

**ÁREA TEMÁTICA: Administração Pública, Governo Estado e Sociedade  
e Terceiro Setor**

**O USO DA CAPACIDADES DINÂMICAS ATRAVÉS DOS RESULTADOS DO  
PREVINE BRASIL NAS CAPITALS BRASILEIRAS**

## **RESUMO:**

O presente estudo objetiva avaliar o uso das capacidades dinâmicas através do desempenho da atenção primária à saúde a partir do Indicador Sintético Final (ISF) nas capitais do Brasil nos anos de 2021 e 2022. A análise das capacidades na área da saúde é torna-se necessário pois permite identificar métodos eficazes de gestão estratégica, o que é fundamental para a geração de desempenho em saúde pública. Assim, foi realizada uma pesquisa exploratória a partir de um levantamento documental realizado com as 27 capitais das unidades federativas do Brasil. Os dados foram coletados em bases de dados secundárias disponíveis de forma pública nos anos de 2021 e 2022. Nos resultados observou-se que em 26 capitais o indicador sintético final sofre influência do financiamento com magnitude positiva e da quantidade de equipes com magnitude negativa ambas significativamente, já a cobertura da atenção básica não mostrou influenciar a variável estudada. Identificou-se resultados relevantes para uma avaliação inicial do indicador estudado a partir das capacidades e recursos disponíveis, sendo possível associar a teoria das capacidades dinâmicas para compreender os impactos do ambiente no gerenciamento estratégico de políticas públicas e dos recursos financeiros aplicados. Este estudo permitirá ao gestor público alinhar recursos e capacidades estratégicas para as organizações públicas, possibilitando a elaboração de planejamentos alicerçados em indicadores de esforço e de desempenho geradores de resultados com eficazes e impactando diretamente na saúde pública da população brasileira.

**Palavras-Chaves:** Capacidades Dinâmicas. Administração Pública. Atenção Primária à Saúde. Previne Brasil.

## **ABSTRACT:**

This study aims to assess the use of dynamic capabilities through the performance of primary healthcare using the Final Synthetic Indicator (ISF) in the capitals of Brazil in the years 2021 and 2022. Analyzing capabilities in the healthcare sector is necessary as it helps identify effective methods of strategic management, which is essential for generating public health performance. An exploratory research was conducted based on a documentary survey of the 27 state capitals in Brazil. Data were collected from publicly available secondary databases in the years 2021 and 2022. The results showed that in 26 capitals, the final synthetic indicator is positively influenced by funding and negatively influenced by the number of teams, both significantly. However, the coverage of primary care did not show any influence on the studied variable. Relevant findings were identified for an initial evaluation of the studied indicator based on available capabilities and resources. It is possible to associate the theory of dynamic capabilities to understand the impacts of the environment on the strategic management of public policies and financial resources applied. This study will enable public officials to align resources and strategic capabilities for public organizations, allowing the development of plans based on effort and performance indicators that generate effective results, directly impacting the public health of the Brazilian population.

# O USO DA CAPACIDADES DINÂMICAS ATRAVÉS DOS RESULTADOS DO PREVINE BRASIL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

## 1. Introdução

No Brasil, a ideia da Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, baseada nos princípios da Reforma Sanitária que começou nos anos 1970. Esses princípios incluem a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (Lei n. 8.142, 1990). Tais princípios foram escritos com base na Constituição Federal (CF) de 1988 que oficializou os debates sobre a saúde pública na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), estabelecendo a saúde como um direito e garantia fundamental para todos os cidadãos brasileiros, de forma universal, igualitária e integral. A partir desse momento, tornou-se dever do Estado assegurar a saúde como um direito fundamental da população (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Em 2010 teve-se a criação da Portaria n. 4.279 (2010) que implementa as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e estabelece que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser ordenadora, criando redes de serviços assistenciais locais e regionais para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. A atuação da APS como porta de entrada do SUS foi comprovada como eficaz por James e Mendonça (2018) para melhorar os indicadores de adoecimento. No entanto, de acordo com Rasia *et al.* (2020), no estado do Rio Grande do Sul observa-se dificuldades na efetividade no funcionamento da RAS devido à falta de recursos humanos para atender a quantidade de pessoas residentes.

A gestão das RAS e da APS ainda é pouco discutida na área acadêmica, mas estudos sugerem que a eficácia da gestão está ligada à qualidade do acesso na APS, incluindo um bom acolhimento (Camargo, Castanheira, 2020). O Ministério da Saúde avalia o desempenho da APS e fornece incentivos financeiros por meio do programa Previne Brasil, baseado em indicadores definidos na Portaria GM/MS n. 3.222 (2019), introduzindo um novo modelo de financiamento. O repasse financeiro mensal, referente ao desempenho, será condicionado ao resultado obtido pelo município no quadrimestre anterior através do Índice Sintético Final (ISF) que corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados que estão relacionados à pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas e é aferido a cada 4 (quatro) meses com repercussão financeira para os 4 meses subsequentes (Ministério da Saúde, 2023).

Entretanto, o desempenho da assistência depende da eficiência do gestor, para isso, esse gestor precisa ter não apenas conhecimentos teóricos, mas conseguir associar os conhecimentos adquiridos com sua capacidade técnica de administrar o setor que atua. Para o setor saúde faz-se necessário que o gestor tenha uma capacidade administrativa de conseguir mudar o seu planejamento caso aconteça algum evento inesperado de forma que esse evento não influencie na obtenção de desempenho superior na capacidade de ofertar serviços de saúde à população.

