

A GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO E MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

HEALTH MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF REGIONALIZATION: CHARACTERIZATION AND MAPPING OF SCIENTIFIC PRODUCTION

GESTIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REGIONALIZACIÓN: CARACTERIZACIÓN MAPEO Y DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Emanuelle Cunha¹ e Mariluce Souza²

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil, mapear os temas/objetos de estudo e definir categorias temáticas da produção científica sobre gestão em saúde no contexto da regionalização registradas em bases de dados *online* no período de 2001 a 2012. **Método:** revisão bibliográfica, na base de dados *online* da Biblioteca Virtual de Saúde, entre 2001 a 2012, com vistas a responder a questão de pesquisa << Como se caracteriza a produção científica sobre gestão em saúde no contexto da regionalização?>>. **Resultados:** os 106 documentos selecionados apontam uma tendência irregular, atingindo seu pico em 2010, com maior produção por pesquisadores de formação médica, nas regiões Sudeste e Sul e nos espaços da academia, e sua maioria em português e

inglês. O mapeamento dos estudos a partir da aproximação com os objetos permitiu classificar oito categorias temáticas, além dos estudos híbridos e demais categorias. **Conclusão:** oferece subsídios para a análise do processo de gestão em saúde no contexto da regionalização, caracteriza e identifica as temáticas abordadas pelos autores. **Descritores:** gestão em saúde; regionalização; sistemas de saúde.

ABSTRACT

Objective: Profile, map the subjects/objects of study and define thematic categories of scientific production management in health in the context of regionalization recorded in databases online during the period from 2001 to 2012. **Method:** literature review, on the basis of given online Virtual Health Library, between 2001 to 2012, in order to answer the research question << As characterized the scientific production on health management in the context of regionalization? >>. **Results:** 106

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil. E-mail: emanuellecunha@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador (BA), Brasil. E-mail: marilucejbv@yahoo.com.br

selected documents point out an irregular trend, reaching its peak in 2010, with higher production by researchers from medical training, in the Southeast and South and in the spaces of the Academy, and his majority in Portuguese and English. The mapping of the studies from the rapprochement with the objects allowed sort eight thematic categories, in addition to the hybrid studies and other categories. **Conclusion:** offering subsidies for the analysis of the management process in the context of regionalization, health features and identifies the themes addressed by the authors. **Descriptors:** health management; regional health planning; health systems.

RESUMEN

Objetivo: Perfil, mapa de los sujetos/objetos de estudio y definir categorías temáticas de gestión de la producción científica en salud en el contexto de la regionalización registrado en las bases de datos en línea durante el período de 2001 a 2012. **Método:** revisión de la literatura, sobre la base de datos en línea Biblioteca Virtual en salud, entre 2001 y 2012, con el fin de responder a los resultados de investigación pregunta << Qué caracteriza la producción científica en la gestión de la salud en el contexto de

regionalización?>>. **Resultados:** 06 documentos seleccionados señalan una tendencia irregular, alcanzando su apogeo en 2010, con una mayor producción por investigadores de la formación médica, en el sureste, en el sur, en los espacios de la Academia y su mayoría en portugués e inglés. La asignación de los estudios desde el acercamiento con los objetos permitidos tipo ocho categorías temáticas, además de los estudios de híbrido y otras categorías. **Conclusión:** ofrece subsidios para el análisis del proceso de administración en el contexto de la regionalización y características de salud, identifica los temas tratados por los autores. **Descriptorios:** gestión em salud; regionalización; sistemas de salud.

INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil implica na mudança da estrutura (configuração institucional) e do processo de gestão em cada esfera de governo. Sucessivos embates teóricos e políticos foram estruturantes para alavancas transformações no eixo da saúde.⁽¹⁾

A Constituição Federal de 1988 fora, sem dúvida, um marco na

história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais. A partir deste momento, no caso da saúde, conta-se com um marco legal que desenha o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, e que virá a ser construído a partir de então.⁽²⁻³⁾

O SUS é regulamentado por meio da aprovação da Lei nº8.080/90, chamada de Lei Orgânica da Saúde, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.⁽²⁻⁴⁾ No capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes três princípios doutrinários conferem legitimidade ao SUS: a universalidade, equidade e integralidade.⁽³⁾

Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios são a Descentralização,

Regionalização, a Hierarquização e a Participação social.^(2,4)

