

**Evaluating the management
process of a municipal Health
department in Bahia state,
Brazil**

**| Avaliação do processo de gestão em
uma secretaria municipal de saúde
do estado da Bahia**

ABSTRACT | Introduction: *Managing the Unified Health System becomes a complex process due to decentralization progress and to the insertion of new actors who have the power to make decisions about healthcare actions and services. The performance of managers at municipal level brings along asymmetrical power relationships, fact that reflects their management ability.*
Objective: *Evaluating the management process in a health department of a county in Bahia State according to three analysis dimensions: organizational, operational and sustainability results.*
Methods: *Evaluation research based on a single case study and on a qualitative approach. Semi-structured interviews were held with 12 municipal health managers for data collection. Data were analyzed through content analysis method by the adoption of an evaluative matrix applied to variable presentations and to the central themes of each analysis dimension.*
Results: *No dimension scored the maximum concept "very good". Two dimensions scored concept "regular" (organizational and operational); dimension sustainability results scored concept "good".*
Conclusion: *Although management process evaluation recorded good scores for the sustainability dimension - which reflects the ability to set partnerships and to maintain the results -, the regular concept of organizational and operational dimensions has revealed critical limitations in municipal autonomy, social control, operational resources and people's management. However, since it is a single case study, the present results portray a given political, social and economic moment; therefore, analytical generalizations are not possible.*

Keywords | *Health service management; Health managers; Healthcare evaluation; Health Policies, Planning and Management.*

RESUMO | Introdução: A gestão do Sistema Único de Saúde torna-se mais complexa com o avanço da descentralização e a inserção de novos atores que decidem sobre as ações e serviços de saúde. Nos municípios, a atuação dos gestores é permeada por relações assimétricas de poder, refletindo na sua capacidade de gestão. **Objetivo:** Avaliar o processo de gestão em uma secretaria da Saúde de um município baiano, a partir de três dimensões de análise: organizacional, operacional e sustentabilidade dos resultados. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, através de estudo de caso único, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 12 gestores municipais de saúde. Os dados foram analisados pelo método da análise de conteúdo, adotando-se uma matriz avaliativa para a apresentação das variáveis e temas centrais de cada dimensão de análise. **Resultados:** Verificou-se que dimensão alguma foi avaliada com o conceito máximo "muito bom". Em duas delas, o conceito obtido foi "regular" (organizacional e operacional), e a dimensão sustentabilidade dos resultados foi avaliada como "boa". **Conclusão:** Mesmo havendo boa avaliação do processo de gestão na dimensão da sustentabilidade (refletindo a capacidade de construir parcerias e manter resultados), o conceito regular nas dimensões organizacional e operacional revelou limitações críticas nas variáveis referentes à autonomia municipal, controle social, recursos operacionais e gestão de pessoas. No entanto, como se trata de um estudo de caso único, é importante destacar que os resultados apresentados retratam um dado momento político, social e econômico, não sendo possíveis generalizações analíticas.

Palavras-chave | Gestão de serviços de saúde; Gestor de saúde; Avaliação em Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

¹Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Salvador/BA, Brasil.

²Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana/BA, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A descentralização das ações e serviços de saúde, como uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS), introduz atores sociais com distintos interesses no processo de tomada de decisão. Nessa direção, é recorrente a afirmação de que a conformação institucional da governança do SUS assegura aos estados e municípios participação no planejamento, elaboração, financiamento e tomada de decisões sobre as políticas e programas de saúde¹⁻³.

Em dezembro de 2014, no estado da Bahia, foi iniciada uma reorganização administrativa do poder executivo estadual⁴. Dentre as alterações, destacam-se a extinção das 31 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e a concentração de parte das suas ações em nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Tendo em vista que o Estado possui 417 municípios em 28 Regiões de Saúde, o protagonismo das equipes gestoras municipais torna-se mais relevante no novo cenário. Entretanto, mesmo diante do arcabouço legal em torno da descentralização, verifica-se que não existe efetivo compartilhamento de poder decisório, limitando-se a uma desconcentração de atividades^{5,6}.