Todas as características supracitadas remetem à configuração das capacidades dinâmicas abordadas inicialmente por Teece, Pisano e Shuen em 1997 (Meirelles, Camargo, 2014, Sehnem *et al.* 2022). Alguns escritores direcionam sua atenção à avaliação das capacidades dinâmicas com foco nos elementos internos da empresa. Para eles, a presença de capacidades dinâmicas está vinculada a processos estratégicos e organizacionais (Eisenhardt, Martin, 2000; Meireles, Camargo, 2014; Sehnem *et al.* 2022), ou até mesmo à capacidade da organização de conceber e implementar novas estratégias mais rapidamente que os concorrentes, através do reconhecimento de diversos recursos valiosos. A presença de capacidades dinâmicas é essencial em ambientes em constante mudança. O elemento-chave para essas capacidades é a existência de processos rotineiros que permitem a reconfiguração das habilidades das organizações, incluindo o uso de mecanismos automatizados para implementar mudanças (Meireles, Camargo, 2014; Sehnem *et al.* 2022).

O setor da saúde no Brasil e no mundo tem perpassado um período conturbado de instabilidade em decorrência da pandemia do COVID-19, o que revela o enquadramento desse setor em específico nas características das Capacidades Dinâmicas visto que esta busca avaliar o desempenho dos serviços de forma a evidenciar a geração de eficácia dos indicadores avaliados. Assim, a análise da eficiência na área da saúde é de extrema relevância, considerando a escassez de recursos e o aumento da demanda por acesso a serviços de qualidade. Portanto, identificar métodos eficazes de gerenciar os recursos disponíveis é fundamental para o bom funcionamento de todo o sistema de saúde.

Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo geral avaliar o uso das capacidades dinâmicas através do desempenho da atenção primária à saúde a partir do Indicador Sintético Final (ISF) nas capitais do Brasil nos anos de 2021 e 2022.

## **2. Referencial Teórico**

### **2.1 Contextualizando o financiamento da atenção primária à saúde no Brasil (1970-2001)**

Com a Constituição de 1988, o Brasil abandonou o modelo burocrático em favor de uma abordagem gerencial, resultando em mudanças abrangentes em todos os setores e na reestruturação da administração pública, além da implementação de uma nova política de estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Na saúde, a Lei n. 8.142 (1990) descentralizou o poder, definiu o financiamento no SUS e promoveu a gestão compartilhada com a participação da população em conselhos decisórios. Isso introduziu a participação popular por meio de instâncias colegiadas, formais e informais, enfatizando princípios democráticos, transparência e responsabilidade na relação entre o governo e a sociedade civil.

Para administrar a saúde, foram criadas as normas operacionais básicas (NOB). A primeira, de 1991, estabeleceu os fundamentos essenciais para financiar o SUS, abordando a distribuição de recursos, monitoramento, controle e avaliação para estados e municípios. Essa norma fortaleceu a descentralização de poderes e foi o primeiro regulamento financeiro (Scatena, Tanaka, 2001, Caetano, Sampaio, Costa, 2018).

Em 1992, a NOB/91 foi substituída por uma nova versão que diminuiu os repasses para municípios e aumentou para os estados. Em 1993, outra atualização da NOB introduziu comissões intergestores e conselhos municipais, proporcionando maior autonomia na administração dos pagamentos a prestadores de serviços de saúde, públicos ou privados (Scatena, Tanaka, 2001, Caetano *et al.* 2018, Scatena, Tanaka, 2001, Caetano *et al.* 2018). Em 1996, a NOB/93 foi substituída pela NOB/96, que reestruturou o gerenciamento municipal de saúde em três áreas: assistência hospitalar e ambulatorial, vigilância sanitária e epidemiologia e controle de doenças. Cada área tinha limites mínimos e máximos de gastos, determinando os valores a serem repassados da União para os estados e, em seguida, para os municípios (Scatena, Tanaka, 2001; Nogueira, Oliveira, Costa, 2021; Grespan, Bizário, 2022).

A NOB/96 buscava avançar na implementação do SUS no Brasil, enfocando a gestão plena da atenção básica como um passo importante na descentralização. Isso deu aos municípios a liberdade para adaptar e criar ações de saúde conforme a necessidade local, aumentando sua autonomia na prestação de serviços de saúde (Preuss, 2018, Caetano *et al.* 2018). A atenção básica é financiada pelos três níveis de governo com repasses diretos e diários por meio do fundo nacional de saúde, proporcionando maior autonomia e responsabilidade aos municípios na gestão dos recursos (Kroth & Guimarães, 2019).

Em 2001, a NOB/96 foi substituída pela NOAS, que redefiniu a gestão do sistema de saúde com base nos níveis de atenção à saúde. Isso diminuiu a autonomia dos municípios e aumentou o papel dos estados na gestão (Preuss, 2018, Caetano *et al.* 2018). Em 2002, outra NOAS foi criada para enfatizar a regionalização e consolidar as diretrizes da NOAS/01. Essas mudanças visavam fortalecer a eficiência e efetividade do sistema de saúde, focando na coordenação e integração dos serviços de saúde em níveis regionais (Preuss, 2018, Caetano *et al.* 2018).

## **2.2 Do PMAQ ao Previne Brasil (2011-2023)**

Uma das principais orientações do Ministério Da Saúde é estabelecer uma gestão pública baseada em incentivos, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para toda a população. Diante dessa perspectiva, foram implementados diversos esforços para ajustar e alcançar as estratégias estabelecidas na política nacional de atenção básica (PNAB). Entre esses esforços, um que ganhou destaque nacional em 2011 foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído por meio da Portaria n. 1.654 GM/MS (2011).

