estados e municípios (VILLANI, BEZERRA, 2013). Concorde-se com Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015) que essa restrição levou os municípios a buscarem

outras formas de contratação da força de trabalho como alternativa para a necessidade de expansão do SUS.

O processo de descentralização do SUS, em um contexto de diminuição das responsabilidades do Estado perante as necessidades de saúde da população e os direitos sociais, favoreceu o processo de precarização dos vínculos de trabalho, especialmente para algumas categorias profissionais. Com isso, o setor da saúde tem comportado uma variedade de vínculos empregatícios, incorporando tanto os regimes tradicionais, como o estatutário e o celetista, até outras formas de vinculação de trabalho, para a formação de equipes capazes de atender a todas as atividades necessárias ao cumprimento das políticas públicas (VILLANI, BEZERRA, 2013; EBERHART, CARVALHO, MUROFUSE, 2015).

Paim (2007) aponta que a "flexibilização produtiva", ao introduzir novas práticas de emprego, a adaptação da jornada de trabalho a conjunturas específicas, o trabalho em tempo parcial, o contrato de duração determinada e a terceirização, produz um contexto desfavorável à proposta de expansão e consolidação do SUS.

O maior percentual de profissionais efetivos reduz a rotatividade de trabalhadores e a interrupção dos serviços oferecidos. Porém Santos (2014a) em seu estudo detectou não existir por parte dos gestores preocupação com a descontinuidade dos serviços ou das readequações dos profissionais temporários.

Neste mesmo estudo, o autor observou que embora a maioria dos secretários municipais de saúde tivessem autonomia de mobilizar os profissionais, apenas existia esses remanejamentos quando havia necessidades imediatas como afastamento por doença, falecimento ou exoneração, onde os critérios nem sempre eram muito claros.

Reafirmando os resultados da pesquisa de Santos (2014a) a tabela 21 mostra que a maioria dos gestores municipais máximos da saúde de todas as regiões informaram que as mobilizações e remanejamentos entre os profissionais de saúde nas unidades e serviços acontecem em situações de férias, licenças e/ou afastamentos. A região de Seabra, por exemplo, teve 72,7% dos seus secretários que informaram realizar remanejamentos pela mesma causa de férias, licenças e/ou afastamentos.

Importante observar que o remanejamento por critérios técnicos, ou seja, após avaliações de desempenho também é realizado em todos os municípios de todas as regiões de saúde. A região de Serrinha é a que tem o número mais expressivo (40,0%) de municípios que remanejam por este motivo. Reflete-se então sobre as interferências externas que a maioria dos municípios podem sofrer, e que possivelmente interfere de forma negativa na gestão da saúde prevalecendo as vontades político partidárias, ou seja, a indicação de pessoas para

assumir cargos e funções. Inclusive por que nesta região o número de trabalhadores efetivos está entre 51 e 76%.

Tabela 21 Situações em que o secretário municipal de saúde mobiliza/remaneja profissionais de saúde entre unidades e serviços de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Férias, licenças e/ou afastamentos		À pedido do profissional		Após avaliações de desempenho		Reclamações dos usuários		Não há remanejamentos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	12	54,5	0	0	8	36,4	0	0	2	9,1
Itaberaba	6	60,0	1	10,0	2	20,0	1	10,0	0	0
Seabra	8	72,7	0	0	3	27,3	0	0	0	0
Serrinha	7	46,7	2	13,3	6	40,0	0	0	0	0
Total	33	56,9	3	5,2	19	32,8	1	1,7	2	3,4

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

As mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política do SUS passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção; e, portanto, aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação (LACAZ et al., 2011).

A flexibilização do trabalho iniciou-se de forma sistemática em 1990 com os idealizadores da Reforma Administrativa do Estado, que preconizava a redução da “máquina” estatal que fora considerada burocrática e pouco eficiente. Os reformistas acreditavam que diante dos avanços tecnológicos era preciso reestruturar a Administração Pública para proporcionar maior celeridade, agilidade e eficiência. Para tanto, se baseava na relação entre o custo e benefício e em conceitos modernos de eficiência e competitividade (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

Em 2004, por iniciativa do Ministério da Saúde, a Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários instituiu diretrizes que serviram de base para a elaboração do plano nas esferas Estadual e Municipal (BRASIL, 2004). Porém mesmo tendo sido proporcionado pela esfera federal condições para elaboração pelos municípios do Plano de cargos, carreira e vencimentos (PCCV) para os servidores, os resultados da pesquisa mostram que esta não é a realidade da saúde.

Tabela 22 Existência de Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos para os servidores municipais da saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim	
	N	%	N	%
Feira de Santana	18	81,8	4	18,2
Itaberaba	10	100,0	0	0
Seabra	11	100,0	0	0
Serrinha	12	75,0	4	25,0
Total	1	86,4	8	13,6

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Nas regiões de Itaberaba e de Seabra 100% dos secretários de saúde informaram inexistir o PCCV. Na região de Feira de Santana, apenas 04 municípios referiram já estar implantado o PCCV. Serrinha, é a região que também apresenta um elevado número (75%) de secretários que referiram não existir o PCCV, conforme tabela 22.

Segundo Mandarine, Alves, Sticca (2016) os anos de 1990 se configurou a década perdida para os trabalhadores da saúde, pois não houve preocupação com a efetivação de uma política para os trabalhadores. Ainda segundo os mesmos autores também não buscou elevar o tema gestão do trabalho como estratégia institucional e proporcionar assim estruturas competentes para lidar com tais questões.

O cenário atual do trabalho no contexto da descentralização, que teve suas características modificadas; a experiência e os saberes do indivíduo são colocados em segundo plano; o trabalho está vinculado ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico. Esse quadro permitiu que os trabalhadores, entre outras questões, não tivessem perspectiva de carreira profissional; a renovação e a expansão de novos profissionais se dessem por meio da precarização dos vínculos, com condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos, de qualificação e de infraestrutura adequada.

A consolidação do SUS exige dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas dos trabalhadores em saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O desenvolvimento de pessoas representa um papel de suma importância para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A educação permanente tem sido adotada como política de desenvolvimento humano para o Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se como uma proposta de ação estratégica em cumprimento à Constituição de 1988, à Lei nº 8.080/90 e à Norma Operacional Básica de

Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), sendo aprovada enquanto política pelas Portarias 198/2004 e 1.996/2007 (BRASIL2007)

Pensa-se que ao proporcionar aquisição, enriquecimento e manutenção dos conhecimentos aos trabalhadores da saúde, se induz a reflexão das práticas do trabalho, produzindo mudanças. A incorporação da educação permanente leva o desenvolvimento de práticas educativas que foquem na resolução de problemas concretos, colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, em vez de receptores.

Assim o processo de educação permanente em saúde implica a reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Esta estratégia potencializa o fortalecimento do controle social, a re politização do SUS e o elo entre usuários e profissionais.

Sobre a existência de programa de educação permanente para profissionais de saúde executados no município; a maior parte (63,3%) dos secretários de saúde informaram não existir. A região de Feira de Santana teve apenas 31,8% dos secretários que referiram existir o programa de educação permanente para os profissionais da saúde realizado pelo município. Nas regiões de Itaberaba e de Serrinha a maioria dos secretários; 63,6% e 68,8% respectivamente, informaram não existir o programa. Já na região de Seabra, a maior parte (54,4%) refere possuir o programa (tabela 23).

Tabela 23 Existência de programa de educação permanente para profissionais de saúde executados na gestão do secretário de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim	
	N	%	N	%
Feira de Santana	15	68,2	7	31,8
Itaberaba	7	63,6	4	36,4
Seabra	5	45,5	6	54,5
Serrinha	11	68,8	5	31,3
Total	38	63,3	22	36,7

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

As demandas para educação permanente não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente sequenciais aos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em

rede e solidariedade intersetorial; refletindo na problematização do processo e da qualidade do trabalho (SARRETA, 2009).

Foi observado que dos secretários que responderam existir o programa de educação permanente para profissionais de saúde sendo executados no município, apenas 12 secretários citaram as temáticas dos programas. As atualizações das portarias, resoluções e políticas foi a temática mais trabalhada (58,3%), conforme visto na tabela 24.

Concorda-se com Santos (2010) que os temas das capacitações devem promover mudanças das práticas e da organização dos serviços. A mesma autora defende que as capacitações sejam incorporadas às reflexões críticas a partir de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, assumindo como premissa que os trabalhadores são sujeitos que pensam, criam, agem e não são meros receptores de informações.

Tabela 24 Tema desenvolvido pela educação permanente para profissionais de saúde na gestão do secretário de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Saúde da família		Vigilância Epidemiológica		Atualizações de portarias, resoluções e mudanças das políticas.	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	2	50,0	0	0	2	50,0
Itaberaba	0	0	0	0	1	100,0
Seabra	0	0	1	33,3	2	66,7
Serrinha	2	50,0	0	0	2	50,0
Total	4	33,3	1	8,3	7	58,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Ainda na tabela 24 observa-se que 50,0% dos secretários que responderam da região de Feira de Santana e 50,0% da região de Serrinha, referiram temas da saúde da família; enquanto somente a região de Seabra teve referência a temas da vigilância epidemiológica.

É reconhecido que ainda permanece uma contradição explícita entre a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais e as demandas dos processos de municipalização, descentralização e ruptura dos programas verticalizados em direção à integralidade do cuidado e à vigilância à saúde, que claramente requerem a ampliação da capacidade de decisão local e novas formas de relação com os usuários (SANTOS, 2010; SANTOS, 2014a).

A capacitação dos trabalhadores do SUS é ideal quando ocorre de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, a partir de cada realidade/necessidade local e regional, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o

cuidado. Embora em termos da legislação haja um avanço, os dados revelam que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e para o Controle Social do SUS tem se mostrado pouco exploradas e concretizadas nos municípios das regiões estudadas.

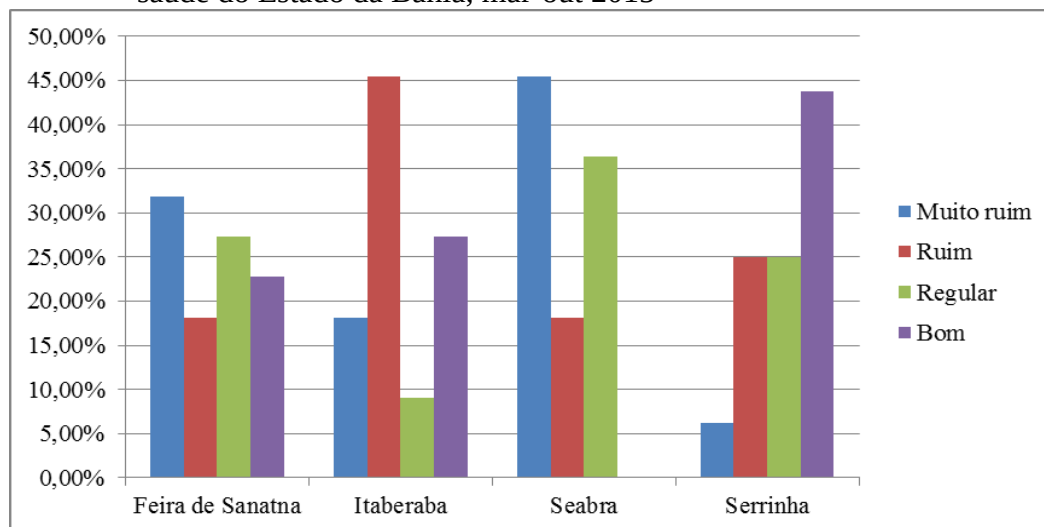
No balanço da dimensão operacional, a região de Serrinha foi quem apresentou melhor desempenho. Considerando que esta dimensão reflete a capacidade de executar as ações planejadas e decididas na dimensão organizacional, atrela-se este bom desempenho às condições favoráveis dos recursos operacionais, físicos e humanos.

No gráfico 2 pode se verificar que na região de Serrinha 43,7% dos municípios desta região tiveram o conceito bom. O que chama atenção nesta região é que muitos dos secretários referiram ter entre 76 e 100% de trabalhadores efetivos compondo a Secretaria Municipal de Saúde dos municípios. O que comprova que a baixa rotatividade, reflete numa menor interrupção das ações e uma capacidade melhor de manter as decisões tomadas. Sobre a mobilização dos profissionais de saúde 40,0% dos secretários de saúde dos municípios da região de Serrinha referiram acontecer após avaliações de desempenho. Diante dessas informações, pode-se inferir que os critérios técnicos, nessa região, prevaleçam. Porém quando se trata do PCCV, 75% dos secretários responderam não existir.

A região de Itaberaba, conforme expresso no gráfico 2, obteve um desempenho ruim na dimensão operacional. Apesar dos municípios terem um percentual entre 51 e 75% de trabalhadores efetivos vinculados à Secretaria de Saúde, 100% não contempla o PCCV. Além disso 60% mobiliza os profissionais apenas em situações de férias, licenças e/ou afastamentos. Sobre o programa de educação permanente a maioria dos gestores indicaram não possuir.