A descentralização deve possibilitar, além do compartilhamento de responsabilidades, a transferência de poder administrativo, político e financeiro⁷, de modo que os gestores possam ampliar sua capacidade de gestão⁵. Esta, por sua vez, pode ser compreendida em três dimensões: dimensão organizacional, com foco no formato do processo decisório; operacional, relativa à capacidade de execução, incluindo-se as iniciativas da gestão para manter e expandir as condições logísticas e gerenciais da organização, por meio da mobilização de recursos; e dimensão da sustentabilidade, que representa a forma como os gestores constroem a capacidade de sustentar os resultados de gestão⁸.

A presença do gestor do SUS municipal cresce em importância e responsabilidade, devendo este possuir habilidades políticas e técnicas articuladas e ser capaz de responder aos diversos desafios inerentes a essa prática⁶. Portanto, “estar” gestor de um sistema municipal de saúde deverá ultrapassar as disposições representativas e requer múltiplas competências para que o processo de gestão estabelecido contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Implica também reconhecer a secretaria municipal da saúde como um espaço político, onde

são elaboradas relações de poder, as quais são difusas e assimétricas.

Com base em estudos disponíveis^{5,7,8}, adotou-se o seguinte pressuposto teórico: o processo de gestão de uma secretaria municipal de saúde baiana será avaliado positivamente em função da competência e habilidade do secretário de decidir, executar o decidido e manter parcerias e alianças com outras instâncias governamentais e não governamentais. Portanto, o resultado da avaliação se dará em função do equilíbrio entre as dimensões avaliadas.

Nesta pesquisa, entende-se que o poder técnico se relaciona à capacidade de manipular informações; o poder administrativo, à capacidade de apropriar-se e de alocar os recursos, e o poder político, à capacidade de mobilizar grupos sociais⁹. Assim sendo, o poder técnico guarda estreita relação com a dimensão operacional^{5,8}, contemplando a capacidade de execução.

O poder administrativo inclui uma perspectiva de acúmulo de poder em determinado setor, envolvendo o financiamento como elemento fundamental para os deslocamentos de poder⁹. Relaciona-se, portanto, à dimensão organizacional. Já a dimensão de sustentabilidade relaciona-se ao poder político, dado que nessa dimensão espera-se que o gestor construa parcerias e alianças para sustentar os resultados obtidos^{8,9}.

Surge assim a questão norteadora do estudo: como ocorre o processo de gestão em saúde em um município baiano? Para responder a ela, o objetivo desta investigação foi avaliar o processo de gestão em uma secretaria da saúde de um município baiano, a partir de três dimensões de análise: organizacional, operacional e sustentabilidade dos resultados.

MÉTODOS |

Estudo avaliativo, mediante estudo de caso único, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em uma Secretaria Municipal de Saúde, na Bahia, tendo como critérios de escolha os seguintes itens: município com população acima de cem mil habitantes; polo de região de saúde; e secretário da saúde com experiência prévia em gestão. Adotou-se um critério de exclusão: gestor(a) que estivesse há menos de seis meses no cargo.

As variáveis utilizadas neste estudo de caso foram baseadas em outra pesquisa⁵ e compuseram uma matriz avaliativa desenvolvida para o presente estudo. Participaram doze gestores, sendo um gestor máximo (secretário municipal da saúde) e onze gestores intermediários (cargos que os colocavam em posição hierárquica próxima ao secretário municipal, conforme organograma vigente). A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2013, através de entrevistas semiestruturadas. No estudo das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo, segundo Bardin¹⁰.

Na fase da exploração do material, o conteúdo das entrevistas foi organizado conforme se relacionava com as variáveis da matriz avaliativa. Quando as falas transcritas evidenciavam elementos recorrentes, considerados importantes para o processo de gestão, mas não se limitavam às variáveis iniciais, foram criadas novas variáveis para incluí-los na avaliação. A Figura 1 ilustra o modelo utilizado na análise dos dados coletados.

Os excertos relacionados a cada assunto foram agrupados em planilha eletrônica¹¹, disponibilizando-se as dimensões, as variáveis e os códigos dos gestores, a quem pertenciam as declarações. Em seguida, destacaram-se em quadros esquemáticos as enunciações avaliativas que pudessem direcionar a avaliação do processo de gestão por dimensão de análise.