O PMAQ-AB foi instituído para somar ao piso variável básico do financiamento do SUS, no qual o seu principal objetivo foi incentivar a ampliação do acesso e aprimorar a qualidade da atenção básica, assegurando um padrão de qualidade comparável em âmbito nacional, regional e local. Com isso, procurava-se alcançar maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) (Portaria n. 1.645 GM/MS, 2015). Considerando os avanços na institucionalização da APS, o estudo realizado por Silva *et al.* (2021) examinou os efeitos observados após a implantação do terceiro ciclo do PMAQ-AB no Nordeste e identificou que a gestão começou a realizar um planejamento, o que representou um marco significativo na organização dos serviços de saúde, capaz de estimular mudanças nas realidades locais.

No entanto, quando o Ministério da Saúde percebeu que o PMAQ-AB gerou impactos positivos e evitou perdas para a população, foi criado um programa com novas ações destinadas a abordar as fragilidades identificadas durante o monitoramento do PMAQ-AB. Assim, através da Portaria n. 2.979 GM/MS (2019), foi estabelecido o Previne Brasil, um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS). Esse programa utiliza a captação ponderada para o financiamento da APS, implementa o pagamento por desempenho e incentiva a realização de ações estratégicas, além de fornecer incentivos financeiros com base em critérios populacionais.

O Previne Brasil entrou em vigor a partir de 2020, substituindo o antigo modelo de financiamento, que era composto pelo PMAQ-AB e o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável. Esse novo modelo de financiamento modifica algumas modalidades de transferências para os municípios, passando a distribuir os recursos com base em três critérios principais: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Portaria n. 2.979 GM/MS, 2019). A proposta tem como essência a construção de um modelo de financiamento direcionado a ampliar o acesso das pessoas aos serviços da atenção primária, bem como a fortalecer o vínculo entre a população e as equipes de saúde. Isso se baseia em mecanismos que incentivam a responsabilidade dos gestores e dos profissionais em relação às pessoas que recebem assistência (Portaria n. 2.979 GM/MS, 2019).

O Previne Brasil equilibra os valores financeiros per capita, considerando a população efetivamente cadastrada nas equipes de saúde da família (ESF) e de atenção primária (EAP), juntamente com o desempenho assistencial das equipes, além de oferecer incentivos específicos, como a ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), a presença de equipes de saúde bucal, a informatização (Informatiza APS), as equipes de consultório na rua, as equipes que servem como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros programas relevantes (Portaria n. 2.979 GM/MS, 2019).

Os indicadores escolhidos atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, detalhamento, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados usados no cálculo. A atribuição de pesos distintos foi baseada na relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde, assim como no grau de dificuldade para alcançar as metas, o que reflete o desempenho da gestão e das equipes na execução das ações, programas e estratégias (Portaria n. 2.979 GM/MS, 2019). Dentre os propósitos de acompanhar os indicadores destacam-se: identificar os resultados alcançados e a eficácia ou a necessidade de aprimoramento das estratégias de intervenção; fornecer suporte na definição de prioridades e no planejamento de ações para aprimorar a qualidade da atenção primária à saúde (APS); e fomentar a democratização e transparência da gestão, por meio da divulgação pública de metas e resultados alcançados (Portaria n. 2.979 GM/MS, 2019).

Devido à pandemia da Covid-19, a atenção primária à saúde suspendeu atividades, resultando em menos serviços ambulatoriais devido às medidas preventivas. Isso reduziu a demanda e a cobertura em 2021. Introduziu-se o Protocolo de Manchester "fast-track" para melhorar a organização e triagem, agilizando o fluxo de pacientes nas unidades de saúde, visando minimizar deslocamentos desnecessários para outros níveis de atendimento médico (Morais *et al.* 2021). Apesar dos desafios enfrentados durante a pandemia, de acordo com Silva *et al.* (2021), é essencial implementar uma ferramenta de gestão do cuidado para assegurar a continuidade das ações de saúde na APS. Isso pode ser alcançado pela reorganização do processo de trabalho, que pode ter sido prejudicado durante a pandemia.

O Previne Brasil começou em 2020, quando o foco estava na Covid-19. Os repasses federais eram baseados em indicadores máximos para todos, mas agora consideram os resultados reais das equipes de saúde. No entanto, a implementação está acontecendo gradualmente devido à persistência da pandemia (Portaria n. 2.979 GM/MS, 2019).

### **2.3 Capacidades Dinâmicas e sua aplicação prática**

A capacidade dinâmica é descrita como a habilidade de reconfigurar, redirecionar, transformar e integrar de forma eficaz as competências essenciais já presentes com recursos externos e ativos estratégicos adicionais, a fim de lidar com os desafios de um ambiente competitivo e em constante evolução, sujeito a pressões temporais e mudanças rápidas (Okano *et al.* 2020).

O termo "dinâmica" se refere à capacidade de renovar habilidades a fim de alinhar-se com as transformações no ambiente. São necessárias respostas inovadoras quando a velocidade de entrada no mercado é crucial, a evolução tecnológica é rápida e a natureza da concorrência e dos mercados futuros é incerta. Por outro lado, o termo "capacidade" destaca o papel fundamental da gestão estratégica na adaptação, integração e reconfiguração adequadas de habilidades, recursos e competências internas e externas da organização para atender às exigências de um ambiente em constante mutação (Okano *et al.* 2020).

A maior influência da capacidade dinâmica reside na maneira e no método que a empresa emprega para cultivar e atualizar suas competências. Isso é moldado tanto pelas decisões internas da empresa quanto pelas mudanças que ocorrem no ambiente organizacional (Okano *et al.* 2020).

As capacidades dinâmicas podem ser empregadas como um respaldo para a introdução de novos produtos ou serviços, tendo em vista que a adaptação às transformações no ambiente é uma necessidade imperativa ou seja, pode ser um espaço para implementação de inovações a depender do contexto em que está inserida. (Acevedo-Gelves, Albornoz-Arias, 2019).