A regiões de Feira de Santana e Seabra tiveram respectivamente 31,8% e 45,4% de municípios com desempenho muito ruim (gráfico 2). Chama atenção em Feira de Santana que a maioria dos secretários de saúde refiram ter somente entre 26 e 50% de profissionais efetivos vinculados à Secretaria de Saúde, além de 81,8% dos gestores informarem não existir o PCCV para os servidores municipais da saúde. Já em Seabra o que chama atenção é que apesar de os secretários de saúde em sua maioria referirem existir o programa de educação permanente, quando se trata da temática, os mesmos abordaram atualizações de portarias e resoluções, que apesar de importante não traz reflexões críticas a partir de situações vivenciadas.

Gráfico 2 Capacidade de gestão segundo a dimensão operacional em regiões de saúde do Estado da Bahia, mar-out 2015



FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

O modelo teórico da dimensão operacional revela a partir desses resultados a forte influência do perfil dos profissionais na execução das ações, dado que a efetivação e as avaliações de desempenho garantem a existência de equipes de trabalhadores que reforçam a autonomia na tomada de decisão sem interferências político partidárias.

4.5 LINHA DE BASE AVALIATIVA SEGUNDO DIMENSÃO DE SUSTENTABILIDADE: CAPACIDADE DE SUSTENTAR OS RESULTADOS

A dimensão da sustentabilidade traduz a capacidade da organização em manter parcerias e alianças para sustentar as decisões e projetos. As variáveis e indicadores selecionados buscam captar informações sobre o acompanhamento e avaliação dos resultados, a difusão de informações, as parcerias e alianças estabelecidas, além da existência de canais de ouvidoria para uso dos trabalhadores e usuários (SANTOS, 2010).

Os diversos tipos de parcerias e alianças amplia a legitimidade da gestão na execução dos serviços, o que agrega valor à capacidade de sustentar os resultados de gestão. Esta é uma estratégia importante, pois a busca de apoio para execução de projetos amplia o poder político.

Nesse aspecto destaca-se que a maioria dos secretários de saúde dos municípios da região de Feira de Santana (50,0%), da região de Seabra (50,0%) e da região de Serrinha

(53,3%) referiram que além da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Ministério da Saúde (MS), estabelecem parcerias com outros setores públicos municipais (tabela 25).

Entre os parceiros mais citados por estes municípios destaca-se a Secretaria Municipal de Meio Ambiente e a Secretaria Municipal de Educação. Já na região de Itaberaba, 42,9% dos secretários de saúde informaram que estabelecem parcerias e alianças com setores privados. Isto evidencia que existe um grau considerável de incorporação da iniciativa privada ao SUS, conforme aponta Paim (2007).

Embora muitos gestores consideram que a gestão privada possui melhor capacidade de resolver problemas, concorda-se com Santos (2014a) que a inserção dessa iniciativa privada pode fragilizar o SUS, pois havendo o sub financiamento da saúde leva-se a redução da capacidade técnica dos servidores e não há parcerias. Logo não é o setor privado que apoia o público e sim a gestão pública que vira refém do capital privado e consequentemente há enfraquecimento do poder administrativo do gestor e diminuição do seu poder político.

Tabela 25 Tipos de parcerias e alianças* estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Outras Secretarias públicas municipais		Instituições privadas		Outros municípios		Nenhuma parceria	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	8	50,0	1	6,3	2	12,5	5	31,3
Itaberaba	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,8
Seabra	5	50,0	3	30,0	1	10,0	1	10,0
Serrinha	8	53,3	11	6,7	2	13,3	4	26,7
Total	22	45,8	8	16,7	6	12,5	12	25,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

*Exceto DIRES/SESAB e Ministério da Saúde

Também chama a atenção que 25,0% dos municípios responderam não buscar parcerias. A região de Feira de Santana e a região de Serrinha tiveram 31,3% e 26,7% respectivamente, dos secretários de saúde que informaram não ter parceiros. A partir desses resultados constata-se que ainda é bastante tímida a articulação inter setorial e a busca por parcerias, o que demonstra um enfraquecido compartilhamento da gestão, e por consequência pouca participação social no campo da saúde.

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de processos, ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas

de saúde das comunidades e a tomada de decisão consciente, eficiente e eficaz por parte dos gestores. O monitoramento e avaliação devem ocupar lugar de relevância nesse processo.

O monitoramento é uma estratégia de gestão para acompanhar informações prioritárias, as quais trarão projeções de resolutividade, ou não, das intervenções adotadas, além de ser um importante meio de tomada de decisões. A avaliação expande as medidas e a verificação do monitoramento para determinar valores e méritos de programas e políticas (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007).

O monitoramento verifica, é pontual. Já a avaliação amplia a compreensão sobre o avaliado. Ambos se diferenciam pela complexidade das análises que realizam. A avaliação requer maior rigor no uso de procedimentos metodológicos, na busca de evidências com credibilidade para se fazer um julgamento da intervenção (PINTO; GERHARDT, 2012).

A maior frequência de avaliações e monitoramento de indicadores pelas equipes aponta para uma gestão por resultados. Se os indicadores forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico com frequência, estes constituem uma ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde.

A tabela 26 traz os resultados sobre a periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes. Na região de Feira de Santana 50% dos secretários que responderam a esta variável referiram realizar o acompanhamento mensalmente. Assim como também na região de Serrinha a maioria (64,3%) dos secretários de saúde informaram verificar os indicadores e avaliar os resultados.

A região de Itaberaba chama atenção por apresentar 45,5% dos secretários que não tem regularidade do monitoramento e avaliação. Já na região de Seabra 45,5% dos gestores máximos fazem o acompanhamento dos indicadores e a avaliação dos resultados semestralmente; enquanto nenhum município referiu realizar esta atividade mensalmente.

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços, que não são utilizadas na análise da situação de saúde por 17,2% dos secretários das regiões estudadas. Neste contexto de análise concorda-se com Campos, Faria e Santos (2010) que a incorporação da avaliação regular como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para o planejamento e a definição de estratégias de intervenção.

Apesar de se reconhecerem avanços em direção ao fortalecimento de processos de monitoramento e avaliação no SUS, já que foram 37,9% dos secretários realizando a atividade; reflete-se com Campos Faria e Santos (2010) que uma das maiores dificuldades para se imprimir a avaliação enquanto cultura de gestão está relacionada com a lógica de

programas verticalizados, não participativos e à demanda de capacitação técnica dos profissionais de saúde para atuarem nessa função.

Tabela 26 Periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não há regularidade		Anualmente		Semestralmente		Quadrimestral		Mensalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	1	4,5	3	13,6	7	31,8	0	0	11	50,0
Itaberaba	5	45,5	2	18,2	2	18,2	0	0	2	18,2
Seabra	4	36,4	1	9,1	5	45,5	1	9,1	0	0
Serrinha	0	0	2	14,3	2	14,3	1	7,1	9	64,3
Total	10	17,2	8	13,8	16	27,6	2	3,4	22	37,9

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Entende-se que os dados coletados necessitam de interpretação e entendimento para gerar uma informação. Neste sentido, a forma de avaliação, o fornecimento de dados, o julgamento e tomada de decisões em torno do objeto avaliado, torna-se efetivamente um dispositivo de mudança se for desenvolvido com competência e responsabilidade pelos gestores junto às equipes.

Além do monitoramento de indicadores e da avaliação, o fato de participar na elaboração do orçamento municipal também denota um maior envolvimento do gestor da saúde nas questões relacionadas à alocação dos recursos financeiros no setor.

O orçamento público se constitui em um instrumento de planejamento econômico, financeiro e administrativo, contribuindo dessa forma para que a administração pública possa cumprir com sua finalidade, que é a satisfação das necessidades públicas, inter-relacionando com o processo orçamentário e o controle das finanças (PIOLA, 2013). Villani e Bezerra (2013) ainda reforçam que o orçamento é mais que uma consolidação de planos físicos e de recursos das mais variadas naturezas; é um instrumento de organização do trabalho.

Neste sentido, é possível utilizar o orçamento como meio de descentralização administrativa, de delegação de competência e de apuração de responsabilidades, não só da organização, mas também dos gestores, de modo que a sua aprovação signifique a autorização para a ação e, concomitantemente, o início do processo de controle (VILLANI; BEZERRA, 2013).

Na região de Feira de Santana 72,7% dos gestores pesquisados afirmaram participar da elaboração do Orçamento anual do Município. Assim também acontece nas regiões de

Itaberaba com 81,8%, de Seabra com 72,7% e de Serrinha com 68,8% em que os secretários de saúde informaram participar da elaboração do Orçamento anual (tabela 27). O que contradiz o observado em pesquisa feita por Santos e Giovanella (2014) que apesar de o orçamento municipal ser um exercício de participação e discussão entre os setores da administração pública municipal, ainda ocorre muita centralização de decisões por parte do prefeito, o que ocasiona pouca participação dos secretários de saúde nesta área.

Tabela 27 Participação dos secretários municipais de saúde na elaboração do orçamento anual do município de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim	
	N	%	N	%
Feira de Santana	6	27,3	16	72,7
Itaberaba	2	18,2	9	81,8
Seabra	3	27,3	8	72,7
Serrinha	5	31,3	11	68,8
Total	16	26,7	44	73,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A participação do secretário de saúde na elaboração do orçamento anual do município é evidenciada no momento da alocação dos recursos conforme as necessidades da população. Através do Orçamento Participativo, as demandas e necessidades específicas da saúde são contempladas no quadro geral de despesas e receitas do município.

Pode ser visto na tabela 28 que na região de Feira de Santana 33,3% dos secretários informaram participar da elaboração do orçamento do município através da avaliação das necessidades em saúde da população do município, e 33,3% participa realizando reuniões com coordenações, assessoria e contabilidade. Esta última é a forma que a maioria dos secretários de saúde das regiões de Itaberaba (60,0%), Seabra (42,9%) e Serrinha (40,0%) mencionaram participar na elaboração do orçamento do município.

A elaboração do Plano Plurianual (PPA) é uma forma de participação que também foi citada por secretários de saúde de todas as regiões (11,8%) na elaboração do orçamento anual. O ciclo orçamentário é um processo dinâmico e contínuo, que tem início com a elaboração do PPA e se encerra com o julgamento da última prestação de contas do Poder Executivo pelo Poder Legislativo. O PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) são três leis que regem o ciclo orçamentário, formam um sistema integrado de planejamento e orçamento, reconhecido na Constituição Federal, que deve ser adotado pelos municípios (BRASIL, 2006).

Tabela 28 Forma de participação dos secretários municipais de saúde na elaboração do orçamento anual do município de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Discussões com o Legislativo e Executivo		Avaliando as necessidades em saúde da população		Reuniões com coordenações, assessoria e contabilidade		Elaboração do Plano Plurianual		Apresentação dos dados da saúde	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	2	16,7	4	33,3	4	33,3	2	16,7	0	0
Itaberaba	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	0	0	0
Seabra	0	0	1	14,3	4	42,9	2	28,6	1	14,3
Serrinha	4	40,0	2	20,0	4	40,0	0	0	0	0
Total	7	20,3	8	24,5	14	41,2	4	11,8	1	2,9

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

O PPA estabelece qualitativamente e quantitativamente quais serão os investimentos da administração pública na saúde. O plano define as estratégias, diretrizes e metas da administração para um período de quatro anos e é revisado, monitorado e aperfeiçoado anualmente para ser readequado à situação esperada no próximo ano (BRASIL, 2006).

Com base no PPA, o Executivo formula o Projeto de LDO, definindo prioridades e metas de governo. O Poder Executivo formula o Projeto de LOA, de acordo com o PPA e a LDO. Após a publicação da LOA, o Executivo estabelece o cronograma mensal de desembolso e a programação financeira, de acordo com as determinações da Lei de responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2006).

O recurso pode ser corretamente destinado, como o preconizado, porém como afirmam Villani e Bezerra (2013), no momento do gasto, o secretário de saúde pode não possuir autonomia para gastar no que considerar pertinente, estando essa decisão nas mãos dos prefeitos ou de outros setores da gestão municipal, fato este evidenciado nos resultados desta pesquisa na dimensão organizacional.

Assim como a elaboração do orçamento público requer planejamento, o encaminhamento de um processo licitatório também necessita de comprometimento por parte do setor requisitante. A licitação é o procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse. Para a realização do processo licitatório, é necessário que sejam respeitados alguns princípios básicos: como o princípio da legalidade, da isonomia, da impessoalidade, da moralidade, da probidade administrativa, da publicidade, da vinculação ao instrumento convocatório, entre outros (WILHELM; GASSEN BALSAN; MOURA, 2013).

Podem ocorrer atrasos na abertura dos processos licitatórios por inúmeras razões como: a especificação de um item que gera dúvidas, o valor orçado que não condiz com a realidade de mercado, a qualificação técnica exigida que confronta alguma legislação específica, entre tantos outros, principalmente um projeto inicial mal elaborado (WILHELM, GASSEN BALSAN, MOURA, 2013).

Neste sentido a participação dos gestores intermediários no planejamento das compras é fundamental para um trabalho produtivo e com redução das possibilidades de interrupção dos serviços por falta de abastecimento dos produtos necessários. O conhecimento referente à área de atuação também faz com que a gestão seja melhor conduzida e os recursos gastos adequadamente, minimizando assim, falhas na administração do Setor.

Sobre a existência de reuniões sistemáticas entre secretário municipal de saúde e coordenadores, ou seja, gestores intermediários, para o planejamento das licitações; 73,3% dos municípios em todas as regiões de saúde, afirmaram ter reuniões sistemáticas (tabela 29).