Relacionou-se um conceito a cada item, considerando o balizamento das enunciações avaliativas à luz da teoria e do modelo de avaliação assumidos no estudo. Nas enunciações em que a premissa foi plenamente contemplada, atribuiu-se o conceito “muito bom”, e naquelas em que as falas estavam alinhadas à premissa, mas indicavam situações que podiam ser melhoradas, o conceito foi “bom”. Sinalizaram-se como “regular” as enunciações que não convergiram para o alcance da premissa e, quando as falas se opuseram ao estabelecido na premissa, registrou-se “ruim”.

Como a avaliação partiu de cada enunciação avaliativa (Figura 1), foi necessário estabelecer um modo de consolidar os conceitos das diversas enunciações em um só conceito para o tema central relacionado. Assim, em cada enunciação, os quatro conceitos (Muito bom, Bom, Regular e Ruim) foram pontuados como 3, 2, 1 e 0, respectivamente. Chegou-se ao resultado de cada tema central (Resultado t), calculando-se a média aritmética dos valores iniciais (soma dos pontos dos conceitos, dividida pela quantidade de enunciações avaliativas).

No plano de análise, foi arbitrada faixa de pontuação (Figura 2) como base para atribuição dos conceitos consolidados das variáveis (Resultado v) e de cada dimensão. Essa pontuação não teve intenção de mensurar estatisticamente o fenômeno e sim correlacionar o resultado obtido em cada dimensão de análise com as respectivas premissas. Portanto,

Figura 1 – Vinculação dos componentes utilizados na avaliação do processo de gestão, baseada na matriz de variáveis

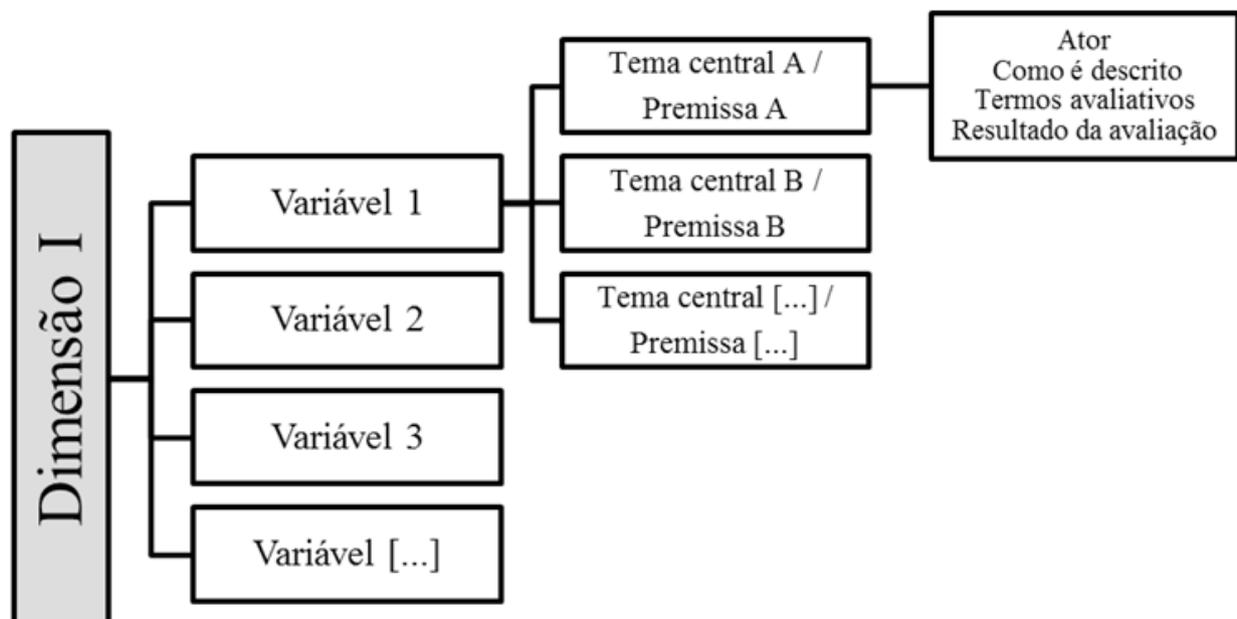
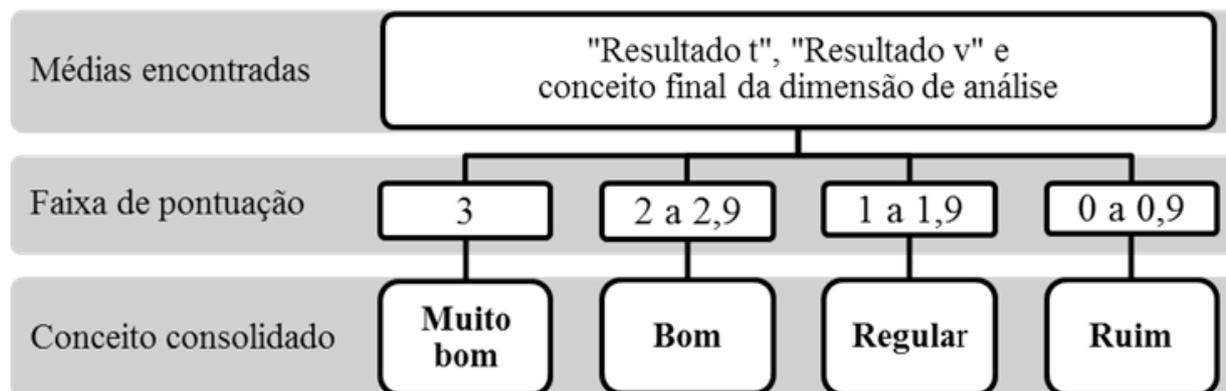