Ao destacar a regionalização enquanto princípio organizativo do SUS verifica-se que ela foi assumida de forma explícita na publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002). Tal norma considera a necessidade de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e define o processo de regionalização da assistência, dentre outras.⁽⁵⁾

Em 2002, a partir da revisão e atualização da NOAS 2001, o Ministério da Saúde publica a NOAS-SUS 01/02, através da portaria nº 373/GM, cujo tema é a “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso”.⁽⁵⁻⁶⁾ No capítulo I – Da Regionalização é instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, e são consideradas como estratégias e mecanismos para os processos de organização territorial a distritalização, a formação de consórcios e a gestão em rede que poderão organizar o acesso sustentado pelo princípio da equidade.⁽⁶⁾

Concomitantemente a esses acontecimentos, debates sobre saúde e desenvolvimento bem como a busca por alternativas para a reorganização do sistema e a regionalização dos serviços de saúde ocorreram a fim de se “abolir um sistema ainda em muitos casos, com uma lógica velha, centralizada, e que não permite o pleno e qualificado acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde”.^(2,7)

O Ministério da Saúde na tentativa de reafirmar os princípios do SUS divulga o Pacto pela Saúde e apresenta enquanto política de gestão, o Pacto de Gestão, o qual tem como um dos eixos estruturantes os princípios da regionalização. O Pacto de Gestão assume o desafio de avançar na regionalização e descentralização do SUS, com base em seus princípios, operando-os de forma a respeitar as especificidades regionais, fortalecendo a solidariedade e cooperação entre os municípios e entre gestores, apoiando e qualificando a participação popular.⁽⁸⁾ Passando a ser considerado um mecanismo importante para se ampliar o acesso equitativo ao SUS, permitindo, entre outros, a criação e a ampliação de redes de atenção regional.⁽⁷⁻⁸⁾

Perante esse percurso histórico-político do SUS com destaque a regionalização percebe-se que enquanto objeto de estudo, este vem sendo aperfeiçoado com o avanço do sistema e por isso desperta inquietações aos pesquisadores, verificando o interesse em desenvolver estudos sobre essa temática.⁽¹⁾ Neste sentido este estudo busca responder à questão de pesquisa: Como caracteriza-se a produção científica na área da gestão em saúde no contexto da regionalização?

OBJETIVOS

- Traçar o perfil da produção científica sobre gestão em saúde no contexto da regionalização registradas em bases de dados *online* no período de 2001 a 2012;
- Mapear os temas/objetos de estudo e definir categorias temáticas da produção científica sobre gestão em saúde no contexto da regionalização.

MÉTODO

O estudo se configura como uma pesquisa de revisão bibliográfica, a qual, segundo Gil⁽⁹⁾ é desenvolvida a partir de um material já elaborado. Adotaram-se como fontes de busca as bases Literatura Latino-Americana em

Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e a Scientific Electronic Library Online (Scielo) acessíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que disponibiliza via *online* à produção científica nas diversas áreas da saúde constituindo em uma fonte que permite aos interessados o desenvolvimento de estudos bibliográficos ou bibliométricos.

Na busca por termos que identificassem as referências nesta área temática, foram consultados, a partir do site dos Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>), os descritores que reproduzissem o tema em questão, sendo selecionadas as expressões “gestão em saúde” e “regionalização”.

A partir dos dois descritores efetuou a busca da produção científica, os quais foram utilizados separadamente e associados no portal de bases bibliográficas da BVS. Os documentos que constituem o universo deste estudo foram identificados, a partir da ferramenta de busca avançada da base de dados, com a utilização de delimitadores de assunto (os descritores selecionados no rastreamento de descritores). A busca fora realizada pelo acesso *online*, no mês de agosto de 2012.

A etapa de seleção dos estudos envolveu a leitura cuidadosa e crítica de resumos, em seguida, o texto completo aplicando os seguintes critérios: 1) Inclusão – estudos originais que possuísem a combinação/associação dos termos “gestão em saúde *and* regionalização”, publicados no período de 2001-2012, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. 2) Exclusão – dupla indexação em bancos de dados e que não contemplavam a temática.

Foram encontrados 7951 títulos do termo “gestão em saúde”, e utilizando o termo de busca “regionalização”, o portal apresentou 1688 produções, a combinação/associação dos termos “gestão em saúde *and* regionalização” obteve-se 115 documentos. Do total de trabalhos encontrados com a combinação dos descritores, inicialmente se excluiu todos os textos que se repetiam, resultando em 107 produções. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos de todos os textos captados a fim de categorizar os estudos apresentados.