A perspectiva sobre capacidade dinâmica (CD) representa uma das teorias que esclarecem essas transições rápidas e mudanças nas organizações, mediante a reorganização da estrutura organizacional e aprimoramento das habilidades, enquanto se mantém vigilante em relação ao ambiente e aos recursos disponíveis pela organização. A pandemia do COVID-9 no ano de 2020 gerou uma crise global e levou a todos os gestores a pensarem rapidamente em estratégias inovadoras para conseguir manter o nível de desempenho durante esse período (Wecker, Froehlich, Gonçalves, 2021).

Assim, apesar do exemplo da pandemia do COVID-19, é possível notar através da história de todo o percurso desde a criação do SUS que constantemente o sistema de saúde perpassa por mudanças que levam a todos os profissionais atuantes precisarem mudar toda a sua rotina para se adaptarem à nova realidade.

### 3. Metodologia

A presente pesquisa classifica-se como pesquisa exploratória que se baseia na perspectiva de Creswell (2010), esse tipo de estudo objetiva compreender a influência do contexto e ambiente no cotidiano da população pesquisada. Os resultados foram obtidos através de uma análise documental, utilizando dados secundários coletados tanto de estudos qualitativos quanto quantitativos (Creswell, 2010).

Ao que se refere a área de abrangência da pesquisa, optou-se por estudar as 27 capitais das unidades federativas do Brasil. Os dados utilizados no presente estudo foram coletados em bases de dados secundárias do e-Gestor Atenção Básica (AB), que possui domínio público disponibilizado pelo Ministério da Saúde, de onde foram coletados o histórico de cobertura da APS no período de 2021 e 2022, por mês e ano, sendo realizada em agosto de 2023. Como variável dependente foi utilizado o ISF. Como variáveis independentes foram utilizados o mês, o ano, número de equipes de saúde da família, cobertura da Atenção Básica e financiamento total recebido por cada município, que ao focalizar o estudo totalizaram seis variáveis. A partir disso, 650 dados foram extraídos para análise (Ministério da Saúde, 2019).

Os dados supracitados foram organizados na ferramenta *Microsoft Excel*<sup>®</sup>, em seguida, foram transferidos para o software *Stata*, onde foi usada a análise multivariada. Para identificar as influências das variáveis independentes sobre a variável dependente, realizou-se análise de regressão múltipla. Essa permitiu a seguinte modelagem para identificação das influências entre as variáveis: ISF (Y), mês (X<sub>1</sub>), ano (X<sub>2</sub>), Cobertura da Atenção Básica (X<sub>3</sub>), número de equipes de saúde da família (X<sub>4</sub>). Durante a análise foi possível realizar quatro modelos de regressão que estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Modelos de regressão.

Modelos de Regressão para Cobertura de Atenção Básica (COBERTURAAB)	
1	$Y(\text{isf}) = \beta_0 X_0 + \beta_1 \text{mês} + \beta_2 \text{ano} + \beta_3 \text{equipe} + \beta_4 \text{vtfianc} + \beta_5 \text{cobert} + u$
2	$Y(\text{isf}) = \beta_0 X_0 + \beta_1 \text{mês} + \beta_2 \text{ano} + \beta_3 \text{equipe} + \beta_4 \text{vtfianc} + u$
3	$Y(\text{isf}) = \beta_0 X_0 + \beta_1 \text{mês} + \beta_2 \text{ano} + \beta_3 \text{cobert} + u$
4	$Y(\text{isf}) = \beta_0 X_0 + \beta_1 \text{equipe} + \beta_2 \text{vtfianc} + \beta_3 \text{cobert} + u$

Fonte: Dados da pesquisa 2023.

A análise dos modelos de regressão mencionados foi conduzida utilizando o método de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO), no qual foram verificadas a linearidade dos parâmetros de regressão, a aleatoriedade da amostra e a presença de colinearidade não perfeita entre as variáveis independentes. Esse último aspecto foi examinado por meio do teste de White, que avaliou a homoscedasticidade dos modelos, verificando se a mesma variância estava presente em todas as combinações de resultados (Favaro, Belfiore, 2017).

### 4. Análise dos resultados e discussões

O Brasil possui 27 unidades federativas, cada uma com sua respectiva capital. A tabela 1 apresenta a média anual das capitais por região administrativa nos anos de 2021 e 2022 do ISF, quantitativo de equipes de saúde da família e da cobertura da Atenção Básica.

Nas capitais das regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte e Sul, observa-se que o quantitativo de equipes não influenciou no ISF de forma positiva pois onde se tinha

menos equipes tinha-se um ISF mais alto, isso também ocorreu com a Cobertura da Atenção Básica, nota-se ainda que não houve grande variação nesta variável. Já na região Sudeste tem-se uma observação para São Paulo, houve um aumento na quantidade de equipes, porém o ISF e a Cobertura da Atenção Básica não sofreram grandes variações, variando 2,5.

Além disso, os dados apresentados na tabela 1 mostram que as notas do ISF foram maiores quando o quantitativo de equipes foi menor. Observa-se que a cobertura da atenção básica não influenciou nos resultados do ISF pois, como pode ser observado em Florianópolis e Teresina em ambos os anos estudados, teve-se uma alta cobertura da atenção básica e um baixo ISF. Entretanto o oposto pode ser visto em Maceió.

Em Curitiba no ano de 2022 o município teve uma nota do ISF de 6,83 e uma cobertura de atendimento populacional de 50.29%, é importante observar que a média mensal de equipes atuantes foi de 92 equipes, diferente do observado em 2021 que se teve uma média de equipes de 187 mensal, porém teve-se uma maior cobertura da atenção básica e um menor ISF.