Figura 2 – Faixas de pontuação utilizadas para consolidação dos conceitos atribuídos aos temas centrais, variáveis e dimensões de análise neste estudo de caso



ainda que se tenham utilizado faixas de pontuação, esse recurso metodológico permitiu fazer uma interpretação qualitativa, atingindo o objetivo do estudo.

Ressalta-se a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer 342.943). Os entrevistados foram identificados por números distribuídos aleatoriamente, assegurando o anonimato.

RESULTADOS |

Dos 12 participantes entrevistados, apenas dois (16,7%) eram do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, todos possuíam nível universitário, a maioria (83,3%) com pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*. Com relação à formação, predominaram gestores com graduação em Enfermagem (50%). Os demais eram graduados em Ciências Contábeis (16,7%), Odontologia (16,7%), Administração (8,3%) e Direito (8,3%).

Em duas dimensões, o conceito obtido foi “regular” (organizacional e operacional), mas a dimensão da sustentabilidade foi avaliada como “boa”.

Na dimensão organizacional (Quadro 1), a variável “Habilidades e capacitação formal do secretário” foi a que obteve melhor avaliação.

Na variável “Processo decisório”, o tema central “Programas e projetos municipais” foi avaliado como ruim. Algumas falas indicaram no município uma forte relação de dependência das iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde:

[...] essa campanha mesmo de Novembro Azul, Outubro Rosa, nós demos uma característica municipal a essa campanha de conscientização (Gestor 4).

Então eu não vejo como desenvolver programas extras... porque nós precisamos responder a uma demanda ministerial (Gestor 7).

Por que priorizamos esses projetos do Ministério? Primeiro porque também é o que a gente quer pro município; e segundo porque vem recursos para colaborar como contrapartida para desenvolver os projetos (Gestor 3).

A dimensão operacional também foi avaliada como regular (Quadro 2). Das três variáveis, apenas a que discutiu os mecanismos de educação permanente foi avaliada com o conceito “bom”.

Sobre o tema central “vínculos trabalhistas”, destacaram-se alguns depoimentos:

[...] a maioria são contratos temporários. Por conta disso, há também uma rotatividade... Então, há necessidade da capacitação ser contínua, ela não para [...] (Gestor 12).

[...] quando vencer o contrato dela, teremos que treinar de novo outra pessoa [...] essa rotatividade é comum e é prevista (Gestor 1).

Tem cooperativa, as indicações [...] Eles se apresentam no (setor de) Recursos Humanos, a maioria é por nível de política. Vem pela indicação de algum político para o (setor de) Recursos Humanos. (Gestor 9).