Tabela 29 Existência de reuniões sistemáticas entre secretário e coordenações para o planejamento de licitações de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim	
	N	%	N	%
Feira de Santana	7	31,8	15	68,2
Itaberaba	5	45,5	6	54,5
Seabra	2	18,2	9	81,8
Serrinha	2	12,5	14	87,5
Total	16	26,7	44	73,3

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A região de Feira de Santana obteve 68,2% dos municípios que informaram ter reuniões sistemáticas. A região de Itaberaba teve 45,5% de municípios que não realizam as reuniões sistemáticas para o planejamento das licitações. Enquanto as regiões de Seabra e Serrinha tiveram números expressivos de secretários, 81,8% e 87,5% respectivamente, que fazem as reuniões sistemáticas.

É visto então que os municípios na sua maioria, de todas as regiões e principalmente da região de Serrinha mantém um fluxo de planejamento necessário para o processo de licitação. Isto garante a aquisição de produtos com qualidade em tempo hábil e com valores dentro do orçamento da saúde, e garante ao secretário de saúde prosseguir as ações desenvolvidas e assegurar os resultados.

Dos municípios que afirmaram existir reuniões sistemáticas, foi solicitado mencionar sobre a frequência desse evento. Do total de 44 municípios que afirmaram existir reuniões, apenas 31 descreveram a frequência. A região de Serrinha 54%, o que corresponde a maioria afirmou ter mensalmente essas reuniões (tabela 30). O que permite refletir uma melhor situação de sustentabilidade dos resultados e consequentemente uma maior autonomia no processo decisório pela maior frequência de discussões entre as partes interessadas.

A região de Feira de Santana apresentou 30,0% dos municípios que responderam realizar mensalmente as reuniões com os gestores intermediários. A maior parte (40,0%) dos municípios da região de Feira de Santana realizam as reuniões anualmente. Assim como também na região de Itaberaba onde 66,7% dos secretários de saúde informaram ter uma frequência anual para as reuniões sistemáticas com os coordenadores. A situação da insuficiência dos recursos, mesmo com a aprovação da EC 29, que apesar de necessária, não resolve o problema; pode ser a justificativa para a existência de reuniões com intervalos largos e consequente planejamento frágil da gestão máxima da saúde em relação às licitações junto aos gestores intermediários (SILVA, 2007).

Tabela 30 Frequência das reuniões sistêmicas entre o secretário de saúde e os coordenadores para o planejamento das licitações de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Mensal		Bimestral		Semestral		Anual	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	8	50,0	1	6,3	2	12,5	5	31,3
Itaberaba	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,8
Seabra	5	50,0	3	30,0	1	10,0	1	10,0
Serrinha	8	53,3	11	6,7	2	13,3	4	26,7
Total	22	45,8	8	16,7	6	12,5	12	25,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Já na região de Seabra, conforme tabela 30, houve secretários que responderam que realizam as reuniões sistemáticas para o planejamento das licitações com os gestores intermediários: mensalmente (28,6%), bimestralmente (28,6%), semestralmente (14,3%) e anualmente (28,6%).

Atualmente os processos licitatórios estão cada vez mais escassos. Isto porque como afirma Wilhelm, Gassen Balsan e Moura (2013), a lógica de empresariamento da saúde vem crescendo e com isso o processo de licitação para a compra de material, vem acontecendo por muitas vezes diretamente com os fornecedores. Isto talvez justifique o fato das reuniões para o

planejamento das licitações com os gestores intermediários terem uma frequência maior de tempo.

Por força da Lei n. 4320, de 1964, o Fundo Municipal de Saúde deve manter em separado, registros contábeis dos atos afetos à gestão dos recursos que lhe são destinados. Os registros contábeis do fundo deverão ser consolidados aos do Executivo municipal para subsidiar os sistemas de gestão fiscal, acompanhamento da execução orçamentária e prestação de contas anual de responsabilidade do chefe do Poder Executivo municipal (BRASIL, 2007).

Apesar da não obrigatoriedade de ter uma equipe de apoio contábil específica para a Secretaria Municipal de Saúde, a existência desta facilita o acompanhamento dos recursos e sua destinação. Pensa-se que ter uma equipe de apoio jurídico específica da saúde sustenta a agilidade e precisão das respostas às demandas judiciais, já que a cada ano a judicialização ganha proporções que comprometem o planejamento, pois é uma despesa fora da previsão, sendo assim um grande entrave no custeio da Saúde Pública.

A maior parte (68,3%) dos municípios referiram não ter assessoria jurídica e equipe de contabilidade específica para as demandas da Secretaria da Saúde e para o acompanhamento do fundo municipal de saúde. Como é visto na tabela 31, a região de Itaberaba é a região que mais apresenta municípios com estes setores específicos para a saúde (45,5%); o que pode refletir numa melhor aplicação das receitas orçamentárias vinculadas ao Fundo Municipal de Saúde prevista e autorizada na LOA.

Tabela 31 Existência de equipe jurídica e de contabilidade exclusiva para a Secretaria Municipal de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não		Sim	
	N	%	N	%
Feira de Santana	15	68,2	7	31,8
Itaberaba	6	54,5	5	45,5
Seabra	8	72,7	3	27,3
Serrinha	12	75,0	4	25,0
Total	41	68,3	19	31,7

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Sobre os secretários que referiram ter equipe contábil e jurídica específica, foram: 31,8% na região de Feira de Santana, 27,3% na região de Seabra, 25,0% na região de Serrinha. Ainda são poucos municípios que apresentam a clareza da movimentação dos recursos na contabilidade do município e agilidade nas demandas jurídicas.

Conforme Santos (2014a) uma das formas que a gestora máxima de saúde pode obter apoio para a resolução dos problemas é o diálogo com o poder Legislativo, através da participação propositiva nas discussões da câmara, pois garantirá maior visibilidade para as propostas da Secretaria Municipal de Saúde, somando forças e ampliando o seu poder político.

A relação com o legislativo possui várias áreas de negociação e definições políticas. Entre elas o orçamento municipal, que tem como base o plano plurianual e o plano municipal de saúde. A cada ano, é desejável que os gestores da saúde participem da elaboração da lei orçamentária municipal, em seu componente específico e considerando as necessidades inter-setoriais que podem ser determinantes do processo saúde-doença.

No entanto ainda são poucos gestores que acompanham com regularidade as discussões do Legislativo. A região de Serrinha tem proporcionalmente a maior concentração (18,8%) de secretários de saúde que sempre ou quase sempre participa das discussões. Na região de Seabra 54,5% dos gestores referiram participar poucas vezes. Já na região de Itaberaba 36,4% afirmaram participar poucas vezes e 36,4% referiram não participar. Já na região de Feira de Santana, a maioria (31,8%) dos secretários de saúde não participam (tabela 32).

Tabela 32 Frequência de participação dos secretários municipais de saúde nas discussões da câmara de vereadores de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Não participação		Raramente		Poucas vezes		Muitas vezes		Sempre ou quase sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	7	31,8	5	22,7	4	18,2	5	22,7	1	4,5
Itaberaba	4	36,4	2	18,2	4	36,4	1	9,1	0	0
Seabra	0	0	5	45,5	6	54,5	0	0	0	0
Serrinha	1	6,3	6	37,5	5	31,3	1	6,3	3	18,8
Total	12	20,0	18	30,0	19	31,7	7	11,7	4	6,7

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Mesmo com a existência de ação de improbidade administrativa por parte do legislativo diante o descumprimento da norma que determina que o gestor municipal deve prestar contas perante o Conselho Municipal de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal a cada trimestre, 31,8% e 36,4% dos secretários de saúde respectivamente das regiões de Feira de Santana e de Itaberaba referiram não participar das discussões da Câmara de Vereadores.

Concorda-se com Santos e Giovanella (2014) que a baixa autonomia dos gestores da saúde em relação ao poder executivo municipal também representa uma barreira para fortalecimento e sustentação das decisões colegiadas, que, somadas às assimetrias de poder técnico e político, atrela as deliberações ao critério político-partidário acima do técnico; e assim desmotiva os secretários para participarem das discussões.

Além do Conselho Municipal de saúde e da Câmara de Vereadores, a Comissão Intergestores Regional (CIR) é um espaço político relevante para o processo de gestão do SUS. As comissões intergestores regionais são instâncias de articulação dos gestores municipais, que devem propor, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Na região de Feira de Santana apenas 01 secretário de saúde mencionou participar raramente das discussões nas reuniões da CIR, enquanto a maioria (63,6%) refere participar sempre ou quase sempre. Na região de Itaberaba 72,7% participam sempre ou quase sempre, assim como 72,7% dos secretários da região de Seabra e 75,0% dos gestores da região de Serrinha (tabela 33). Os dados revelam que a maioria entende a importância da participação das reuniões da CIR e de fomentar discussões junto aos outros municípios; no intuito de alcançar e fortalecer, metas e resultados.

Tabela 33 Frequência de participação dos secretários municipais de saúde nas reuniões da CIR de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia. Feira de Santana, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Raramente		Poucas vezes		Muitas vezes		Sempre ou quase sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	1	4,5	0	0	7	31,8	14	63,6
Itaberaba	0	0	1	9,1	3	18,2	8	72,7
Seabra	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7
Serrinha	0	0	1	6,3	3	18,8	12	75,0
Total	1	1,7	2	3,3	15	25,0	42	70,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

É evidente que o encontro entre gestores nas reuniões da CIR é reconhecido como importante na construção das políticas de saúde no âmbito regional e municipal, confrontando com os problemas cotidianos que perpassam a assistência à saúde. Porém o estudo de Santos e Giovanella (2014) demonstrou que a os debates na CIR de uma região de saúde da Bahia eram abreviados para caber no curto espaço de tempo destinado às reuniões, e que os gestores

se dispersavam frequentemente, retornando à plenária para os momentos de aprovação e homologação de projetos, sem a perspectiva de planejamento ou avaliação regional.

Neste estudo, durante a coleta de dados, foi evidenciado que nove municípios não contaram com a presença do Secretário Municipal de Saúde para a deliberação na CIR. Fato esse já relatado anteriormente. Ainda foi evidenciado verbalizações a interferência política e baixa autonomia dos secretários refletindo fragilidade do processo decisório no colegiado. Poucos são os secretários de saúde responsáveis pela gestão financeira da saúde em seus municípios e, por isso, não conseguem definir as políticas locais de saúde sem a anuência prévia dos prefeitos, como já foi dito na dimensão organizacional.

Concorda-se com Santos e Giovanella (2014) que tais questões se agravam quando há o despreparo dos secretários de saúde, pois são cargos de confiança e nem sempre associados à competência técnica. Viana (2015) também chama a atenção para esta questão; e Medeiros et al. (2017) ainda complementa que ocorre pouca implicação nos processos de discussão e proposição de ações de enfrentamento aos problemas e uma rede apenas se concretiza na medida em que haja atores políticos comprometidos com sua efetividade.

Com o processo de descentralização, os municípios assumiram grande parte das responsabilidades previstas e os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde e hoje ocupam um importante papel no seu financiamento. O crescente compartilhamento do financiamento do SUS e o avanço na regulamentação das transferências demandaram a criação de um sistema de informação que possibilitasse a coleta, o processamento e a divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde nos três níveis de gestão (MEDEIROS et al., 2017).

No ano de 1999, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), caracterizado como um instrumento fundamental para o acompanhamento da receita e despesa em saúde, permitindo analisar, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde. E em 2000 a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Pela regra de transição, os municípios deveriam alocar, em 2000, pelo menos 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, devendo este percentual aumentar gradativamente até atingir 15% em 2004 (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Na região de Feira de Santana e na região de Seabra a maior parte dos secretários de saúde, respectivamente 68,2% e 54,5% tem mais de 18% dos recursos próprios aplicados nas ações de saúde durante sua gestão. Já na região de Itaberaba a maioria (54,5%) dos gestores informaram um percentual de 15 a 18% dos recursos próprios aplicados em ações de saúde. Na região de Serrinha 50,0% dos secretários tem mais de 18% dos recursos próprios aplicados nas ações de saúde durante sua gestão e 50% tem um percentual de 15 a 18% dos recursos próprios aplicados; conforme tabela 34.

Tabela 34 Percentual dos recursos financeiros próprios aplicados em ações de saúde durante a gestão dos secretários municipais de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado da Bahia, mar – out 2015.

Regiões de saúde	Menos de 15%		De 15% a 18%		Mais de 18%	
	N	%	N	%	N	%
Feira de Santana	1	4,5	6	27,3	15	68,2
Itaberaba	1	9,1	6	54,5	4	36,4
Seabra	1	9,1	4	36,4	6	54,5
Serrinha	0	0	8	50,0	8	50,0
Total	3	5,0	24	40,0	33	55,0

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Analisando a média percentual de recursos próprios aplicados em saúde segundo os estudos de Campelli e Calvo (2007) pelas informações existentes no SIOPS mostra que pelo total dos municípios no ano 2000 foi de 13,67%, já em 2001 foi de 14,82%, aumentando para 16,54% em 2002, e para 17,4% em 2003; ou seja, os percentuais são superiores aos mínimos recomendados pela Constituição Federal com a introdução da EC 29.