Após a categorização dos estudos se identificou que apenas um texto não fazia relação a temática da saúde, abordando um assunto na área de engenharia ambiental; sendo, portanto,

excluído da análise, assim o número de documentos a ser analisado passou a ser **106**.

Para a sistematização dos dados se construiu uma matriz/instrumento cujas colunas classificavam os estudos encontrados por diferentes informações/aspectos como: ano de publicação, identificação do artigo, dados sobre a instituição e formação do autor principal, fonte e idioma de publicação e objetivo do estudo.

RESULTADOS

Os 106 estudos selecionados se distribuem ao longo do período 2001-2012, sendo os registros de maior produção destacadamente nos anos de 2009 (21) e 2010 (23). No que concerne à caracterização dos autores, em sua maioria, são de formação médica lotados nos espaços das universidades e em localidades do sul e sudeste do Brasil.

Dentre os estudos selecionados, sua maioria está no formato de artigo científico (43,5% = 46), publicados na língua portuguesa e em diversas revistas/periódicos da Saúde Coletiva/Saúde Pública, como por exemplo: Revista Saúde em Debate (n=7) e Revista Saúde e Sociedade (n=5).

Para a classificação dos documentos segundo categoria temática, excluímos os recursos educacionais e série técnica (12) e os textos básicos (3), sendo, portanto, incluídos nesta classificação **91** documentos, dentre eles, os artigos, teses, dissertações e monografias.

A partir da leitura e análise dos títulos e resumos foram identificadas oito categorias temáticas, a saber: Inovação, informação e tecnologia 7,7% (n=7); Processo de pactuação e o pacto como instrumento de gestão 4,4% (n=4); Gestão regional, gestão estadual e cooperação em saúde 19,8% (n=18); Planejamento em saúde 4,4% (n=4); Modelos de gestão, financiamento e mudanças organizacionais 9,9% (n=9); Descentralização em saúde 11% (n=10); Regionalização e organização em rede 6,6% (n=6); Educação na Saúde 4,4% (n=4). Outros estudos se inseriam em mais de uma categoria temática, sendo então classificados como estudos “híbridos”, totalizando 22% (n=20). E, diante da diversidade dos objetos de estudo, alguns destes foram inseridos na categoria “outros”, totalizando 9,8% (n=9).

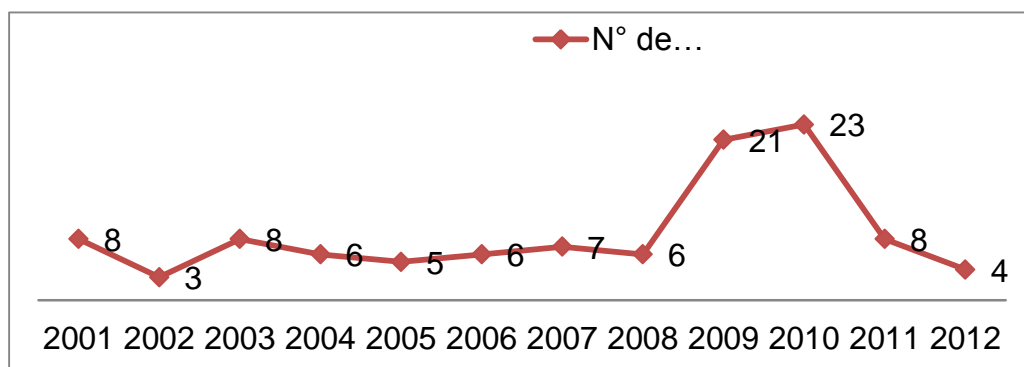
DISCUSSÃO

Classificação dos estudos sobre gestão em saúde e regionalização

Como se pode observar, na Figura 1, em 2001 ano em que se iniciou a implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) foi encontrado 8 trabalhos e a partir dessa data, registrou-

se uma produção, que tende a se estabelecer de forma irregular, nos anos seguintes, atingindo seu pico exatamente em 2010, quando foram registrados 23 trabalhos.

Figura 1: Distribuição do quantitativo de produção por ano dos documentos encontrados no BVS por descritor, 2001-2012.



Fonte: BVS, agosto, 2012.