Esses resultados mostram que não existe uma ligação entre o quantitativo a cobertura da atenção básica e a nota do ISF. Além disso, nota-se que houve um esforço maior em atender a população que faz parte dos indicadores para obtenção de nota do ISF, e conseqüentemente recurso orçamentário, e menor atenção aos outros usuários de forma que houve uma redução na cobertura populacional de atendimentos na atenção básica conhecido através do indicador de cobertura da atenção básica. Pois, se as ações estivessem voltadas para toda a população de forma equitativa à medida que o ISF aumentasse, a cobertura da atenção básica seguiria o mesmo padrão de aumento da nota do ISF.

Essa observação destaca a importância de direcionar uma maior atenção às políticas de atenção à saúde, a fim de identificar as lacunas que existem no território. Esse enfoque permitirá uma análise mais aprofundada dos indicadores estudados, visando aprimorar a qualidade dos serviços prestados e propor melhorias. Ao compreender as deficiências presentes, será possível implementar estratégias eficazes e direcionadas para abordar essas questões, contribuindo para aprimorar o sistema de saúde de forma mais eficiente e abrangente.

**Tabela 1** - ISF, Equipes de saúde da família, Cobertura da Atenção Básica, por ano, por capital, por estado e por região.

Estado	Capital	Ano	ISF	Equipes de saúde da família (n)	Cobertura da Atenção Básica (%)
<b>Região Centro-oeste</b>					
Distrito Federal	Brasília	2021	4.10	431	64.81
		2022	5.87	243	70.27
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	2021	3.83	168	89.12
		2022	5.51	88	88.30
Mato Grosso	Cuiabá	2021	4.06	94	66.13
		2022	4.71	51	63.92
Goiás	Goiânia	2021	2.59	192	49.72
		2022	3.83	96	51.00
<b>Região Nordeste</b>					
Sergipe	Aracaju	2021	4.68	133	76.90
		2022	5.52	67	75.93
Ceará	Fortaleza	2021	5.23	461	61.63
		2022	5.56	232	61.74

Paraíba	João Pessoa	2021	2.45	199	87.89
		2022	3.07	111	87.01
Alagoas	Maceió	2021	5.60	79	28.33
		2022	6.92	39	29.33
Rio Grande do Norte	Natal	2021	4.48	133	59.26
		2022	5.95	71	59.94
Pernambuco	Recife	2021	3.48	269	71.51
		2022	4.17	135	71.12
Bahia	Salvador	2021	1.62	323	52.13
		2022	2.81	168	53.65
Maranhão	São Luiz	2021	3.64	121	49.65
		2022	4.74	67	52.57
Piauí	Teresina	2021	4.01	260	105.22
		2022	4.80	130	105.45
<b>Região Norte</b>					
Pará	Belém	2021	2.95	95	42.18
		2022	3.65	52	42.44
Roraima	Boa Vista	2021	5.13	30	53.10
		2022	4.76	60	48.63
Amapá	Macapá	2021	2.67	55	55.26
		2022	3.31	27	61.86
Amazonas	Manaus	2021	5.86	255	64.37
		2022	7.89	152	63.28
Tocantins	Palmas	2021	5.39	79	99.71
		2022	6.37	41	95.57
Acre	Rio Branco	2021	4.54	38	78.59
		2022	3.93	67	79.81
Rondônia	Porto Velho	2021	4.08	75	60.24
		2022	5.15	38	63.17
<b>Região Sudeste</b>					
Minas Gerais	Belo Horizonte	2021	3.75	587	83.08
		2022	4.23	293	83.22
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	2021	5.71	1074	59.71
		2022	6.47	542	65.45
São Paulo	São Paulo	2021	4.27	753	46.93
		2022	4.00	1509	50.56
Espírito Santo	Vitória	2021	3.38	81	92.91
		2022	4.75	41	91.52
<b>Região Sul</b>					
Paraná	Curitiba	2021	4.60	187	52.37
		2022	6.83	92	50.29
Santa Catarina	Florianópolis	2021	2.47	121	110.31
		2022	5.83	63	109.13
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	2021	3.62	250	82.65
		2022	5.66	124	84.77

Fonte: Dados da pesquisa 2023.

Campos, Barros e Castro (2004) corroboram com os achados neste estudo, uma vez que os autores ressaltam a extrema importância da avaliação e do acompanhamento das políticas públicas na área de saúde. Eles enfatizam que é por meio da mobilização social, do fortalecimento dos movimentos sociais e do processo de elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas que se encontram as bases para trabalhar na melhoria da qualidade de vida. Segundo Cunha (2006), a avaliação de programas ou políticas pode se concentrar em diferentes aspectos, tais como produto, impacto, eficácia, eficiência e efeito.

O foco deste trabalho foi a avaliação da eficiência, considerando que o termo "eficiência" possui várias interpretações. Para embasar esse estudo, utilizou-se a definição de Ferreira (2005), Cabral, Ferreira, Batista, Cerqueira (2019), que conceituam eficiência como a capacidade ou habilidade de usar os recursos disponíveis de forma mais adequada para alcançar um resultado pretendido. A eficiência de uma unidade produtiva é determinada por diversos fatores relacionados, e a medida de eficiência é uma relação ponderada entre os resultados obtidos (outputs) e os recursos utilizados (inputs).

A eficiência pode ser dividida essencialmente em dois componentes: eficiência técnica, que reflete a habilidade de uma unidade em obter o máximo produto com um determinado conjunto de insumos; e eficiência alocativa, que reflete a habilidade da unidade em utilizar os insumos em proporções ótimas, considerando seus preços relativos. A eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) gera impactos positivos não somente no seu próprio nível de atendimento, mas também influencia de maneira favorável outros níveis de cuidado, como os serviços de média e alta complexidade (Cabral *et al.* 2018).