Esse aumento de percentual de recursos próprios, justifica-se principalmente pelo subfinanciamento federal, que lança os projetos, porém deixa de assumir suas responsabilidades e transfere para os municípios, tendo este que arcar com os custos, como observou Santos (2014a) em seu estudo.

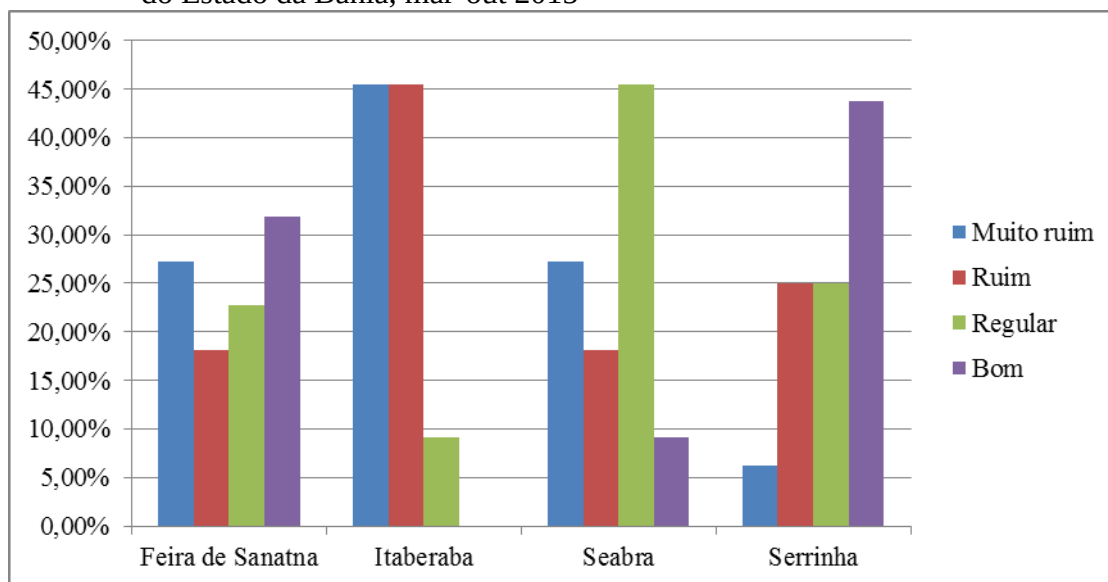
A descentralização deveria possibilitar a transferência de poder administrativo, político e financeiro; porém tanto o poder decisório quanto o financiamento encontram-se centrado no âmbito federal. Quanto mais investimento municipal na saúde, maior o poder administrativo, porém se não há incentivo financeiro federal, existe grande possibilidade de descontinuidade do programa.

No balanço da dimensão de sustentabilidade, a região de Serrinha foi quem novamente apresentou melhor desempenho com 43,7% dos municípios com conceito bom.

Nesta dimensão é avaliada a capacidade de manter alianças e parcerias com o objetivo de sustentar as decisões e projetos.

A região de Serrinha obteve destaque no item sobre a periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes, pois 64,3% dos secretários municipais de saúde responderam executar esta atividade mensalmente. Isto lhe confere manter-se informado para direcionar e redirecionar suas ações de saúde, inclusive na movimentação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde. Os municípios desta região também apresentaram boa frequência nas reuniões da CIR. Também tiveram participação ativa na elaboração do orçamento anual do município.

Gráfico 3 Capacidade de gestão a dimensão de sustentabilidade em regiões de saúde do Estado da Bahia, mar-out 2015



FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

A região de Itaberaba foi a que apresentou o desempenho pior na dimensão de sustentabilidade. Chama atenção que nesta região 42,9% das parcerias e alianças são com o setor privado. O que reflete uma possível redução da capacidade administrativa, técnica e política em decorrência do possível compartilhamento da gestão com outras instituições. Além disso é preocupante a informação de que 45,5% dos secretários não tem regularidade na periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes.

A região de Seabra obteve uma avaliação regular no desempenho da dimensão de sustentabilidade. Sobre as parcerias e alianças estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde a maioria dos gestores afirmaram existir com outros setores públicos municipais, o que podem configurar fragilidade para esta iniciativa, dado que possivelmente já são parcerias

presentes pelo próprio modo de organização do sistema. A cada semestre 45,5% dos secretários de saúde realizam a avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes, ou seja, os resultados podem refletir uma certa centralização das informações e decisões na figura do secretário de saúde ou do prefeito.

A região de Feira de Santana apresentou vários conceitos na avaliação de desempenho da dimensão de sustentabilidade. Embora a maioria tenha se destacado com o conceito bom; a busca por parcerias e alianças ainda é incipiente, considerando que são feitas com outras secretarias municipais, ou seja parcerias institucionais já feitas. O que chamou atenção foi a periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes que acontecem mensalmente. Quando se trata da forma como o gestor participa da elaboração do orçamento anual do município, os secretários municipais de saúde da região de Feira de Santana afirmam que avaliam as necessidades da saúde da população, o que pode refletir elevação do poder técnico embora a autonomia na aplicação dos recursos se mantem centrada no poder executivo como visto na dimensão organizacional.

Logo, a dimensão de sustentabilidade revela uma capacidade de gestão para manter alianças e parcerias ainda incipiente, dado que o poder político se encontra retraído e sem formas expressivas.

4.6 ANÁLISE DA DIMENSIONALIDADE DA CAPACIDADE DE GESTÃO POR SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Ao avaliar a capacidade de gestão, a pesquisa identificou fatores que facilitam ou dificultam o alcance dos resultados da gestão, e esta atividade constitui um aspecto importante para que se entendam as nuances que podem ser percebidas como pontos fracos e fortes a serem trabalhados no próprio processo de gestão.

Importante lembrar, que para a capacidade de gestão ser plena, as dimensões consideradas no processo avaliativo conforme assinalado por Guimarães et al. (2004) e Santos (2010), devem estar em equilíbrio, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico.

A aplicação da Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi utilizada para revelar a existência de correlações entre as variáveis e dimensões subjacentes a elas. Segundo Hair et al. (2009) na análise fatorial, as variáveis estatísticas (fatores) são formadas para maximizar seu poder de explicação do conjunto inteiro de variáveis, e não para prever uma (s) variável

(eis) dependente(s). Hair et al. (2009) ainda acrescenta que é uma técnica de interdependência na qual todas as variáveis são simultaneamente consideradas, uma relacionada com todas as outras.

Em outras palavras a análise fatorial como define Damasio (2012) serve para combinar variáveis para criar novos fatores, os chamados fatores latentes. Segundo os mesmos autores o que se pretende com a análise fatorial é a identificação de possíveis associações entre variáveis observáveis, de modo a se definir a existência de um fato comum entre elas, ou seja, identificação de fatores ou constructos subjacentes às variáveis observacionais, o que sem dúvida contribui para facilitar sobremaneira a interpretação dos dados das variáveis.

Damasio (2012) ainda reforça que a análise do fator comum é explicada a partir do agrupamento em função de suas correlações. Isto significa que as variáveis que compõem um determinado fator devem ser altamente correlacionadas entre si e francamente correlacionadas com as variáveis que entram na composição do outro fator.

O primeiro passo durante a implementação de AFE é observar se a matriz de dados é passível de fatoração, isto é, analisar se os dados podem ser submetidos ao processo de análise fatorial (HAIR et al, 2009). Para tanto, foram realizados o critério de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO); e o Teste de Esfericidade de Bartlett.

O índice de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra, é um teste estatístico que sugere a proporção de variância dos itens que pode estar sendo explicada por uma variável latente, ou seja, indica o quão adequado é a aplicação da AFE para o conjunto de dados (HAIR et al., 2009).

Pela realização destes testes, constata-se a indicação da fatorabilidade dos dados para as variáveis utilizadas. Obteve-se uma medida de KMO igual a 0,57 que indica uma adequação razoável dos dados à análise fatorial segundo Hair et al. (2009). O valor encontrado de KMO pode estar relacionado ao tamanho da amostra, que apesar de haver diversas diretrizes apontando regras gerais sobre o tamanho mínimo necessário de amostra para a obtenção de uma estrutura fatorial estável, Filho e Junior (2010) traz discussões a respeito dessa regra e colocam que não há experimentos que corroborassem ou refutassem estas informações.

O teste de esfericidade de Bartlett, por sua vez, avalia em que medida a matriz de (co) variância é similar a uma matriz-identidade (os elementos da diagonal principal têm valor igual a um, e os demais elementos da matriz são aproximadamente zero, ou seja, não apresentam correlações entre si (HAIR et al., 2009). O nível de significância do teste de

Esfericidade de Bartlett foi menor que 0,05 o que indica que a matriz é fatorável, rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade.

Após a verificação da adequação da análise fatorial, efetuou-se a identificação das comunalidades apresentadas em cada uma das questões constituintes do instrumento de pesquisa. Para determinar o número de fatores, foram utilizados como critérios: valor dos *eigenvalues*; valor da carga fatorial; e existência de significado ou semelhança semântica entre as variáveis agrupadas em um mesmo fator (FIGUEREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2012).

O critério de Kaiser-Guttman, mais conhecido como *eigenvalue*, sugere que devem ser extraídos apenas os fatores com valor acima de um. Isso porque se o fator apresenta baixo *eigenvalue*, ele está contribuindo pouco para explicar a variância nas variáveis originais (PEREIRA, 2004). Tal critério propõe uma avaliação rápida e objetiva do número de fatores a ser retido. A lógica por trás do critério de Kaiser-Guttman é simples: cada fator retido apresenta um *eigenvalue* que se refere ao total de variância explicada por este fator.

Nesta etapa de extração dos fatores, obteve-se 3 fatores com autovalores (*eigenvalues*) maiores que 1,0. A Tabela 35 mostra a variância explicada e o critério do autovalor (*Eigenvalue* > 1) com 03 fatores que explicam, em conjunto: 83,87% da variância; valor considerado acima do indicado por Pereira (2004). Observou-se que o Fator 1, representou a maior parte dessa variância (37,9%); seguido do fator 2 (28,9%) e do fator 3 (17,0%). Os fatores 1, 2 e 3 foram nomeados respectivamente de Organizacional, Operacional e de Sustentabilidade.

Foi utilizada a rotação Varimax, que é um método ortogonal que simplifica a interpretação e fornece uma separação mais clara dos fatores; visto que muitas vezes as variáveis analisadas podem apresentar cargas fatoriais elevadas em mais de um fator. Pereira (2004) define que o tipo de rotação ortogonal Varimax procura minimizar o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator.

Das 35 variáveis/indicadores contempladas dentro das dimensões no questionário, verificou-se, ao final, que 12 foram apresentadas. Adotou-se carga fatorial > 0,40 como limite aceitável, o que significa as que melhor expressaram o fator (construto) extraído.

A carga fatorial produzida para cada variável, indica, em porcentagem, quanta covariância existe entre o fator e o item. Depois da rotação ortogonal, a carga fatorial pode ser interpretada como a correlação entre uma variável e o fator. Quando uma variável não tem uma carga fatorial substancialmente alta em nenhum dos fatores, esta pode ser excluída (HAIR et al., 2009). Na análise foram excluídos 23 itens, que tiveram carga fatorial < 0,40.

Tabela 35 Distribuição da variância explicada segundo fatores da capacidade de gestão, Feira de Santana, 2015.

Fatores	Eigenvalue	Diferença	Proporção	Cumulativo
Fatores 1	2.37973	0.56355	0.3791	0.3791
Fatores 2	1.81618	0.74748	0.2893	0.6685
Fatores 3	1.06871	0.21211	0.1703	0.8387
Fatores 4	0.85659	0.28163	0.1365	0.9752
Fatores 5	0.57497	0.17393	0.0916	1.0668
Fatores 6	0.40104	0.09861	0.0639	1.1307
Fatores 7	0.30243	0.16018	0.0482	1.1789
Fatores 8	0.14225	0.05231	0.0227	1.2015
Fatores 9	0.08994	0.09146	0.0143	1.2159
Fatores 10	-0.00152	0.09115	-0.0002	1.2156
Fatores 11	-0.09267	0.07476	-0.0148	1.2009
Fatores 12	-0.16743	0.03463	-0.0267	1.1742
Fatores 13	-0.20206	0.06867	-0.0322	1.1420
Fatores 14	-0.27073	0.02904	-0.0431	1.0989
Fatores 15	-0.29978	0.02098	-0.0478	1.0511
Fatores 16	-0.32075	-	-0.0511	1.0000

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

O fator 1 agrupou cinco itens com carga $> 0,40$; sendo que dois itens, antes pertenciam predominantemente a dimensão de sustentabilidade; houve neste fator cargas elevadas, as quais demonstraram uma boa relação desses itens com seu fator. O fator 2 agrupou quatro itens, e todos apresentaram valores aceitáveis de carga fatorial. Neste fator tiveram dois itens que pertenciam as dimensões de Organização. O fator 3 agrupou três itens com carga $> 0,40$ que já pertenciam à dimensão de sustentabilidade,

A síntese destas informações pode ser melhor visualizada na tabela 36.

Tabela 36 Análise Fatorial Exploratória da capacidade de gestão de regiões de saúde do estado da Bahia para 3 fatores, Feira de Santana, 2015.