[...] eu não queria nem ter efetivo no meu grupo de trabalho. Porque os efetivos são muito difíceis de controlar [...] só quem causa problema são os concursados (Gestor 2).

[...] assim como existe a questão de redução de funcionários no meu setor, em outros muitas vezes falta qualificação... está inchado, mas falta qualificação (Gestor 6).

Na dimensão da sustentabilidade dos resultados, oito temas centrais compõem as sete variáveis correspondentes (Quadro 3).

Quadro 1 – Resumo dos conceitos alcançados na dimensão organizacional

Dimensão Organizacional: Regular (1,8)			
Variáveis	Temas centrais	Resultado t	Resultado v
Habilidades e capacitação formal do secretário	Capacitação formal	Muito bom (3)	Muito bom (3)
	Experiência prévia	Muito bom (3)	
	Habilidade pessoal	Muito bom (3)	
Processo decisório	Planejamento participativo e priorização das ações	Bom (2,1)	Regular (1,8)
	Interferências externas na aplicação dos recursos	Regular (1,8)	
	Acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde (FMS)	Muito bom (3)	
	Programas e projetos municipais	Ruim (0,4)	
Controle social	Participação no Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Bom (2)	Regular (1,3)
	Encaminhamento das deliberações	Bom (2)	
	Estrutura física do CMS	Ruim (0)	
Mecanismos formais de comunicação	Meios regulares e fluxos de comunicação	Regular (1,6)	Bom (2)
	Respostas em tempo hábil	Bom (2,3)	
Monitoramento de indicadores	Acompanhamento dos indicadores	Ruim (0,7)	Ruim (0,7)

Quadro 2 – Resumo dos conceitos alcançados na dimensão operacional

Dimensão Operacional: Regular (1,6)			
Variáveis	Temas centrais	Resultado t	Resultado v
Recursos operacionais	Estrutura física da Secretaria Municipal da Saúde	Ruim (0,8)	Regular (1,4)
	Estrutura física das unidades de saúde	Bom (2)	
Gestão de pessoas	Vínculos trabalhistas	Ruim (0,8)	Regular (1,3)
	Autonomia do secretário para remanejar profissionais	Regular (1,4)	
	Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos (PCCV)	Regular (1,7)	
Mecanismos sistemáticos de educação permanente	Capacitações realizadas	Bom (2)	Bom (2)
	Serviço de educação permanente implantado e ativo	Bom (2)	

Quadro 3 – Resumo dos conceitos alcançados na dimensão da sustentabilidade dos resultados

Dimensão da Sustentabilidade dos Resultados: Bom (2)			
Variáveis	Temas centrais	Resultado t	Resultado v
Construção de parcerias e alianças	Parcerias construídas	Bom (2)	Bom (2)
Acompanhamento e avaliação dos resultados	Ambiente favorável à avaliação dos resultados	Ruim (0,8)	Ruim (0,8)
Previsão e provisão de insumos e equipamentos	Participação do secretário na elaboração do orçamento	Muito bom (3)	Bom (2,5)
	Planejamento da licitação com os gestores intermediários	Bom (2)	
Contabilidade e assessoria jurídica específicas para a secretaria da Saúde	Apoios contábil e jurídico específicos para a Saúde	Muito bom (3)	Muito bom (3)
Participação em discussões na Câmara de Vereadores	Participação frequente do secretário em sessões da Câmara de Vereadores	Regular (1)	Regular (1)
Participação na Comissão Intergestores Regional (CIR)	Participação propositiva na CIR	Bom (2)	Bom (2)
Receita aplicada para a saúde (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS)	15% ou mais dos recursos próprios investidos em saúde	Muito bom (3)	Muito bom (3)

Essa dimensão obteve conceito “bom”, destacando-se positivamente as variáveis que identificaram apoio contábil e jurídico próprios da secretaria municipal de saúde e a aplicação de recursos próprios em saúde.

DISCUSSÃO |

A descentralização proposta pelo SUS ainda não aconteceu plenamente, como foi evidenciado nesse caso. A crítica feita à verticalização das propostas e ao poder centralizado na esfera federal atesta essa lacuna^{7,12}.