O Gráfico 1 apresentou um registro elevado de documentos publicados nos anos de 2009 (21) e 2010 (23), o que supostamente pode estar atribuído às discussões sobre as redes regionalizadas de atenção à saúde, intensificadas pelo Ministério da Saúde, com a publicação do documento base em 2008. O aumento da produção nestes anos também pode estar associado aos resultados dos estudos sobre a implantação do Pacto de Gestão a partir do ano de 2006.

Considerando os 106 trabalhos encontrados, procedemos à identificação da autoria dos mesmos. Foi considerado como principal autor o

primeiro nome citado na autoria do trabalho científico. *A priori* buscou-se a informação no trabalho e quando não encontrado, acessou-se o currículo na Plataforma Lattes para buscar a informação sobre a formação. Entretanto, diante dos currículos dos autores não encontrados fora buscado na sequência de citação o segundo autor ou primeiro coautor.

O que se observou foi a presença marcante da profissão médica 25, seguido de profissionais da Enfermagem com 9 produções, e Odontologia, com 8; o que pode ser justificado por explicações na análise histórica. O movimento de constituição

na área da Saúde Coletiva enquanto “campo de saberes e âmbito de práticas”, ganhou materialidade a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina da Família, à Medicina Comunitária, além de ser fertilizada pela Medicina Social do século XIX e pela saúde pública institucionalizada, seja nos serviços de saúde, seja na academia.⁽¹⁰⁾

Além dos profissionais das áreas da saúde, também foi identificado profissionais de graduação em Direito que em seu trabalho abordou a legislação da saúde. Outra profissão atípica foi a Arquitetura, que expôs a gestão dos recursos físicos, e também a graduação em Ciências Econômicas com estudos em gestão em finanças.

Quando caracterizado os resumos dos trabalhos por filiação institucional do principal autor, identificou-se a universidade como espaço de produção ao apresentar aproximadamente 81% (n=86) dos trabalhos, afirmando que há uma limitação da produção nos serviços de saúde. Verificou-se também que a região Sudeste apresenta a maioria dos estudos, representando 34% (n=36) do total da produção encontrada, seguida pela região Sul com aproximadamente 10,5% (n=11) dos documentos. Porém vale registrar a dificuldade em

identificar a filiação institucional de mais de 40% dos autores dos estudos.

A Universidade se estabelece como espaço de produção, porque este ambiente se projeta como centro aglutinador de produção de ciência, tecnologia e cultura; um espaço que é marcado por ser um ambiente dedicado a promover o avanço do saber.⁽¹¹⁾ Quanto ao serviço de saúde, os profissionais têm a maior parte do tempo ocupada pelas ações assistenciais e prestação dos cuidados, além de duplas ou triplas jornadas de trabalho o que os distancia do espaço da academia. Sobre isso, Polanczyk⁽¹²⁾, afirma que a pesquisa em serviços de saúde ainda não tem inserção na prática assistencial e ainda “tem uma baixa utilização pelos gestores e gerentes e pouca valorização científica do conhecimento produzido”.⁽¹²⁻¹³⁾

Especificamente no que se refere à filiação institucional por região de produção, vale ressaltar que dentre os estudos produzidos no Brasil, o Sudeste e o Sul destacam-se pelo maior investimento nos cursos de pós-graduação e, por conseguinte, o aumento das publicações científicas em veículos especializados, já que estas regiões congregam a maioria das universidades.⁽¹⁴⁾

Dos 106 estudos elencados, aproximadamente 10% (n=10) foram publicados em língua estrangeira sendo, 09 na língua inglesa e apenas 01 em espanhol. Dentre estes, foi identificado os países cujos estudos foram desenvolvidos, a saber: Canadá, EUA, Inglaterra, Itália, Espanha, Austrália e Camboja. Tais estudos abordaram diferentes temas, desdeo desempenho de gestão, a interação regional, a criação de sistemas para a melhoria do serviço até assuntos de natureza profissional como o trabalho de enfermagem e a necessidade da formação e especialização.

Referente ao formato de publicação dos resumos encontrados, aproximadamente 43,5% (n = 46) são artigos, 28,3% (n=30) são teses; 12,2% (n=13) monografias; 2,8% (n=3) dissertações e 13,2% representam os textos básicos de saúde, recursos educacionais e série técnica.

Os artigos em periódicos representaram o maior número de publicação; cabe registrar que a produção do conhecimento em periódicos encontra-se distribuída em um variado conjunto de revistas de veiculação nacional e internacional das mais diversas áreas do conhecimento, provavelmente em virtude da natureza

interdisciplinar do campo da Saúde Coletiva.