Variáveis	Fatores			Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
Qual a formação acadêmica?	0,715	-	-	0,425
Se possui pós graduação na área de gestão ou saúde pública?	0,592	-	-	0,633
Se possui experiência prévia com cargos de chefia, incluindo como secretário de saúde?	-	0,576	-	0,612
Se existe interferência externa no processo de aplicação dos recursos do Fundo Municipal de saúde?	0,470	-	-	0,755
Qual a frequência que acompanha os repasses financeiros fundo a fundo, assim como as movimentações bancárias?	-	0,605	-	0,550
Qual o percentual de trabalhadores efetivos vinculados à Secretaria de Saúde?	-	0,515	-	0,652
Há participação ativa dos espaços de discussão como por exemplo: Conselhos, Conferências, elaboração do Plano Municipal?	-	0,495	-	0,651
Qual a periodicidade de avaliação dos resultados e monitoramento de indicadores?	-	-	0,673	0,538
Existem reuniões sistemáticas entre secretário e gestores intermediários para o planejamento das licitações?	-	-	0,418	0,818
Qual a frequência de participação do secretário nas discussões da Câmara de Vereadores?	-	-	0,664	0,527
Qual a frequência de participação do secretário nas reuniões da CIR?	0,484	-	-	0,645
Qual o percentual de aplicação dos recursos financeiros próprios em ações de saúde?	0,410	-	-	0,732
<i>Eigenvalues</i> (auto-valor)	2,37	1,81	1,06	-
% de variância explicada pelo fator	38,0	29,0	17,0	
Total variância explicada (%)	83,8			
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin	0,57			

FONTE: Banco de dados do Projeto Avaliação do Processo de Gestão por Secretários Municipais de Saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia, Feira de Santana/Bahia, 2015.

Método de extração: análises de fatores / Método de rotação: varimax

Significante para o modelo: cargas fatoriais maiores que 0,40

O Fator 1 denominado “Organizacional”, está composto por 5 variáveis que remete a preparação dos gestores para direcionar as ações de saúde. A nomenclatura dada a esse fator se deve ao fato de que a organização é toda a estrutura que permite o processo de tomada de decisões. São itens que contribuem e ordenam o planejamento do complexo caminho da tomada de decisões para direcionar a execução das atividades.

Foram agrupados no Fator Organizacional os itens: 1) Formação acadêmica do secretário de saúde, 2) Capacitação formal ou pós graduação do secretário de saúde na área de gestão, administração ou saúde pública, 3) A existência de interferências externas no processo de execução dos investimentos da saúde, 4) A participação do secretário nas reuniões da

Comissão Intergestora Regional (CIR) fomentando as discussões junto aos outros municípios e 5) O percentual investido de recursos financeiros próprios em ações de saúde.

A carga fatorial de 0,71 conferiu ao item Formação Acadêmica do secretário de saúde sua representação bem adequada ao Fator Organizacional. O resultado da formação acadêmica de um sujeito gestor na saúde deve ser da busca pela capacidade de produzir mudanças no cotidiano da vida das pessoas. Batista e Gonçalves (2011) reforça ainda que o processo de formação e o papel social dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, contribuem para que possam assumir seu papel de articulador no sistema, nos serviços e na assistência à saúde para atender às demandas da população e contribuir com a operacionalização do SUS.

Logo, considerando que no modelo teórico a dimensão organizacional tem foco no formato do processo decisório evidenciando quem e como se decide; destaca-se a importância de conhecimentos gerenciais e a mudança na forma de pensar e agir dos sujeitos. Sendo assim, provoca-se uma reflexão sobre a relação da formação desses profissionais frente aos desafios atuais da gestão em saúde e os aspectos considerados relevantes como a responsabilidade técnica, social e política e o compromisso ético com o fortalecimento do SUS, pois como Melo et al. (2016) afirma ainda persiste, a despeito de avanços reconhecidos, o modelo de formação centrado em áreas de conhecimentos especializados e no desenvolvimento de habilidades para execução de procedimentos técnicos assistenciais, sendo um desafio, inclusive na categoria dos enfermeiros, desenvolver capacidades para a tomada de decisão em cenários complexos do sistema de saúde.

Melo et al (2016) também defende que o SUS, diante da sua complexidade requer competência técnica de seus agentes. A capacitação formal ou pós-graduação do secretário de saúde na área de gestão, administração ou saúde pública apresentou agrupamento também no Fator Organizacional. Sabe-se que a atualização constante do gestor da saúde através de um processo de formação contínua que contemple a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento de suas potencialidades, se faz necessário em decorrência de permitir a que o processo decisório no contexto do SUS aconteça de forma qualificada.

Segundo Santos (2014a) o conhecimento específico nas áreas de gestão, administração ou saúde pública confere ao secretário de saúde facilidade na avaliação e na escolha das alternativas para a condução de um problema ou atividade; potencializando a gestão participativa.

Partindo do pressuposto de que a gestão participativa tende a ser mais efetiva e politicamente coerente com a proposta do SUS; o item da existência de interferências externas

no processo de execução dos investimentos da saúde também foi agrupado no Fator Organizacional, dado que para o processo de tomada de decisão é necessário haver o máximo de informações, inclusive o acompanhamento do fundo municipal de saúde, e que por muitas vezes estas responsabilidades estão centralizadas.

A centralização do processo decisório torna difícil exigir da gestão participativa a responsabilidade pelas ações implementadas. Como por exemplo do CMS que tem como uma das funções garantir o controle social e para cumprir esse objetivo precisa estar informado sobre os problemas da população e os recursos disponíveis para a saúde, também como e onde estes recursos estão sendo aplicados.

A existência de interferências externas na aplicação dos recursos do Fundo Municipal, tende a influenciar o processo de tomada de decisão do secretário de saúde. Estas informações por muitas vezes são dificultadas pelo próprio poder executivo, que domina o processo de execução dos investimentos da saúde.

O secretário de saúde quando estar melhor subsidiado por informações, tende a ter maior capacidade de influenciar uma decisão, e como já foi dito anteriormente, o processo decisório na área da saúde quando centralizado nas mãos do prefeito, terão ações impostas sem possibilitar argumentação por parte do secretário de saúde e também da população representada no Conselho; cabendo-lhe então inferir que estas ações são exercidas segundo interesses políticos e ideológicos.

O fator Organizacional agrupou ainda dois itens que, no modelo teórico, pertenciam à dimensão de sustentabilidade, isto é, “A participação do secretário nas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR) fomentando as discussões junto aos outros municípios” e “O percentual investido de recursos financeiros próprios em ações de saúde”. Ao analisar esses itens na perspectiva desse agrupamento, percebeu-se que representaram a organização por apresentarem reflexões da necessidade dessas informações para planejar as ações, ou seja ter mais assertiva no processo decisório.

A CIR é um espaço institucional deliberativo, o que lhe confere um status de governança locorregional com potencialidade de interferir nas políticas regionais por meio de seus secretários de saúde. A participação dos gestores da saúde nessas instâncias de articulação, pode garantir amplitude no acesso, possibilitando a equidade e a integralidade das ações para sua população, já que são um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, como afirma Viana, Lima e Ferreira (2010). Isto é propício e por isso um item importante do fator da Organização ao fazer parte dessa estrutura de informações do processo decisório.

Quanto mais houver participação dos secretários de saúde nas discussões da CIR, maior deverá ser o reconhecimento entre os pares e facilidade de diálogo. O potencial de negociação e pactuação dos arranjos organizativos do sistema de saúde regional, que finda na resolutividade às demandas de saúde da população apresenta-se regido por normas, conferindo legitimidade ao processo (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Nesse âmbito, cada ator tem o objetivo de atender aos seus interesses e aumentar seu poder de negociação, mediante, o aumento dos seus recursos de poder em cada contexto. Porém o grande desafio reside na necessidade de consenso entre os pares municipais que gozam de graus distintos de autonomia (técnica e política) para intervirem e produzirem políticas de saúde de caráter regional, sem que estas colidam com os interesses particulares de diferentes agentes municipais consolidados no espaço do poder local. (VIANA, 2011).

O sistema de governança se apresenta imbricado nas relações de poder entre os atores, explicitando, frequentemente, relações assimétricas devido à distribuição desigual dos recursos de poder entre os atores. O conteúdo do processo decisório envolve não somente os recursos organizacionais, mas também financeiros (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Sobre o percentual investido de recursos financeiros próprios em ações de saúde, agrupa-se ao fator da organização por observar que quanto maior o aporte de recurso financeiro próprio, maior é a capacidade de manter e ampliar as ações. O objetivo é que o gestor municipal seja capaz de gerir os serviços públicos locais, tanto administrativamente como financeiramente, com interferência mínima possível do Estado e União na tomada de decisão e com a máxima resolubilidade dos problemas de saúde da população.

Em relação ao fator 2, denominado “Operacional”, pode-se verificar foi composto por quatro variáveis que avaliam a capacidade de execução, incluindo as iniciativas da gestão para manter as condições logísticas e gerenciais da organização através da mobilização de recursos.

Foram agrupados no Fator Operacional os seguintes itens: 1) Existência de experiência prévia dos secretários de saúde em cargos de chefia, 2) Frequência de acompanhamento pelo secretário de saúde dos repasses financeiros fundo a fundo e as movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde, 3) Participação ativa dos secretários de saúde em espaços de discussão em saúde (como Conselho Municipal, Conferências Municipais, elaboração do Plano Municipal de Saúde e outros), 4) Percentual de trabalhadores efetivos existentes e vinculados à Secretaria de saúde. Dos quatro itens agrupados no fator operacional, os três primeiros pertenciam ao modelo teórico da dimensão organizacional.

Com base em Santos (2010) ter uma experiência anterior e mínima de dois anos é requisito desejável para obtenção da legitimidade técnica do gestor, na medida em que amplia a sua capacidade de decidir. Os gestores de saúde que já ocuparam outros cargos de gestão é uma informação que pode ser considerada positiva, tendo em vista o fato de que ter uma experiência anterior pode auxiliar o secretário a desenvolver melhor seu processo de gestão.

O gestor precisa estar preparado para pensar a qualidade de suas intervenções, e a experiência prévia que traz conhecimentos específicos da gestão tem sido fundamental no desenvolvimento do processo de tomada de decisões. O conhecimento pode ser usado para informar a decisão proporcionando mais condições de enfrentar problemas na implementação das políticas e ser útil à obtenção de melhores resultados em saúde.

O agrupamento do item existência de experiência prévia dos secretários de saúde em cargos de chefia, pertencente no modelo teórico à dimensão organizacional, no fator operacional se faz importante por estar relacionado à execução das ações já que se faz necessário não somente planejar, mas também viabilizar. O processo decisório não envolve somente a análise dos dados, dos processos, dos recursos, da relação custo benefício, mas também o suporte político que o gestor deve ter para a aprovação e sustentação de planos de ação.

Neste sentido é que a experiência prévia facilita a identificação de um conflito, pois cada decisão administrativa como afirma Testa (1992) tem consequência sobre os grupos sociais atingidos com tal decisão, podendo gerar conflitos e mudanças; e estas poderão viabilizar outras decisões.

A frequência de acompanhamento pelo secretário de saúde dos repasses financeiros fundo a fundo e as movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde apesar de também pertencer ao modelo teórico da dimensão organizacional, foi agrupado ao fator operacional.

A responsabilidade pela gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde é do secretário de saúde como traz a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b). Independentemente da participação de outros agentes na prática de determinados atos de administração dos recursos, remanesce para o secretário a responsabilidade primeira pela correta aplicação dos recursos e pelo alcance dos objetivos estabelecidos no Sistema Único de Saúde.

Assim ter conhecimento sobre os recursos disponíveis para a saúde, saber como aplicar e também como remanejar é fundamental para desenvolver uma boa gestão, e execução das ações. Quanto mais próximo e frequente for o acompanhamento dos repasses e as movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde mais precoce a detecção de

problemas de insuficiência de recursos, muitas vezes pelo sub financiamento; e desenvolvimento de estratégias para manutenção das ações.

O item participação ativa dos secretários de saúde em espaços de discussão em saúde (como Conselho Municipal, Conferências Municipais, elaboração do Plano Municipal de Saúde e outros) agrupa ao fator operacional por estar diretamente relacionado à formulação de estratégias e no acompanhamento da execução das ações e políticas municipais de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A presença do Secretário Municipal de saúde pode refletir nas discussões, inclusive por que como foi constatado por Santos (2014a) quando os gestores máximos não compareciam às reuniões, os trabalhadores de saúde e população também não iam mesmo sendo convocados; o que prejudicava o andamento das plenárias, assim como também as deliberações.

O Percentual de trabalhadores efetivos existentes e vinculados à Secretaria de Saúde foi o item que pertencia no modelo teórico à dimensão operacional e foi agrupado ao fator operacional. Ter um percentual de trabalhadores efetivos pode refletir influências positivas na performance do trabalho, no compromisso afetivo e na intenção de serem promovidos. Logo quanto maior este percentual, maior satisfação profissional, maior a qualidade das ações executadas, menor o cenário de interrupção dos serviços e menor contratação de terceirizados levando à precarização das condições de trabalho.

Estudos apontam diferenças na qualificação, treinamento, remuneração e benefícios entre o trabalhador terceirizado e o efetivo. Foram relatados pelos trabalhadores terceirizados trabalho em equipes reduzidas, acidentes de trabalho, alta rotatividade, excesso de trabalho e falta de treinamento (MANDARINI, ALVES, STICCA, 2016). Tudo isto gera más condições logísticas e gerenciais da organização, dificultando a execução das ações.