Na dimensão organizacional, mesmo havendo um resultado positivo das habilidades e capacitação formal do secretário para o processo de gestão, somado a uma boa avaliação dos mecanismos formais de comunicação, a situação crítica do monitoramento dos indicadores compromete o direcionamento das ações para a resolução dos problemas⁵. Além disso, as dificuldades encontradas nas variáveis “processo decisório” e “controle social” fragilizam o processo de gestão. As entrevistas destacaram que a realidade da secretaria-caso reflete fragilidades identificadas também em outras investigações^{5,6,8}.

Neste aspecto, a verticalização para a tomada de decisões revela centralização do poder na formulação de políticas, limitando a autonomia municipal⁷. Essa situação pôde ser constatada, por exemplo, na análise da variável “Processo decisório”, quando consideradas as falas relacionadas ao tema central “Programas e projetos municipais”. Para tal tema, admitiu-se como premissa que 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. Os achados desta pesquisa reafirmam que a excessiva normatização conferida pelas esferas estadual e federal contribui para essa reduzida autonomia^{5,6}.

Considerando as discussões sobre saber, poder técnico e seus desdobramentos para o poder político, observou-se, na variável “Controle social”, que linguagens técnicas são utilizadas para limitar a apropriação do conhecimento pela população, como meio de reter a informação e o poder gerado por esta⁹.

As relações assimétricas de poder se mostraram fortemente presentes na dimensão operacional, variável “Gestão de pessoas”. Identificou-se que, além dos servidores estatutários, existem profissionais com vínculos precários,

sejam eles aprovados em processos seletivos, por tempo determinado, ou contratados por meio de cooperativas, configurando a terceirização no setor Saúde que ocorre no país¹³. O cenário encontrado no município, sobre os profissionais do SUS, relaciona-se à existência de uma dívida histórica com os trabalhadores que construíram o SUS, dado que estão submetidos à precarização do trabalho^{13,14}.

Isso é visto como problema tanto pelo Gestor 1 quanto pelo 12, pois torna necessária nova capacitação para os profissionais que substituem os demitidos. Ao verbalizar que é uma ocorrência comum e prevista, atesta que a interrupção do processo de trabalho na secretaria, em decorrência da fragilidade dos vínculos, faz parte da gestão, e não se dá por acaso, refletindo a desestruturação do serviço público após a Reforma do Estado na década de 1990^{8,15}. Portanto, a precarização do trabalho no setor público também é reconhecida pelos gestores do SUS, bem como seu impacto para o processo de gestão¹⁶.

Considerando-se que essa questão também atinge profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde apenas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são empossados mediante seleção pública, admite-se que a ESF no município é executada por profissionais temporários, contradizendo a perspectiva de vínculo entre profissionais e comunidade, pilar da iniciativa ministerial¹⁷.

De acordo com o Gestor 9, os trabalhadores contratados são admitidos após indicações. Não havendo transparência nesse processo, a terceirização da mão de obra em Saúde surge como mais um instrumento de aparelhamento da máquina pública em favor dos que estão no poder. Sinaliza-se que esse cenário de instabilidade das equipes é prejudicial ao processo de gestão, pois pode desqualificar a prestação dos serviços¹⁶.

O balanço dos conceitos obtidos (Quadro 2) demonstra que a dimensão operacional foi avaliada como regular, indicando que o secretário de saúde municipal, mesmo detendo o poder técnico aferido pela experiência prévia e capacitação formal, não conseguiu implementar medidas suficientes para qualificar a execução das atividades⁹.

A dimensão da sustentabilidade dos resultados obteve conceito “bom”. As entrevistas indicaram em algumas variáveis que tanto o poder administrativo quanto o técnico são capazes de conferir poder político. De acordo,

a literatura afirma que, no setor saúde, o poder político assume um nível diferente, que o hierarquiza sobre os outros⁹.

Com relação à variável sobre o investimento de recursos próprios em saúde, a aplicação de mais de 15% da receita, exigida pela Emenda Constitucional 29, condiz com a realidade da maioria dos municípios brasileiros. Contribuem para isso tanto o aumento dos investimentos com pessoal quanto a necessidade de complementar os incentivos recebidos do governo federal^{6,12}.