Dos 46 artigos, foi identificada a maior parte da produção na Revista Saúde em Debate (n=7) e Revista Saúde e Sociedade (n=5), seguida de forma decrescente por outros periódicos: Ciência e Saúde Coletiva (n=4), Cadernos de Saúde Pública, Revista Baiana de Saúde Pública, Healthc Q, Physis: Revista de Saúde Coletiva e Revista APS (n=3) trabalhos cada; Revista Eletrônica de Enfermagem, Política de Saúde com (n=2) artigos; e, Saúde Aff (Millwood), São Paulo em Perspectiva, Revista Administração Pública, Paphealthc, Revista Ciências Médicas de Campinas, Saúde Remoto Rural, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Mundo saúde (Impresso), PopulManag Saúde, Gaceta Sanitaria com apenas um artigo em cada um desses periódicos.

Considerando a distribuição quantitativa acima é possível observar que o maior número de estudos sobre gestão e regionalização em saúde está publicado nos periódicos do campo da Saúde Coletiva, predominantemente de publicação nacional.

Classificação dos documentos por categoria temática

Os 91 documentos tomados para classificação foram distribuídos em oito categorias temáticas.

Sobre a primeira categoria “Inovação, informação e tecnologia” foram incluídos artigos que abordavam o cartão nacional de saúde, sistemas integrados dos serviços de saúde, sistemas de informação em saúde e instrumentos para avaliar o processo de regionalização, as quais se caracterizam como tecnologias para a reinvenção do cotidiano organizacional da saúde.

Muitas técnicas, instrumentos e recursos diagnósticos e terapêuticos hoje utilizados eram desconhecidos nas últimas décadas e, a cada ano, novos conhecimentos e produtos em saúde vêm sendo incorporados ao sistema de saúde o que tem produzido mudanças significativas na prática cotidiana, até alterações na forma de organização e reorganização dos serviços de saúde.⁽¹⁵⁾

As tecnologias apontadas pelos autores identificados a partir do levantamento bibliográfico se enquadram como tecnologias de atenção à saúde. Enquanto instrumentos de inovação e tecnologia, estes caracterizam-se como importante ferramenta para a formulação de ações que interferem no sistema e são

necessárias para a organização no cotidiano dos serviços de saúde.⁽¹⁵⁻⁶⁾

“O processo de pactuação e o pacto como instrumento de gestão” é a segunda subárea temática, a qual aborda o pacto pela saúde envolvendo prioritariamente a dimensão do pacto pela gestão do SUS, discutindo seus desafios e implementações.

Enquanto proposta, o pacto de gestão tem por objetivo institucionalizar e culturalizar os processos e o uso dos instrumentos de gestão, além disso, assume como desafio o avanço na regionalização e descentralização do SUS com respeito às especificidades regionais e com busca ao fortalecimento da solidariedade e cooperação entre os municípios e entre gestores, apoiando e qualificando a participação popular.⁽⁸⁾

Corroborando com este delineamento, nessa categoria identificou-se um relato de experiência descrito por Ianni e colaboradores que retrataram os aspectos da relação entre a metropolização no caso da Baixada Santista (São Paulo) e a regionalização em saúde e identificaram alguns desafios no âmbito do sistema local regional, a saber: o de articular o processo de descentralização e regionalização em curso no SUS aos diferentes cenários políticos locais regionais, a falta de estatuto da ideia de

território nas políticas da gestão metropolitana e da regionalização na saúde, produzindo conflitos e desafios que interferem na condução e consolidação da pactuação regional além da resistência da integração/cooperação das regiões.⁽¹⁷⁾

Para superar tais dilemas e na tentativa de se implantar uma gestão baseada na cooperação e compartilhamento entre os entes envolvidos, é necessário uma pactuação que enfrente os desafios da autarquização dos níveis de gestão, da qualificação das instâncias e instrumentos de gestão regional e conhecer e esquadrihar os recursos metropolitanos, pois eles expressam poderes e segregações sociais estruturais.⁽¹⁷⁾ Para Abrucio⁽¹⁸⁾, uma agenda de longo prazo para reformar a gestão pública brasileira depende, como em qualquer outro campo de políticas públicas, não só de ideias e análises, mas acima de tudo, é preciso constituir coalizões.