De acordo com Ibañez *et al.* (2006) e Monteiro e Padilha (2023), o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) tem influência nas internações por condições sensíveis a esse nível de atenção. Portanto, uma APS eficiente pode resultar na redução de internações hospitalares e no uso de procedimentos terapêuticos mais complexos e custosos, contribuindo para diminuir os gastos no sistema de saúde. O ato de cuidar está intrinsecamente ligado aos processos de reprodução social, à economia, à organização política, à preservação da cultura e à própria continuidade da vida.

Conforme Nancy Fraser, a crise atual no cuidado está associada à diminuição dos investimentos estatais no bem-estar social, o que intensifica as pressões de diversas origens sobre as capacidades sociais, como criar e educar crianças, cuidar da saúde, manter lares e comunidades, afetando especialmente grupos populacionais mais pobres. Essas necessidades estão confrontando contradições emergentes do capitalismo financeirizado.

A pandemia global de Covid-19 tem colocado em evidência essas contradições. Nações que investem em sistemas públicos de saúde e em estratégias eficientes para identificar, tratar e recuperar pessoas infectadas conseguem enfrentar a crise sanitária com menos prejuízos. Isso destaca a importância do investimento em políticas universais, mostrando como essas abordagens são fundamentais para lidar com os desafios enfrentados durante a pandemia de Covid-19 (Cabral *et al.* 2018).

Ao que diz respeito aos resultados da tabela 2, o primeiro modelo de regressão se apresentou estatisticamente significativo a 1%, com o valor do teste  $f$  de 37.60. Ao analisar o impacto que as variáveis independentes tiveram sobre a variável dependente, identificou-se um valor de impacto no  $R^2$  de 21,07%, ou seja, a variação da nota do ISF é explicada pelas variáveis independentes. A variável mês e ano apresentaram uma significância a 1% com magnitude positiva, inferindo que quanto mais próximo ao final do ano maior a nota do ISF. O quantitativo de equipes de saúde da família apresentou uma relação proporcional com significância a 1% e magnitude negativa, o que infere que quanto menor o município, menor o quantitativo de equipes de saúde da família no município e melhor a nota do ISF. Porém, a variável de cobertura da atenção básica não se apresentou com significância estatística.

O segundo modelo de regressão também se apresentou estatisticamente significativa a 1%, com teste *f* de 46.77. Quanto ao grau de impacto mensurado pelo R<sup>2</sup> 21% da nota do ISF, pode ser explicado pelas variáveis mês, ano, quantitativo de equipes e valor do financiamento recebido; nesse modelo não foi utilizado a cobertura da atenção básica. Os resultados se apresentaram conforme o modelo de regressão 1.

No terceiro modelo de regressão foi apresentada significância a 1%, com valor do teste *f* de 53.20. Todavia, nesse modelo foram utilizadas apenas as variáveis mês, ano e cobertura da atenção básica. Quando avaliado o impacto que as variáveis independentes tiveram sobre a variável dependente, obteve-se R<sup>2</sup> 19%, observando-se assim uma redução de 2% quando comparado com os modelos anteriores. Ou seja, as mudanças no ISF são explicadas a 19% por essas variáveis. Cabe destacar que a cobertura da atenção básica não apresentou significância como o apresentado no modelo 1, onde essa mesma variável não teve significância estatística.

O quarto e último modelo de regressão mostrou-se significativo a 1%, com valor do teste *f* de 9.40. Para esse modelo foi utilizado apenas o número de equipes de saúde da família, valor total do repasse financeiro e a cobertura da atenção básica, que apresentaram um impacto com R<sup>2</sup> de 5,74%, apontando uma redução em comparação com os modelos descritos anteriormente, porém ainda sendo estatisticamente significativo. Cabe destacar que número de equipes da família e a cobertura da atenção básica apresentaram magnitude negativa, este último não apresentou significância estatística.

**Tabela 02** - Resultados dos modelos de regressão.

Variáveis	Reg 01	Reg 02	Reg 03	Reg 04
Constante	-2007.504*** (-9.99)	-2005.217*** (-9.99)	-2094.26*** (-10.53)	4.446017*** (19.01)
Mês (Z-mês)	.0795372*** (5.51)	.079268*** (5.49)	.0881165*** (6.28)	-
Ano (Z-ano)	.9950475*** (10.01)	.9938464*** (10.01)	1.038071*** (10.55)	-
Número de equipes de saúde da família (Zequipe)	-.0008502*** (-2.99)	-.0008628*** (-3.05)	-	-.0019077*** (-5.03)
Valor total do financiamento (Zvtfianc)	3.84e-07*** (4.59)	3.94e-07*** (4.77)	-	6.44e-07*** (5.26)
Cobertura da Atenção Básica (Zcorbet)	-.0019946 (-0.74)	-	-.0035812 (-1.39)	-.0013344 (-0.43)
R <sup>2</sup>	0.2107	0.2100	0.1900	0.0574
Estatística F	37.60***	46.77***	53.20***	9.40***
Teste de White	83.04 (0.4739)	75.52 (0.4663)	74.79 (0.4438)	76.15 (0.4712)
Amostra	648	648	648	648

Fonte: Dados da pesquisa 2023. \*\*\**p*≤0,01 (significante a 1%); \*\**p*≤0,05 (significante a 5%); e \**p*≤0,10 (significante a 10%). Variáveis padronizadas (Zscores)

A capacidade dinâmica é a habilidade de uma organização para integrar, construir e adaptar competências internas e externas em cenários de mudanças rápidas. As competências são conjuntos de processos organizacionais específicos que são impulsionados por ativos difíceis de serem imitados. A dinâmica ocorre em situações com rápidas mudanças tecnológicas e de mercado que afetam a empresa (Maireles, 2019).