Diferentemente do observado neste estudo de caso, em pesquisa também realizada na Bahia, os melhores resultados alcançados pelos municípios diziam respeito à dimensão operacional. No entanto, afirmou-se que esse desempenho se deveu mais à capacidade técnica e compromisso dos gestores intermediários e profissionais que aos gestores máximos⁵.

Importante destacar que, para a obtenção de uma avaliação favorável do processo de gestão, é necessário um equilíbrio entre as dimensões avaliadas. Portanto, o não equilíbrio entre elas poderá inviabilizar em médio e longo prazo o desenvolvimento de ações e serviços que qualifiquem a gestão descentralizada no SUS municipal.

CONCLUSÃO |

A avaliação positiva na dimensão da sustentabilidade dos resultados indica possibilidades para a construção de novas parcerias e mobilização de grupos sociais. Os resultados encontrados estão alinhados com o pressuposto teórico, pois as melhores avaliações do processo de gestão disseram respeito a situações em que a competência e habilidade de decidir, executar o decidido e de manter parcerias e alianças com outras instâncias foram evidenciadas ou referendadas.

Como limitação do estudo, convém destacar que, por se tratar de um estudo de caso único, os resultados apresentados retratam uma situação em dado momento político, social e econômico, não sendo possíveis generalizações analíticas. Recomenda-se a necessidade de o secretário municipal de saúde desenvolver estratégias que qualifiquem o processo decisório e viabilizem a execução das atividades planejadas.

AGRADECIMENTOS |

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB) pelo financiamento da pesquisa maior, da qual o estudo de caso é um recorte;

Ao Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde (GESTIO)/UEFS, que foi estruturado com recursos da pesquisa.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 03 set 2016]. Disponível em: URL: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [acesso em 08 nov 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>.
3. Brasil. 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 [Internet]. Diário Oficial da União 29 jun 2011 [acesso em 15 nov 2016]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.
4. Brasil. Governo do Estado da Bahia. Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial do Estado da Bahia 12 set 2014 [acesso em 09 nov 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.secom.ba.gov.br/arquivos/File/LEI13204.pdf>>.
5. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, Tanaka OY, Ramos FM, Santana MCC et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012; [acesso em 22 maio 2012]; 17(4):873-82. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a10.pdf>>.
6. Silva SF, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 13 nov 2016]; 19(11):4427-38. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104427>.
7. Santos SSBS, Melo CMM, Dallaire C, Perreault M, Araujo EM, Carvalho ESS et al. Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015; [acesso em 12 nov 2016]; 19(54):443-54. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300443>.
8. Guimarães MCL, Melo CMM, Santos, SMC, Sanches Filho A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: um caso na saúde. In: Melo CMM, Fagundes NC, Santos TA, organizadores. Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação. Salvador: EDUFBA; 2012. p. 17-52.
9. Testa M. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: Rivera FJU, Testa M, Matus C. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1992. p. 57-104.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Silva JM, Nascimento MAA. Planejamento em saúde: a dialética entre teoria e prática. Vitória da Conquista: UESB; 2011.
12. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 15 nov 2016]; 21(5):1511-24. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501511&script=sci_abstract&tlng=pt>.
13. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso em 17 nov 2016]; 29(10):1927-36. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en>.

14. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2013 [acesso em 16 nov 2016]; 38(127):11-21. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=pt>.

15. Alves SMP, Coelho MCR, Borges LH, Cruz CAM, Massaroni L, Maciel PMA. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [acesso em 14 nov 2016]; 20(10):3043-50. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003043&lng=en>.

16. Costa GMC, Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV. Perfil demográfico e das condições de trabalho: a realidade das equipes de saúde implantadas em unidades prisionais. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 10 nov 2016]; 16(4):13-22. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/11169/7779>>.

17. Barcelos MRB, Cohen SC, Brandão MRA, Cruz SCS, Zandonade E, Figueiredo TAM et al. A trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 14 nov 2016]; 15(4):69-79. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/7602/5265>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Alexandro Gesner Gomes dos Santos

Rua F, 52, Feira X,

Feira de Santana/BA, Brasil

CEP: 44006-356

Tel.: (75) 3011-7600

E-mail: alexandrognesner@gmail.com

Submetido em: 15/07/2016

Aceito em: 02/01/2017