Ao identificar um grande número de estudos que enfatizavam sobre a gestão regionalizada em saúde emergiu uma terceira categoria nomeada “Gestão regional, gestão estadual e cooperação em saúde”. No geral, tais estudos enfocam sobre a gestão solidária, gestão compartilhada e

gestão descentralizada. Entretanto, nas discussões destes, os autores abordam sobre modelos de gestão, relatam diferentes experiências regionais, seus dilemas e superações e discutem sobre os colegiados regionais de saúde e os consórcios de saúde.

Nos estudos de caso do trabalho de Molesini et.al, identificou-se as fragilidades na relação de confiança, solidariedade e de corresponsabilidade entre as esferas de governo para o exercício das competências comuns e complementares. Têm-se elementos nestes estudos que afirmam que a gestão compartilhada do SUS não é dada com base no desenho de uma estrutura gerencial e da criação de um aparato normativo; o processo decisório não é efetivamente compartilhado, visto que a esfera municipal, por ser a que detém menos recursos, tem o poder decisório reduzido, ficando subordinada às decisões das esferas federal e estadual.⁽¹⁹⁾

Foram identificados neste estudo de revisão os colegiados de gestão regional (CGR), atualmente denominado de Comissão Intergestores Regional (CIR); e Linhares⁽²⁰⁾ afirma que estes são espaços destinados à articulação técnica e política entre os gestores do serviço e à identificação de prioridades e a pactuação de soluções.

Sendo assim, as CIR configuram-se como um mecanismo de incentivo à formação de cooperações entre os municípios para que haja um planejamento integrado e um desenvolvimento regional, através da ampliação da capacidade dos municípios para atender as demandas locais e responder a outros impasses relativos à provisão de bens e serviços públicos.⁽²⁰⁻¹⁾

Quanto aos consórcios de saúde, enquanto objeto de estudo identificado nessa categoria, surgiram como uma maneira formalizada para a criação de parcerias intermunicipais e com o objetivo de ofertar, na ordem de maior importância, especialidades médicas, assessoria técnica e atenção hospitalar.^(19,21-2)

Neves e Ribeiro identificam que para estabelecer um consórcio de sustentabilidade é necessário um misto de reestruturação da oferta regional associada ao aspecto empreendedor de seus líderes e incentivos estaduais, com qualidade e flexibilidade na gestão.⁽²²⁾ É necessário uma noção entre os participantes de que as regras de funcionamento devem ser justas e as razões para o sucesso decorrem da percepção coletiva de ganhos políticos razoavelmente simétricos como resultado da cooperação política.

A subárea temática denominada de “Planejamento em saúde” traz a organização dos espaços de saúde, a gestão e organização em redes e o planejamento regional como objetos de discussão dos estudos. Essa categoria temática suscita a importância do planejamento no processo de gestão e no fortalecimento da regionalização.

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. E pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana realizada por atores sociais e orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação.⁽²³⁾

Decorridos mais de 20 anos desde a criação do SUS, regulamentada por meio do Decreto nº 7.508 de 2011 os dispositivos da Lei Orgânica da Saúde em face à necessidade de preencher as lacunas legais quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Especificamente sobre o planejamento em saúde aponta a necessidade de fomento à cultura de planejamento, bem como o reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão e

a reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, trazendo o Mapa de Saúde como ferramenta para subsidiar o planejamento regional integrado mediante a identificação e programação geográfica dos recursos e processos de saúde a fim da melhoria da estrutura e funcionamento do SUS.⁽²⁴⁾

“Modelos de gestão, financiamento e mudanças organizacionais” é mais uma categoria temática identificada nos estudos pesquisados. Nesta, foram abordados as possibilidades e os limites dos modelos organizacionais e de negócios da saúde, descreve o processo para identificar as prioridades de saúde e refere também sobre o financiamento do SUS.

Os modelos organizacionais dizem respeito ao modo como são estruturadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. É uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde. Não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo.⁽²⁵⁾

O modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e

de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo e do social. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto utilidades para indivíduos e grupos.⁽²⁵⁾

Considerando os documentos que abordaram sobre a “Descentralização em Saúde”, adotou-se tal categoria, em que foram discutidos aspectos sobre o processo de descentralização do SUS no contexto das políticas em saúde, o seu impacto no âmbito da gestão e os avanços e desafios na implantação desse princípio.