O Fator 3, nomeado de “Sustentabilidade” por sua vez, apresenta 3 variáveis que fazem referência a maneira como é realizada a sustentação dos resultados obtidos. Em relação a isso, Testa (1992) nomeia de poder político, e ainda afirma que na saúde cruza-se com o poder técnico e administrativo, pois quaisquer um dos dois são capazes de conferir poder político.

Foram agrupados no Fator sustentabilidade os seguintes itens: 1) A periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes, 2) Existência de reuniões sistemáticas entre secretário de saúde e coordenadores intermediários para o planejamento das licitações e 3) Participação das discussões na câmara de vereadores e sua frequência.

O fator de sustentabilidade revela as formas e estratégias de manutenção dos resultados, ou seja, como os gestores vem construindo esta capacidade de manter os resultados. O item da periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes se faz importante na permanência dos resultados dado que processos avaliativos tem o objetivo de identificação de problemas para realização de intervenções no sentido de superá-los.

É fundamental que sejam estabelecidas prioridades e negociações, assim como também é necessário que os atores envolvidos nesse processo estejam permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros).

O fato de utilizar os recursos de monitoramento e avaliação dos resultados junto às equipes permite uma articulação entre os poderes, podendo o político assumir um nível diferente do técnico e do administrativo, dado que permite ao gestor identificar e desenvolver a capacidade de mobilização. Isto reforça o que Testa (1992, p.103) afirma: “em algum momento da dinâmica do poder, os poderes técnico e administrativo ficam submersos no poder político”.

Nos estudos de Santos (2014a) foi observado que o monitoramento e a avaliação dos resultados estão voltados apenas para responder as exigências, inclusive para o recebimento dos recursos; e não é usada no desenvolvimento do processo de trabalho. Lembra-se que as informações discutidas na dimensão organizacional, as ações planejadas e executadas na dimensão operacional devem agora serem monitorados e avaliados na dimensão de sustentabilidade, possibilitando ter o fortalecimento e complementação dos poderes.

O item existência de reuniões sistemáticas entre secretário de saúde e coordenadores intermediários para o planejamento das licitações agrupado ao fator sustentabilidade tem alta relação com o item discutido anteriormente. A realização de reuniões entre o gestor máximo e os intermediários reflete numa gestão participativa e confere uma maior autonomia no processo decisório e conseqüentemente uma melhor situação de sustentabilidade.

A gestão estratégica e participativa, na medida em que proporciona o aperfeiçoamento da ação coletiva por vínculos intra-setoriais na saúde, se apresenta como alternativa para propiciar a busca de soluções adequadas de acordo com a realidade dos problemas na saúde. Vilasbôas e Paim (2008) observaram em seus estudos que a ausência de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento fragiliza a capacidade de governo, na medida em que não sustenta ações sistemáticas de programação, monitoramento e avaliação das atividades e apenas restringia-se à sua perícia.

No objetivo de também buscar apoios para resolução dos problemas e manutenção dos resultados o item participação das discussões na câmara de vereadores e sua frequência, também foi agrupado ao fator de sustentabilidade. É possível refletir que à medida que os secretários de saúde ocupam esses espaços de discussão, amplia o seu poder político e garante maior visibilidade, permitindo não somente desenvolver parcerias, mas também esclarecer as ações da secretaria de saúde.

A câmara de vereadores é um espaço político que permite debater propostas e desafios enfrentados na defesa e garantia de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de saúde da população, contribuindo assim no alcance de recursos, alianças e parcerias. Logo o secretário de saúde ter participação nessas discussões com uma frequência superior a 50%, permite articulações e consequentemente diminuir as assimetrias do poder técnico e político.

A análise fatorial teve o intuito de verificar a existência de correlação dos itens em um número de fatores apropriados e, obter uma interpretação adequada dos agrupamentos. Isto demonstrou que as dimensões estabelecidas no modelo teórico se confirmaram, assim, as relações geradas a partir dos procedimentos empíricos e analíticos permitiram uma compreensão da estrutura conceitual que representou o construto capacidade de gestão.

Por se conhecer a impossibilidade de se medir sem erros, isto é, medir com precisão construtos abstratos (PASQUALI, 2003; MENEZES, 2006; FREITAS, 2012), a exemplo da capacidade de gestão, torna-se imprescindível trabalhar com instrumentos válidos e confiáveis, para esse fim, recomenda-se um novo estudo com aumento da amostra.

5 CONCLUSÃO

Avaliar a gestão e sua capacidade é um constructo bastante subjetivo e complexo. Os resultados e discussões deste estudo apontaram que não houve equilíbrio entre as dimensões apresentadas. Foi visto que a capacidade de gestão se diferencia por questões territoriais, econômico-financeiras, administrativas, técnicas e políticas. Os estudos de Santos (2010) reforçam este resultado, dado que a autora observou que a configuração do território resultante da municipalização da saúde ocorre diferentemente nos diversos lugares a depender do conteúdo técnico, político e funcional de cada local, garantindo maior poder àqueles que detêm a maior capacidade de organização e controle dos recursos.

Ao discutir sobre a capacidade de gestão, já foi dito anteriormente que para esta ser plena, é necessário um equilíbrio dos resultados nas três dimensões, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico da avaliação (SANTOS,2010). Assim ao compreender que as dimensões interagem entre si, implica também em articular os poderes: administrativo, técnico e político e as relações de poder que lhes são inerentes.

Foi observado nos resultados que a capacidade da gestão se encontra intimamente ligada ao contexto da descentralização e da forma como vem ocorrendo nos municípios, diante de suas especificidades. O predomínio do caráter vertical e centralizado do processo está espelhado na limitação da autonomia dos Secretários de Saúde, e dessa forma pode-se afirmar que a gestão assume uma natureza mais administrativa do que estratégica e política.

Na linha de base avaliativa a região que tem o melhor desempenho na dimensão organizacional tem uma avaliação ruim na dimensão operacional e boa na dimensão de sustentabilidade. Nesta região foi identificado uma fragilidade da autonomia decisória, apesar dos municípios possuírem uma autonomia técnica, respaldada principalmente na capacitação e experiência dos secretários de saúde, porém que se torna vulnerável quando se analisa a gestão de pessoas, traduzida pela precarização das relações de trabalho, dos vínculos empregatícios e na forma como se desenvolve os processos de educação permanente.

A verificação de Santos (2010) que a dimensão operacional se encontra vinculada ao perfil de alguns gestores intermediários e dos trabalhadores que atuam nos municípios, pode ser refletida nos resultados do estudo; dado que na região de Feira de Santana foi evidenciado que os processos de planejamento são pouco participativos, assim como também, é pouca a frequência de avaliação e monitoramento de ações junto à equipe de gestores intermediários.

O fato de possuir um quadro técnico efetivo, foi o item que apontou a região de Serrinha com o melhor desempenho na dimensão operacional. Como já foi dito anteriormente, quanto maior o percentual de trabalhadores efetivos menor a rotatividade e menor a interrupção dos serviços. A ausência ou a limitação de contratos temporários, reduz a precarização das relações de trabalho e assim assegura os direitos dos trabalhadores e possibilita a qualificação de um quadro técnico refletindo na competência e responsabilidade.

Foi destaque também a região de Serrinha ter apresentado bom desempenho na dimensão de sustentabilidade. Chama atenção a socialização das informações e discussão dos indicadores junto às equipes de gestores intermediários. Esta experiência fortalece a competência técnica e amplia os poderes políticos de enfrentamento às adversidades do sistema, assim como permite a busca por parcerias e alianças no sentido de ampliar sua capacidade de resolução.

Na dimensão de sustentabilidade, a região de Feira de Santana também apresentou bom desempenho. E o fato de os resultados apresentarem duas regiões com este bom desempenho nesta dimensão faz pensar que as alianças e parcerias construídas, ainda que timidamente, pode indicar progresso nas práticas de gestão (SANTOS,2014b). Porém convém pontuar a necessidade de desenvolver estratégias para o enfrentamento dos problemas e dessa forma qualificar o processo decisório para que as dimensões organizacional, operacional e de sustentabilidade tenha equilíbrio e não tenha impactos negativos nos resultados.

Os resultados do estudo apresentam um paradoxo ao refletir que o município que apresente um desempenho menor na dimensão organizacional, principalmente no que diz respeito às fragilidades da gestão participativa, ou seja, com visível limitação de autonomia dos gestores intermediários e do Conselho Municipal de Saúde, pode diminuir o desempenho na dimensão operacional, e além disso reproduzir a centralização das decisões no secretário de saúde ou ainda no poder executivo. A saber a região de Feira de Santana apesar de ter um bom desempenho na dimensão organizacional apresentou com conceito muito ruim na dimensão operacional. Isso pode sinalizar, que existem constrangimentos importantes na gestão de pessoas, sobretudo no que diz respeito aos vínculos precários de trabalho.

Chamou atenção que a região de Itaberaba manteve desempenho ruim ou muito ruim nas três dimensões estudadas. Embora sejam avaliações negativas confirma as conclusões de Guimarães et al. (2004); Santos (2010) sobre a capacidade de governo (dimensão operacional) que condiciona e é condicionada pelo projeto de governo (dimensão organizacional) e pela governabilidade (dimensão da sustentabilidade).

Após a Análise Fatorial Exploratória, foram criados novos fatores para avaliação da capacidade de gestão, que se mostraram altamente alinhados ao modelo teórico. Foi possível associar variáveis que tiveram alta correlação em um mesmo fator, assim como forte correlação com as variáveis que entraram na composição do outro fator.

Vale destacar a existência de variáveis que inicialmente se apresentaram em uma dimensão de avaliação e posteriormente à análise foram agrupadas em outra dimensão. Apesar de o modelo teórico adequar determinada variável observável como item de avaliação de uma dimensão; esta mesma variável pode servir e ser utilizada como item de avaliação de outra dimensão.

Neste estudo obteve-se o exemplo do item: participação da CIR, que estava fazendo parte da estrutura de avaliação da dimensão de sustentabilidade, porém após a análise fatorial exploratória, este item foi agrupado à dimensão organizacional. Lembrando que houve explicações teóricas que embasaram o agrupamento.

Algumas limitações da pesquisa podem ser destacadas, a exemplo da amostra utilizada, a qual apesar de existir autores como Hair et al (2009) que sugerem que a amostra deve ser superior a 50, a amostra maior traz resultados mais robustos. Considera-se também a possibilidade de viés, pelo fato de ter sido utilizado questionário, e este ter sido entregue aos secretários de saúde que efetuavam o preenchimento conforme interpretações e vontades individuais, gerando também um grande número de itens com ausência de respostas.

A partir desses resultados, futuras pesquisas poderão ser desenvolvidas utilizando a análise fatorial exploratória e também a confirmatória, a fim de se aprimorar a validação dos constructos e seus itens observáveis para a avaliação da capacidade de gestão e compreensão da temática.

Este é um estudo de linha de base, o que reflete um retrato da situação atual do objeto investigado, servindo de referência para processos avaliativos futuros, principalmente para efeito de comparação, continuidade e/ou aprofundamento. Neste sentido sugere-se acrescentar aos instrumentos de coleta dos próximos estudos: entrevistas, análise documental e observação sistemática o que permitirá mais subsídios para a avaliação da capacidade de gestão.

Visto que assim como em outros estudos (SANTOS,2010; SANTOS,2014b), os resultados mostraram que as enfermeiras vêm assumindo cada dia mais as funções gestoras no contexto municipal do SUS, pensa-se que investigar por que são essas trabalhadoras que predominam na gestão do SUS municipal se constitui em um objeto de estudo, que poderá ser explorado em outra pesquisa .

Pensa-se que os objetivos dessa produção apesar de terem sido alcançados, não se encerram. A proposta é que este seja somente mais um passo para as discussões e definição de estratégias para o aumento do equilíbrio das dimensões organizacionais, operacionais e de sustentabilidade e assim o aprimoramento da capacidade de gestão municipal no contexto da descentralização. Este estudo, também balizará outras discussões mais aprofundadas para validação do modelo teórico de avaliação utilizado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
- BAHIA. **Plano Diretor de Regionalização**. Salvador, Bahia, 2012.
- BAHIA. **Resolução CIB 145/2007**. Aprova a nova proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2007
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, **Brasil. Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p.1207-1220, 2010.
- BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2017.
- BOBBIO, N.. **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BRASIL. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica**, Brasília, versão preliminar, 2016.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009a.
- BRASIL. **Diretrizes nacionais plano de cargos e carreira no SUS**, Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.
- BRASIL. **O orçamento público a seu alcance**, Brasília, 2006.
- BRASIL. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: participa SUS**, Brasília, 2009b.
- _____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508/2011**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos em defesa do SUS, de gestão e pela vida**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2002

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1996.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, DF, 1993.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991, Brasília, DF, 1991.

_____. **NOAS-SUS 01/2001**. Norma operacional da assistência à saúde / SUS. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. 2001.

_____. **Portaria nº 2488**, de 21 de outubro de 2011. Regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011b.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CANESQUI, A. M. e SPINELLI, M. A. dos S. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Caderno de Saúde Pública, vol. 22 nº 9. Rio de Janeiro, 2006.