Segundo alguns autores, a mudança deve ser sistemática e repetitiva, baseada em processos e rotinas, não basta apenas mudar ou inovar (Eisenhardt, Martin, 2000 Winter, 2003, Zollo, Winter, 2002, Mouhcine *et al.* 2023). É crucial

entender as necessidades de cada município e o cotidiano dos profissionais para garantir inovações sistemáticas. A capacidade dinâmica de aprendizado desempenha um papel fundamental nesse contexto, pois é um recurso estratégico valioso, raro e difícil de ser imitado pelos concorrentes. Esses recursos são essenciais para o sucesso das organizações, diferenciando-as no mercado e ajudando a alcançar uma posição vantajosa e única (Loureiro, Ferreira, Simões, 2019).

Nesse contexto, os resultados apresentados mostram que a nota ISF aumentou à medida que o financiamento destinado às capitais aumentou. Porém, cabe destacar que embora esses dados tiveram relação direta e positiva, o percentual de cobertura da atenção básica não influenciou tendo uma relação inversa e não significativa, o que revela que o financiamento e o ISF não alteram o quantitativo de pessoas atendidas nas capitais. Além disso, nota-se que existe a necessidade de ampliação da transparência com vistas a averiguar o quantitativo de valores destinados à capacitação profissional, conhecida na área da saúde como educação permanente, insumos, condições de trabalho e insumos para atuação diária dos profissionais atuantes na assistência da APS. Isso, em decorrência de que se esperava que, quanto maior o ISF, maior o valor do financiamento, maior o quantitativo de equipes atuantes e melhor a cobertura da atenção primária.

Winter (2003) e Mouhcine *et al.* (2023) categoriza as capacidades organizacionais em dois níveis: as capacidades de nível zero (capacidades operacionais) e as capacidades de nível superior, onde estão incluídas as capacidades dinâmicas. Uma organização que se baseia apenas em suas capacidades operacionais não é capaz de criar mudanças. Essa organização sobrevive vendendo o mesmo produto ou serviço para o mesmo público de clientes, sem a habilidade de efetuar alterações em suas rotinas. Essa abordagem não permite evolução e não proporciona uma vantagem competitiva distinta. Por outro lado, quando a organização consegue modificar seus procedimentos, desenvolvendo novos processos, produtos e serviços, além de expandir a escala ou a base de usuários do sistema de saúde atendidos, ela demonstra possuir capacidades dinâmicas. A existência desse conjunto de capacidades dinâmicas é o que possibilita que a organização alcance e mantenha um desempenho superior no longo prazo.

Eisenhardt e Martin (2000) afirmam que as capacidades dinâmicas são resultado da combinação de capacidades e rotinas simples, todas inter-relacionadas entre si, sendo que algumas podem servir de base para outras e, portanto, devem ser aprendidas primeiro. Da mesma forma, de acordo com Winter (2003) e Mouhcine *et al.* (2023), uma capacidade organizacional é uma rotina de alto nível, ou um conjunto de rotinas que, em conjunto com o fluxo de entrada, proporciona à gestão da organização um conjunto de opções para alcançar resultados significativos. As capacidades dinâmicas são compostas por conjuntos de rotinas que impulsionam mudanças organizacionais, denominadas rotinas de busca, conforme mencionado por Nelson e Winter (1982) e Hidalgo (2021).

Ao se avaliar os dados produzidos e realizar essa avaliação de monitoramento, conhecido na saúde como análise epidemiológica de vigilância em saúde, observa-se que os serviços de saúde parecem estar voltados ao nível zero, ou seja, as suas capacidades organizacionais o que impossibilita atingir o nível superior que é onde se encontram as capacidades dinâmicas. Nota-se que existe a tentativa do MS de inserir fluxos de rotina nos serviços de APS como as “Linhas de Cuidado” que são os fluxos que cada paciente deve percorrer dentro da RAS de

acordo com a doença crônica que possui. Todavia, estes são construídos em formato padrão para serem implementados em todo o país. Dessa forma, esquecendo-se das particularidades existentes não apenas em cada unidade federativa, mas também em cada município (Ministério da Saúde, 2020). O que dificulta a implementação dessas ações e conseqüentemente melhoria dos indicadores de saúde em um âmbito geral.

### **5. Considerações finais**

Este estudo avaliou o impacto das capacidades dinâmicas no desempenho da atenção primária à saúde nas capitais do Brasil em 2021 e 2022, usando dados secundários do E-Gestor sobre financiamento da atenção básica de 27 capitais. Foram aplicadas análises estatísticas descritivas e multivariadas.

Ao que diz respeito aos resultados nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte e Sul, quanto menos equipes nas capitais maior o ISF, com pouca variação na cobertura da atenção básica. Na região Sudeste, São Paulo se destacou ao dobrar o número de equipes, com pouca interferência nos valores de ISF e cobertura da Atenção Básica. Na análise de regressão, observou-se que o financiamento está positivamente relacionado ao crescimento do ISF, enquanto a cobertura da atenção básica não influenciou o ISF. O nível de atenção estudado é suscetível a variações, como a pandemia de Covid-19, exigindo estratégias que fortaleçam a capacidade da organização em adaptar-se a contextos epidêmicos, endêmicos ou de surtos para potencializar as aptidões da organização em integrar, construir e reconfigurar competências tanto internas quanto externas.

Diante do exposto esse estudo apresenta resultados relevantes para uma avaliação inicial do indicador de ISF a partir das capacidades e recursos disponíveis, sendo possível associar a teoria das capacidades dinâmicas para compreender os impactos do ambiente no gerenciamento estratégico de políticas públicas e dos recursos financeiros aplicados, possibilitando um maior entendimento das necessidades de cada unidade federativa e elaborar estratégias eficazes para um alcance com qualidade da atenção primária à saúde.