No sistema de saúde, a descentralização assume um papel de eixo estruturante, posto que convida os três entes governamentais federados a articularem-se, cooperarem entre si e zelarem pela qualidade das ações e serviços de saúde.⁽²⁶⁾ O processo de descentralização, no entanto, não garante por si só que todos os municípios realizem uma gestão eficaz. Nem todos reúnem as condições exigidas, tanto do ponto de vista da infraestrutura e gerenciamento, até mesmo da aceitação dos valores que permeiam uma nova prática social.^(1,26)

Na descentralização dos serviços, a regionalização passa a ser um instrumento fundamental de

organização da atenção à saúde. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas.⁽²⁶⁾

Seguindo a perspectiva dos princípios finalísticos do SUS que dizem respeito a diretrizes políticas e organizativas foi identificada mais uma categoria intitulada como “Regionalização e organização em rede”. Nesta, os autores discutem a regionalização como um desafio para aumentar o acesso e diminuir as desigualdades, analisam a tensão das disputas entre o âmbito local, estadual e federal pela definição do controle da gestão dos serviços de saúde e debatem também a regulação do acesso dos usuários a rede de saúde.

A regionalização foi enfatizada como estratégia de destaque para que o avanço do processo de descentralização promovesse a organização da rede assistencial, dando maior funcionalidade ao sistema e permitindo o provimento integral de serviços.⁽²⁷⁾ Essa norma visa um processo de articulação entre os

serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos.

O debate em torno da busca por maior integração do sistema adquiriu maior ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes.⁽⁸⁾ Nesse processo, o desenvolvimento das redes de atenção a saúde (RAS) reafirma a estratégia de reestruturação do sistema de saúde e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS.⁽²⁴⁾ Assim, entende-se que só é possível articular as diversas políticas públicas de nível setorial e as políticas de âmbito nacional, provincial e local considerando-se o território.⁽⁸⁾

As RAS operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; focando-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde.⁽²⁷⁾

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de

organização das RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o Estado e o Município para o processo de regionalização.⁽²⁷⁻⁹⁾

Finalmente a categoria temática “Educação na Saúde” surge a partir dos estudos que delineiam sobre temas de educação permanente e formação em saúde com curso de gestão e de projetos de investimentos em saúde envolvendo o ensino-aprendizagem para a qualificação da política em saúde. Essa categoria merece discussão, visto sua relevância no contexto da Gestão em Saúde e por estar contemplada como diretriz componente no Pacto de Gestão do SUS.

A Educação na Saúde enquanto diretriz do Pacto afirma que é necessário formular e promover a gestão da educação, orientados pela integralidade da atenção à saúde e considera que a educação permanente e continuada é parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS.⁽⁸⁾

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser o lugar de atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente. Esta ação permite constituir o SUS

verdadeiramente como uma rede-escola.⁽³⁰⁾ A proposta da educação permanente, a capacitação da equipe e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia o trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade.⁽³⁰⁾ As ações educativas devem ser redimensionadas para respeitar a realidade e as diversidades locais e regionais, definidas e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e junto aos profissionais de Saúde, movimentos sociais e população como um todo.⁽³⁰⁾

Como extensão de assuntos que o SUS abarca, houve uma diversidade de objetos de estudo encontrados nessa pesquisa, então alguns textos foram inseridos na categoria “Outros”, estes abordam dentre outros assuntos, sobre a criação de projetos que avaliam os princípios finalísticos do SUS, o processo de implementação do Programa de Humanização e sobre o Samu e sua implantação. E por fim, a última categoria identificada foi composta por textos “Híbridos”, que são aqueles que se enquadram em mais de uma categoria temática.

CONCLUSÃO

Os objetivos do estudo foram alcançados, ao se ter conseguido identificar as categorias temáticas a partir do conhecimento do perfil e mapear os estudos sobre gestão em saúde no contexto da regionalização, no período de 2001 a 2012. Percebeu-se que a discussão sobre gestão tem larga abrangência, visto a complexidade do tema. Analisando a gestão sob o contexto da regionalização, identificou-se que esta é uma importante estratégia para a reorganização da assistência à saúde que visa o acesso a todos os níveis de atenção à saúde e que está em processo de implementação.

O conteúdo classificatório por subáreas temáticas a partir da análise do objeto dos resumos estudados revelou os interesses dos pesquisadores por assuntos que têm sido determinados pela incorporação de áreas e novos dispositivos como a cooperação em saúde, os modelos de gestão, financiamento e mudanças organizacionais e os princípios como a descentralização e a regionalização.