COLLIERE, Marie Françoise. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1989.

COTRIM, R. C. **A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil: um estudo comparativo**. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ – Rio de Janeiro, 2006.

CRESWELL, J. W. ; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre: PENSO, 2013.

DAMASIO, B. F.. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jun. 2017.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. **Salud Publica de México**, v. 28, n. 3, p. 324-327, 1986

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAOU, H.. Histórico da Avaliação. In: BROUSELLE, A. et al.(Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução COLIN, M. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 19-39

EBERHARDT, L. D; CARVALHO, M; MUROFUSE, N. T. Vínculo de trabalho na setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A.. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Publica**, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 set. 2017.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446 – 55, 2010.

FLEURY, Sonia. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREITAS, K. S. **Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF)**. 2011. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: MACHADO, R. Rio de Janeiro: Gral, 1979.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução COSTA, R. C. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 488 p.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p.1642-1650, 2004.

HAIR, F.J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse preliminar do censo demográfico 2010**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Bahia.pdf>.

Acesso em: 04 ago 2017.

LACAZ, F. A. C et al. Gestão do trabalho e tecnologia na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde em municípios do estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 173-193.

LIMA, K. W. S., ANTUNES, J. L. F. e SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e sociedade*. Vol 24 nº 01. São Paulo, Jan-mar 2015.

MANDARINI, M. B.; ALVES, A. M.; STICCA, M. G. Terceirização e impactos para saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia Organizações e trabalho**, v. 16, n. 2, p. 143 – 152, 2016.

MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MEDEIROS, C. R. G. et al . Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saude soc.**, v. 26, n. 1, p. 129-140, Mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2007.

MELO et al. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Revista Escola Anna Nery*. Out-dez / 2016. Salvador, 2016.

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, 2011.

MENEZES, I. G. **Escala de intenções comportamentais de comprometimento organizacional**: concepção, desenvolvimento, validação e padronização. 2006. 355 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de filosofia e ciências humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MONTANHA, H. A. **Gestão em Saúde**. 2009. Disponível em <<http://www.artigonal.com/gestao-artigos/gestao-em-saude-759846.html>>.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], v.10, suppl.1, p.s69-s81, 2010.

PAIM, J. S. Aula aberta no encerramento da disciplina, pertencente ao Programa de pós graduação em informação e comunicação em saúde da Fiocruz, Bahia, 2016.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p.1927-53, 2013

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PEREIRA, J. C. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 2004.

PEREIRA, B. dos S. e TOMASI, E. Instrumentos de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia, Serviço e Saúde*. Brasília 25 (2) 411-418, abr – jun, 2016.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Rev. Adm. Pública**, v. 47, n. 2, 2012.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília, DF: Ipea, 2013.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 162 p.

ROCHA et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.24, suppl.1, 2008.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 765-774, 2012

SANTOS, A. G. G. **Avaliação do processo de gestão em saúde: estudo de caso em um município baiano**. Dissertação, fl 156. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014b.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622 – 631, 2014.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. **Saúde Debate**, v. 35, n. 90, p. 356-365, jul./set. 2014a.

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. 2010**. 257f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2010.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora Academia Cultura, 2009.

SOBRINHO, L. C. P. Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do RS. *Revista da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*, 2016.

CAMPELLI, M. G. R. e CALVO, M. C. M. O cumprimento da emenda constitucional nº29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, 2007.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia). São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUZA, M. K. B. ; MELO, C. M. M. Perspectivas de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde. **R Enferm UERJ**, v. 16, n. 1, p. 20-25, jan-mar, 2008.

TESTA, M.. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: RIVERA, F. J.; TESTA, M.; MATUS, C. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

VIANA A. L. D; LIMA, L. D; FERREIRA M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-26, 2010.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009.

VIANA et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIEIRA, M.; CAEO, M. C. M. Avaliação das condições de atuação de conselhos municipais de saúde na estado de Santa Catarina. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

VILASBÔAS, 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, 2008.

VILLANI, R. A. G.; BEZERRA, A. F. B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saude soc.**, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

VILAR et al. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Observatório RH NESC / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

WEIGELT, L. D.; MANCIO, J. G.; PETRY, E. L. S. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenação regional de saúde RS. **Barbarói**, n.36, p.191-205, 2012.

WILHELM, C., GASSEN BALSAN, L. Y, MOURA, G. "Envolvimento administrativo e social na gestão do orçamento público municipal: um estudo de caso. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, 2013. Disponível em <www.eumed.net/rev/cccss/23/gestao-orgamento-publico-municipal-brasil.html>. Acesso em: 12 jun 2017.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - SUMARIZAÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS DOS ARTIGOS
SELECIONADOS**

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	RESUMO
1	Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS)	Juliana Maciel Pinto Tatiana Engel Gerhardt	2012	O artigo aborda a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das práticas avaliativas realizadas em Camaquã e Canguçu (RS). Identificaram-se o predomínio de práticas avaliativas cotidianas exercidas por agentes internos e a presença de práticas normativas induzidas por agentes externos. Conclui-se que a mediação sociopolítica é a principal estratégia gestora para considerar a diversidade de atores e suas avaliações sobre um sistema de saúde que pretende atuar em rede e que tem a participação como diretriz constitucional

2	Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia	Silvone Santa Bárbara da Silva Santos Cristina Maria Meira de Melo Heloniza Oliveira Gonçalves Costa Oswaldo Yoshimi Tanaka Fernanda Mota Ramos Mário César Carneiro de Santana Bianca Gonzaga Trindade	2011	Pesquisa avaliativa da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica (VE) no estado da Bahia, Brasil, em três dimensões: operacional, organizacional e da sustentabilidade. Os estudos de caso demonstram que o município com melhor capacidade de gestão é aquele cujo gestor tem maior potencial de operar os recursos oriundos da posição que ocupa, somada à sua capacidade de controlar, negociar e articular. Em decorrência da descentralização da VE, considerando a natureza compartilhada da gestão entre as três esferas de governo, existe uma expressiva variação na capacidade de gestão dos municípios, determinada por desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.
3	Avaliação da gestão descentralizada	Joslene Lacerda Barreto Maria do Carmo Lessa Guimarães	2010	Este artigo avalia a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito

	da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil			municipal do Estado da Bahia, Brasil. Parte-se do pressuposto de que seus fatores condicionantes decorrem principalmente de uma visão tecnicista e procedimental que ainda prevalece sobre a assistência farmacêutica. Os resultados confirmam os pressupostos revelando práticas de gestão reduzidas à sua dimensão operacional, com ênfase em aspectos do ciclo logístico da assistência farmacêutica. Identificaram-se avanços, ainda tímidos, na dimensão organizacional e da sustentabilidade voltadas para fomentar maior participação e autonomia da gestão da assistência farmacêutica municipal.
4	Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil	Nicanor R. S. Pinto Oswaldo Yoshimi Tanaka Sandra Maria Spedo	2009	Os conceitos de política de saúde e de gestão em saúde foram utilizados na qualidade de categorias analíticas. Discutem-se desafios para a (re)construção do SUS no município relacionados com o contexto político-institucional e com mudanças de estrutura implementadas.

				As reorganizações da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propiciaram a constituição e manutenção de dois subsistemas municipais, um hospitalar e outro ambulatorial. Negociações entre os governos municipal, estadual e federal não avançaram para que o município assumisse a gestão de fato de todo sistema de saúde, constatando-se a coexistência de três subsistemas públicos de saúde paralelos: dois municipais e um estadual. A sustentação política do Programa Saúde da Família foi associada ao fato de que esse programa não se constituiu como marca da primeira gestão municipal e, ainda, de ser política prioritária e estimulada pelo governo federal.
5	Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde	Mariluce Karla Bomfim de Souza Cristina Maria Meira de Melo	2009	Diante do interesse em identificar a enfermeira como sujeito envolvido na gestão em saúde, teve como objetivo analisar a atuação das enfermeiras no

				desenvolvimento das macrofunções gestoras em saúde. Os achados mostraram que o constrangimento da atuação da enfermeira tem se dado pela verticalização de decisão política pelo Estado e pela falta de engajamento técnico-político das enfermeiras gestoras. As enfermeiras, ainda que gestoras do SUS e ocupando postos de relevância na gestão local da saúde, têm atuado predominantemente como executoras das macrofunções gestoras.
6	Avaliação da gestão terceirizada em uma Unidade básica de saúde: resultados preliminares	Cristina Maria Meira de Melo Heloniza Oliveira Gonçalves Costa Tatiane Araújo dos Santos Elaine Silva Soares Geovana Raimunda Silva Santana	2009	A terceirização da gestão, inclusive em unidades básicas de saúde, é uma realidade no SUS em decorrências da ordem econômica neoliberal e ocorre tanto pela transferência da propriedade de entes públicos a entes privados, como mediante a delegação da gestão de serviços públicos para organizações privadas, sem necessariamente transferir sua propriedade. O

				objetivo geral da pesquisa é avaliar a capacidade de gestão terceirizada em uma unidade básica de saúde com pronto atendimento no âmbito municipal do SUS em Salvador, Bahia. Como objetivos específicos definiram-se analisar o contexto sociopolítico da implantação da gestão terceirizada no SUS municipal e avaliar a capacidade de gestão nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade. Os resultados demonstram fragilidade nas dimensões organizacional e de sustentabilidade e um bom desempenho na dimensão operacional pela organização que terceiriza a gestão. Indicam ainda que é necessária uma intervenção imediata para superar as fragilidades da gestão, sem as quais existirá comprometimento da continuidade da assistência à população no curto prazo
6	Avaliação do	Paulo de Medeiros Rocha	2008	Este artigo apresenta parte

	Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios	Alice da Costa Uchoa Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha Elizabethe Cristina Fagundes de Souza Marconi de Lima Rocha Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro	dos resultados referentes à pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base, com objetivo geral de avaliar experiências de implementação do Programa Saúde da Família (PSF), com foco nas induções do PROESF. Na análise utilizaram-se as dimensões: político-institucional, organização da atenção e cuidado integral. Como avanços destacam-se: priorização do PSF em áreas de risco; aprendizado institucional, qualificação dos gestores e equipes; centrais de regulação, vínculo e percepção positiva sobre PSF. Em relação aos desafios observaram-se: fortalecimento da capacidade formuladora local, alocação dos recursos na Atenção Básica, despreciação do trabalho, efetivação de rede de atenção, fortalecimento da participação social, qualificação do monitoramento e avaliação para tomada de decisão; acolhimento; filas para
--	--	--	--

				exames, consultas e internação; implementação do trabalho em equipe e atividades promocionais e intersetoriais.
7	Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil	Ligia Maria Vieira-da-Silva Zulmira M. Araújo Hartz Sônia Cristina Lima Chaves Gerlucé Alves Pontes da Silva Jairnilson Silva Paim	2007	A compreensão das repercussões do processo de descentralização da saúde no Brasil requer a realização de investigações com enfoques diferenciados, visando a captar a complexidade do objeto a partir de distintos ângulos. Assim, o presente estudo teve por objetivo estimar o grau de implantação da gestão descentralizada da saúde, discutir a influência das características de governo e da gestão em relação ao grau de reorganização das práticas e seus efeitos na saúde da população, por meio de cinco estudos de caso em municípios selecionados da Bahia, Brasil. O estudo revelou que a descentralização sozinha não explica o estágio de organização do sistema municipal de saúde e que características do governo

				revelaram se importantes para a reorganização das práticas. Os principais problemas encontrados localizavam-se na gestão do sistema e nas práticas assistenciais, revelando serem estas áreas críticas para futuras intervenções, principalmente no que diz respeito à institucionalização do planejamento e da avaliação, bem como em relação aos projetos intersetoriais.
--	--	--	--	--

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação do processo de gestão por secretários municipais de saúde em uma macrorregião do estado da Bahia

QUESTIONÁRIO

Nome do município: _____

Sexo do respondente: ☐ Feminino ☐ Masculino

Há quanto tempo assumiu o cargo atual de Secretária/o? (em meses): _____

Além do cargo de Secretária/o, está atuando simultaneamente em outro vínculo empregatício?

Qual? _____

Dimensão organizacional

1. O/A senhor/a possui capacitação formal nas áreas de gestão, administração ou saúde pública (nível de graduação ou pós graduação)?	☐ Não. ☐ Sim, apenas uma. Especificar: _____ ☐ Sim, duas ou mais. Especificar: _____
2. O/A senhor/a possui experiência prévia em cargos de chefia (secretário, coordenador, etc.)?	☐ Não tenho experiência anterior. ☐ Tenho menos de um ano de experiência. ☐ Sim, tenho experiência entre um ano e um ano e onze meses. ☐ Sim, experiência de dois anos ou mais.

3. As decisões que o(a) senhor(a) adota, quanto à aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, aceitas ou existe alguma interferência externa no processo de execução dos investimentos em saúde?	☐ Não existem interferências. ☐ Sim, existem interferências. Exemplifique: _____ _____ _____ _____
4. Com que frequência o/a senhor/a acompanha os repasses financeiros fundo a fundo e as movimentações bancárias do Fundo Municipal de Saúde?	☐ Raramente (menos de uma vez por mês). ☐ Uma vez por mês. ☐ Semanalmente. ☐ Diariamente.
5. Na sua gestão, existem ações e programas locais propostos e planejados originalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, além daquilo que é definido pelas esferas estadual e federal?	☐ Não existem ações e programas de saúde próprios do município. ☐ Existem ações e programas de saúde próprios do município. Cite: _____ _____
6. O/A senhor/a participa ativamente dos espaços de discussão (reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Conferências Municipais, Plano Municipal de Saúde, etc.)?	☐ Raramente (até 25% das reuniões). ☐ Poucas vezes (de 26% a 50% das reuniões). ☐ Muitas vezes (de 51% a 75% das reuniões). ☐ Sempre ou quase sempre (75% a 100% das reuniões).