Como implicações gerenciais esta pesquisa contribui para uma reflexão do gestor público acerca da urgência em alinhar recursos e capacidades estratégicas para as organizações públicas, possibilitando a elaboração de planejamentos alicerçados em indicadores de esforço e de desempenho geradores de resultados com eficazes e impactando diretamente na saúde pública da população brasileira.

O estudo possui algumas limitações a serem destacadas: primeiro, a quantidade limitada de variáveis usadas para avaliar a efetividade da gestão através do ISF, sugerindo a necessidade de incluir indicadores sensíveis à atenção básica em estudos futuros. Além disso, a abordagem foi exclusivamente quantitativa, e um estudo misto que inclua entrevistas com gestores, profissionais e usuários pode proporcionar uma compreensão mais profunda dos resultados. Por fim, a limitação relacionada ao número limitado de estudos que avaliam a efetividade da gestão da atenção primária à saúde sugere a realização de uma revisão sistemática para explorar mais amplamente a literatura disponível.

### **Referências**

ACEVEDO-GELVES, Liesel K.; ALBORNOZ-ARIAS, Neida. Revisión teórica de las capacidades dinámicas empresariales. **Pensamiento & Gestión**, n. 46, p. 262-283, 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Dispõe o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt\\_2979\\_12\\_11\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf) Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Publicado em: 11/12/2019, Edição: 239, Seção: 1, Página: 172. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481> Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html) Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html) Acesso em: 12 set. 2023.

CABRAL, K. F. D. *et al.* Atenção primária à saúde: uma análise à luz da eficiência técnica dos recursos no Estado de Minas Gerais. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 137-150, 2019.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 24, Suplemento 1, 2019.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. D.; CASTRO, A. M. D. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAPOBIANGO, R. P. *et al.* Análise das redes de cooperação científica através do estudo das coautorias dos artigos publicados em eventos da Anpad sobre avaliação de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 6, p. 1869-1890, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

EISENHARDT, K. M.; MARTIN, J. A. Dynamic capabilities: what are they? **Strategic Management Journal**, v. 21, n. 10/11, p. 1105-1121, 2000.

FERREIRA, M. A. M. **Eficiência técnica e de escala de cooperativas e sociedades de capital na indústria de laticínios do Brasil**. 2005. 158 p. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2005.

FRASER, N. Contradictions of capital and care. **New Left Review**, n. 100, p. 99-117, 2016.

GRESPLAN, R. M. Z.; BIZÁRIO, J. C. S. Perception of the insertion of academics of the USCS Medicine course internship in the obstetrics service of the municipality of São Caetano do Sul. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, 2022.

HIDALGO, C. A. Economic complexity theory and applications. **Nature Reviews Physics**, v. 3, n. 2, p. 92-113, 2021.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

LOUREIRO, R. *et al.* Learning Dynamic Capabilities in Healthcare Organizations – A Qualitative Research. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 8, n. 3, p. 283-296, 2019.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, n. 42, p. 18-37, 2018.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Atenção Primária à Saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). **REAd**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 725-748, 2021.

MEIRELLES, D. S. Business Model and Strategy: in search of dialog through value perspective. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 23, 2019.

MEIRELLES, D. S. E.; CAMARGO, Á. A. B. Capacidades Dinâmicas: O Que São e Como Identificá-las? **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 18, n. Ed. Esp., p. 41-64, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de Cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 12 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 12 set. 2023.

MONTEIRO, D. L. A.; PADILHA, W. W. N. Satisfação dos usuários com a qualidade da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba: estudo transversal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, 2023.

MORAIS, R. *et al.* Vantagens e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um ensaio teórico. **RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico**, v. 2, n. 49, 2021.

MOUHCINE, R. *et al.* Stakeholders' Involvement, Organizational Learning and Social Innovation: Factors for Strengthening the Resilience of Moroccan Cooperatives in the Post-COVID-19. **Rev. Sustainability**, v. 15, n. 11, 2023.

NOGUEIRA, M. S. L.; OLIVEIRA, L. C.; COSTA, L. F. A. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, 2021.

OKANO, M. T. *et al.* Impactos da pandemia Covid-19 em empresas de grande porte: avaliação das mudanças na infraestrutura de tecnologia para o teletrabalho sob as óticas das teorias das capacidades dinâmicas e estrutura adaptativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, p. 324-335, 2018.

RASIA, Isabel Cristina Rosa Barros *et al.* Estruturação e orientação da atenção primária à saúde em um município no extremo sul do Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 9, n. 2, p. 193-214, 2020.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e sociedade**, v. 10, p. 47-74, 2001.

SEHNEM, Simone *et al.* Circular economy and innovation: A look from the perspective of organizational capabilities. **Business Strategy and the Environment**, v. 31, n. 1, p. 236-250, 2022.

SILVA, Gladston Thalles da *et al.* Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, p. 1749-1755, 2021.

TEECE, David J.; PISANO, Gary; SHUEN, Amy. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic management journal**, v. 18, n. 7, p. 509-533, 1997.

WECKER, Ana Cláudia; FROEHLICH, Cristiane; GONÇALVES, Manuela Albornoz. Capacidades dinâmicas e estratégias para enfrentamento da crise diante da pandemia da covid-19. **Revista Gestão Organizacional**, v. 14, n. 1, p. 10-32, 2021.

WINTER, Sidney G. Understanding dynamic capabilities. **Strategic management journal**, v. 24, n. 10, p. 991-995, 2003

ZOLLO, Maurizio; WINTER, Sidney G. Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. **Organization science**, v. 13, n. 3, p. 339-351, 2002.