O maior quantitativo de estudos foi classificado na categoria “Gestão regional, gestão estadual e cooperação em saúde”, o que sugere o incremento pela implementação do Pacto pela Saúde, além das experiências de

consórcios. Vale destacar a produção sobre inovação e tecnologia que tem ganhado espaço nas discussões e nas agendas políticas, assim como a discussão sobre a organização da atenção em rede.

A relevância deste estudo se caracteriza pela busca científica para aprofundar os conhecimentos sobre gestão em saúde, sobretudo pela oportunidade de caracterizar e identificar as temáticas abordadas pelos autores, bem como oferecer subsídios para a análise do processo de gestão em saúde no contexto da regionalização.

REFERÊNCIAS

1. Souza MKB; Teixeira CF. Produção Científica sobre Gestão de Sistemas de Saúde: um estudo realizado em espaço web (1987-2009). *Cienc Saude Colet*[Internet]. 2012;17(4):935-44.
2. Cohn A. Reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009;25(7):1614-19.
3. Brasil. Lei n 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. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990.

4. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jan. 2001.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 27 fev. 2002.

7. CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?/ CEAP. 2ªed. Passo Fundo: IFIBE, 2009; p.13.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

9. GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2008. Delineamento da pesquisa; p.50.

10. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador(BA): EDUFBA. 2006:117-35.

11. Fávero MLA. A Universidade, espaço de pesquisa e criação do saber. Educação e Filosofia [Internet].1999;13 (25)249-59.

12. Polanczyk CA. Pesquisa em serviços de saúde: precisamos valorizar essa tendência! Rev HCPA[Internet]. 2010;30(1):3-4.

13. Dash P, Gowman N, Traynor M. Increasing the impact of health services research. BMJ[Internet]. 2003;327: 1339-41.

14. Rueda FJM. Produção científica da Revista Brasileira de Orientação Profissional. Rev bras orientac Prof [Internet]. 2009;10(2): 129-39.

15. Caetano R, Vianna CMM. Processo de inovação tecnológica em saúde: uma análise a

partir da organização industrial. Cad Saude Colet [Internet]. 2006;14(1):95–112.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília; 2009.

17. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Morais MLS, Barboza R. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012; 28(5):925-34.

18. Abrucio FL. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Ver Admin Publica [Internet]. 2007;41:67-86.

19. Molesini JA, Formigli VLA, Guimarães MCL, Melo CMM. Programação Pactuada Integrada e Gestão Compartilhada do SUS. Rev Baiana Saúde Publica Miolo [Internet]. 2010;34(3):623-38.

20. Linhares PTFS. Evolução da Cooperação Intermunicipal no Brasil. In: Congresso CONSAD de

Gestão Pública; 2011, mai. 25-27; Brasília.

21. Rocha CV, Faria CAP. Descentralização e Cooperação Intermunicipal no Brasil. In: Anais do Congresso Luso-afro-Brasileiro de Ciências Sociais: A questão social no novo milênio; 2004, set. 16-18; Coimbra. Coimbra; CES, 2004.

22. Neves L A, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad de Saude Publica [Internet]. 2006;22(10):2207-17.

23. Vilasbôas ALQ. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 jun. 2011. Capítulo 3-5, p. 4-8.

25. Morosini MVG, Corbo ADA (Orgs). Modelos de atenção e a

saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007:27-41.

26. Beltrammi DGM. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. Rev adm saúde [Internet]. 2008;10(41): 159-63.

27. Dourado D de A, Elias PEM. Regionalização e Dinâmica Política do Federalismo Sanitário Brasileiro. Rev SaudePublica[Internet]. 2011; 45(1):204-11.

28. Sampaio J, Martiniano CS, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Sobrinho GDO. Os núcleos de apoio à saúde da família e as redes de atenção à saúde. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013;7(7):4761-8.

29. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet [Internet]. 2010;15(5):2297-305.

30. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Cienc Saude Colet [online]. 2005;10(4):975-986.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-06-04
Last received: 2014-06-30
Accepted: 2015-01-12
Publishing: 2015-01-30

Corresponding Address

Emanuelle Cunha
E-mail: emanuellecunha@gmail.com.
Rua Senador Quintino, nº 879; Bairro: Olhos D'água;
CEP: 44003-541 ☐ Feira de Santana (BA), Brasil.