7. O/A senhor/a acata e dá encaminhamento às deliberações dos coletivos, após essas discussões?	☐ Raramente (até 25% das decisões). ☐ Poucas vezes (de 26% a 50% das decisões). ☐ Muitas vezes (de 51% a 75% das decisões). ☐ Sempre ou quase sempre (75% a 100% das decisões).
8. A sede do Conselho Municipal de Saúde possui estrutura física adequada, mobiliário e equipamentos em boas condições de uso? (Atribua um valor entre 0 e 3, onde 0 é a ausência de sede do CMS e 3 significa estrutura do Conselho excelente)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
9. Existem meios formais e regulares de comunicação entre a/o secretária/o, os coordenadores (gestores intermediários) e os demais profissionais das unidades?	☐ Não. ☐ Sim. Exemplifique: _____ _____ _____
10. A/O senhor/a utiliza as ferramentas de acompanhamento de indicadores (PAVS, SISPACTO, DATASUS, etc.)?	☐ Nunca. ☐ Esporadicamente. ☐ Muitas vezes. ☐ Sempre ou quase sempre.
11. A/O senhor/a participa das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) (antiga CGMR) e fomenta	☐ Raramente (até 25% das reuniões). ☐ Poucas vezes (de 26% a 50% das reuniões). ☐ Muitas vezes (de 51% a 75% das reuniões).

discussões junto aos outros municípios (pactuações, reuniões). fortalecimento das redes de assistência, etc.)?	☐ Sempre ou quase sempre (75% a 100% das reuniões).
<i>Dimensão Operacional</i>	
<i>Dimensão de sustentabilidade dos resultados</i>	
12. A estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde oferece segurança e conforto aos profissionais e aos visitantes? (Atribua um valor entre 0 e 3, onde 0 indica péssima estrutura e 3 significa estrutura excelente).	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
13. Aproximadamente, qual o percentual de trabalhadores efetivos (concursados), vinculados à Secretaria Municipal de Saúde?	☐ 0% a 25% ☐ 26% a 50% ☐ 51% a 75% ☐ 76% a 100%
14. Em que situações o/a senhor/a, enquanto secretário de saúde, mobiliza/remaneja profissionais de saúde entre unidades e serviços?	
15. Existe Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) para os servidores municipais da saúde?	☐ Não. ☐ Não, mas existem discussões regulares de uma comissão representativa para a implantação do PCCV.

☐ Sim, o PCCV já foi implantado.	
16. Existe programa de educação permanente para profissionais de saúde sendo executado no município?	☐ Não. ☐ Sim. Cite: _____
17. Quais são as parcerias e alianças estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, além da DIRES/SESAB e Ministério da Saúde?	_____ _____ _____ _____ _____
18. Qual a periodicidade da avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores junto às equipes?	☐ Não há uma regularidade do monitoramento. ☐ Anualmente. ☐ Semestralmente. ☐ Mensalmente.
19. O/A senhor/a participa da elaboração do orçamento anual?	☐ Não participo. ☐ Participo. De que forma? _____ _____ _____ _____
20. O/A senhor/a participa da elaboração do orçamento anual?	☐ Não participo. ☐ Participo. De que forma?

21. Existem reuniões sistemáticas entre Secretária/o Municipal de Saúde e coordenadores (gestores intermediários) para o planejamento das licitações?	☐ Não. ☐ Sim. Com que frequência?
22. A assessoria jurídica e a equipe de contabilidade são específicas para as demandas da Secretaria de Saúde e para o acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde?	☐ Não. ☐ Sim.
23. O/A senhor/a participa das discussões na Câmara de Vereadores? Com que frequência?	☐ Raramente (até 25% das sessões). ☐ Poucas vezes (de 26% a 50% das sessões). ☐ Muitas vezes (de 51% a 75% das sessões). ☐ Sempre ou quase sempre (75% a 100% das sessões).
24. Com relação à aplicação de recursos financeiros próprios em ações de saúde durante a sua gestão, qual percentual foi investido, aproximadamente?	☐ Menos de 15% dos recursos próprios. ☐ De 16% a 18% dos recursos próprios. ☐ Mais de 18% dos recursos próprios.

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO BANCO DE
DADOS DA PESQUISA “AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO POR
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM UMA MACRORREGIÃO DO
ESTADO DA BAHIA”**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19/12/86

Recredenciada pelo Decreto Estadual nº 9271 de 14/12/2004

Declaro, para todos os fins de direito, que SHEYLA SANTANA DE ALMEIDA, está autorizada a utilizar o banco de dados do projeto de pesquisa “Avaliação do Processo de Gestão por secretários municipais de saúde em uma macrorregião do Estado da Bahia”, financiada pela Fabesb, da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS e Coordenada pela Profª Drª Silvone Santa Bárbara da Silva Santos.

Feira de Santana, 05 de fevereiro de 2016.

Assinatura manuscrita da Profª Drª Silvone Santa Bárbara da Silva Santos.

Profª Drª Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

Coordenadora do Projeto

**ANEXO C – MATRIZ DE INDICADORES COM VARIÁVEIS, TEMAS CENTRAIS E PREMISSAS DEFINIDOS PARA A
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO, CONFORME DIMENSÕES DE ANÁLISE.**

Dimensão Organizacional		
Variáveis	Temas centrais	Premissas
Habilidades e capacitação formal da secretária	Capacitação formal	A capacitação formal (graduação ou especialização) nas áreas de gestão, administração ou saúde pública qualifica o processo de trabalho na gestão da secretaria municipal da saúde na medida em que amplia poder técnico das gestoras.
	Experiência prévia	A experiência prévia qualifica o processo de trabalho na gestão da secretaria municipal da saúde na medida em que amplia os poderes técnico, administrativo e político das gestoras.
	Habilidade pessoal	A habilidade da secretária em apoiar as gestoras intermediárias facilita o relacionamento com elas, fortalecendo seu poder administrativo.
Processo decisório	Planejamento participativo e priorização das ações	A participação das gestoras intermediárias junto à secretária no planejamento e priorização das ações promove melhor articulação entre os atores na execução das atividades.
	Interferências externas na aplicação dos recursos	O respeito às decisões da secretária quanto à aplicação dos recursos indica autonomia da mesma na condução dos trabalhos da gestão.
	Acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde (FMS)	Maior frequência no acompanhamento dos recursos financeiros indica maior atenção da secretária voltada ao Fundo Municipal de Saúde.

	Programas e projetos municipais	A existência de ações e programas de saúde originados na esfera municipal indica protagonismo da secretaria no enfrentamento dos problemas de saúde que atingem a população.
Controle social	Participação no Conselho Municipal de Saúde (CMS)	A participação da secretária em reuniões do Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais, discutindo e valorizando as deliberações do coletivo, indica interesse no compartilhamento de responsabilidades e aponta para o fomento do controle social no município, o que amplia o seu poder político.
	Encaminhamento das deliberações	
	Estrutura física do CMS	Investir na estrutura física do Conselho Municipal de Saúde indica preocupação em facilitar a ação dos conselheiros e o controle social.
Mecanismos formais de comunicação	Meios regulares e fluxos de comunicação	A utilização de fluxos comunicativos regulares minimiza erros de comunicação e facilita o relacionamento entre secretária e demais profissionais/setores.
	Respostas em tempo hábil	A agilidade em responder aos questionamentos ou sugestões indica atenção dada às demandas, sinaliza responsabilidade, facilita o estabelecimento de parcerias e de corresponsabilidade.
Monitoramento de indicadores	Acompanhamento dos indicadores	Acompanhamento de indicadores indica a busca de uma gestão por resultados.
Dimensão Operacional		
Variáveis	Temas centrais	Premissas
Recursos operacionais	Estrutura física da Secretaria Municipal da Saúde	Melhor estrutura da SMS favorece a realização das atividades e possibilita maior satisfação das pessoas.

	Estrutura física das unidades de saúde	Melhor estrutura das unidades assistenciais favorece a realização das atividades e possibilita maior satisfação das pessoas.
Gestão de pessoas	Vínculos trabalhistas	Maior percentual de profissionais efetivos reduz a rotatividade de trabalhadores e a interrupção dos serviços oferecidos.
	Autonomia da secretária para remanejar profissionais	Mobilidade profissional, levando-se em consideração as demandas da comunidade e as características dos profissionais, confere uma dinâmica útil para a qualificação dos serviços, o que fortalece o poder administrativo.
	Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos (PCCV)	Existência de estabilidade e Plano de Carreira motiva o servidor público, favorecendo a qualificação do serviço prestado.
Mecanismos sistemáticos de educação permanente	Capacitações realizadas	Maior frequência de capacitações indica melhor preparo profissional e investimento no servidor.
	Serviço de educação permanente implantado e ativo	Existência de Programa de Educação Permanente indica investimento na qualificação do servidor e maior capacidade de execução de ações e serviços.
Dimensão da Sustentabilidade dos Resultados		
Variáveis	Temas centrais	Premissas
Construção de parcerias e alianças	Parcerias construídas	Maior número de parcerias indica maior capacidade da secretaria em buscar apoio para a execução dos projetos, o que amplia o poder político.
Acompanhamento e avaliação dos resultados	Ambiente favorável à avaliação dos resultados	Maior frequência de avaliações e monitoramento de indicadores pelas equipes aponta para uma gestão por resultados.
Previsão e provisão de insumos e equipamentos	Participação da secretária na elaboração do orçamento	Participação nas discussões sobre o orçamento indica planejamento dos recursos a serem alocados no ano.

	Planejamento da licitação com as gestoras intermediárias	Maior participação das gestoras intermediárias no planejamento das compras reduz a possibilidade de desabastecimento e de interrupção dos serviços.
Contabilidade e assessoria jurídica específicas para a secretaria da Saúde	Apoios contábil e jurídico específicos para a Saúde	Existência de apoios contábil e jurídico específicos para a Secretaria Municipal da Saúde facilita o acompanhamento dos recursos e a resposta às demandas judiciais.
Participação em discussões na Câmara de Vereadores	Participação frequente da secretária em sessões da Câmara de Vereadores	Maior participação nas reuniões da Câmara indica maior proximidade do Poder Legislativo, parceria importante no município.
Participação na Comissão Intergestores Regional (CIR)	Participação propositiva na CIR	Quanto mais qualificada a participação na CIR, maior o reconhecimento entre os pares e a capacidade de diálogo com outros secretários, fortalecendo o poder político.
Receita aplicada para a saúde (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS)	15% ou mais dos recursos próprios investidos em saúde.	Mínimo de 15% das receitas próprias investidas em saúde aponta para o cumprimento de exigências legais e aporta mais recursos para a execução do planejado.



ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação do processo de gestão por secretários municipais de saúde em uma macrorregião do estado da Bahia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Questionário)

Nós, pesquisadores responsáveis e colaboradores, estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar o processo de gestão por secretários municipais de saúde em uma macrorregião do estado da Bahia. Sendo assim, convidamos você a participar deste estudo, contribuindo para a identificação de fatores que intervêm no processo de gestão dos secretários municipais de saúde e, conseqüentemente, para a análise e qualificação do mesmo. A aplicação dos questionários será realizada em encontros mensais das Comissões Intergestores Regional (CIR), momentos em que os secretários municipais de saúde estarão reunidos, em recinto que o participante achar conveniente, ficando claro que nem os pesquisadores nem os participantes serão remunerados pela participação neste estudo. Os respondentes terão a oportunidade de repensar as formas como atuam na Secretaria Municipal de Saúde, podendo inclusive melhorar os seus processos de trabalho a partir da reflexão proporcionada pela pesquisa. Porém, há o risco de que as respostas sejam vistas por terceiros durante o preenchimento do questionário, caso o participante escolha preenchê-lo em ambiente que não seja reservado. Os questionários não serão assinados nem identificados, ficando assegurado o anonimato das respostas, ou seja, após o preenchimento, ninguém vai saber o que você respondeu. Serão recolhidos em envelopes específicos, separados dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Faremos isso para proteger a sua integridade física, intelectual, social e cultural. Os questionários respondidos serão mantidos pelos pesquisadores por um período de cinco anos. Depois disso, os arquivos serão destruídos (queimados). Surgindo alguma dúvida, procure-nos através do telefone (75) 3161-8161. Os resultados deste trabalho serão apresentados na Universidade, divulgados para fins científicos e uma cópia do relatório final será entregue ao serviço em que você trabalha, mas seu nome não irá aparecer nunca. Se você não quiser participar desta pesquisa, não tem problema. Não haverá comprometimento de suas funções ou vínculos empregatícios. Mesmo que você aceite

agora, em qualquer momento poderá desistir e anular este consentimento. Após ter sido informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar voluntariamente, assine este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, _____ de _____ de 201_.

Entrevistada/o

Pesquisador/a