

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Gabriela Castro Kuinchtner

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REVISÃO NARRATIVA**

**Santa Maria, RS
2017**

Gabriela Castro Kuinchtner

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO
NARRATIVA**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de concentração: Atenção Básica/Estratégia da Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dra.Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)

**Santa Maria, RS
2017**

Gabriela Castro Kuinchtner

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO
NARRATIVA**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de concentração: Atenção Básica/Estratégia da Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde.**

Aprovado em 31 de março de 2017:

**Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientadora)**

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, Me. (SMS/SM-RS)

Bernadete dos Santos Pereira, Me. (SES/4ªCRS, SM-RS)

Santa Maria, RS
2017

PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA

Gabriela Castro Kuinchtner¹, Teresinha Heck Weiller²

RESUMO

A Assistência Primária à Saúde (APS) é tida como protagonista na reorientação dos sistemas de saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas a respeito do planejamento em saúde na APS identificando as evidências a respeito do processo de Planificação da assistência primária. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Os dados foram selecionados nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e destes foram encontradas 156 publicações. Os critérios de inclusão abarcaram artigos científicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol com a disponibilidade de textos na íntegra a partir de 2005. Foram excluídos livros ou capítulo de livros, dissertações, monografias, teses e documentos ministeriais, artigos que não respondessem a questão de pesquisa e ao recorte temporal. Dessa forma, integraram o *corpus* do estudo 26 artigos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Minayo. Os dados possibilitaram a construção de duas categorias temáticas, emergidas conforme os temas evidenciados: “Planejamento em saúde e suas interfaces nos serviços de saúde” e “Estratégias de planejamento em saúde nos processos organizativos das redes de atenção”. As publicações selecionadas trouxeram temas de interesse à Planificação da APS, mas o termo em si não foi mencionado em nenhuma delas. Observa-se a necessidade de efetivação do processo de regionalização, gestão compartilhada e de rede interfederativa que garanta acesso e atenção integral à saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde; Sistema Único de Saúde.

¹ Fisioterapeuta, autora; residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - UFSM.

² Enfermeira, orientadora; doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

HEALTH PLANNING IN PRIMARY HEALTH CARE: NARRATIVE REVIEW

Gabriela Castro Kuinchtner¹, Teresinha Heck Weiller²

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is a protagonist in the reorientation of health systems. The present study aims to analyze the scientific evidence regarding health planning in PHC identifying the evidence regarding the Primary Care Planning process. This is a narrative review of the literature. Data were selected based on Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO), of which 156 publications were found. The inclusion criteria included scientific articles published in Portuguese, English and Spanish with full text availability as of 2005. Books or dissertations were excluded from books, dissertations, monographs, theses and ministerial documents, articles that did not answer the question Research and the time cut. Thus, 26 articles were included in the study corpus. The data were analyzed through the Minayo content analysis. The data enabled the construction of two thematic categories, emerging according to the themes highlighted: "Health planning and its interfaces in health services" and "Strategies of health planning in the organizational processes of attention networks". The selected publications brought topics of interest to the PHC Planning, but the term itself was not mentioned in any of them. It is observed the need to effect the process of regionalization, shared management and interfederative network that guarantees access and integral health care.

Descriptors: Primary Health Care. Health Management. Health Planning. Unified Health System.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
METODOLOGIA.....	7
RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
Caracterização dos estudos incluídos	10
Planejamento em saúde e suas interfaces nos serviços de saúde.....	11
Estratégias de planejamento em saúde nos processos organizativos das redes de atenção	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

Introdução

A gestão de um sistema de saúde considera importante o planejamento como instrumento gerencial para ordenar a produção de serviços de saúde (WEILLER e MENDES, 2016). O enfoque na construção de redes com serviços integrados e cuidados coordenados assenta na Assistência Primária à Saúde (APS) o protagonismo para reorientação dos sistemas de saúde. Nessa direção, fundamenta-se na APS a construção de sistemas de saúde abrangentes e renovados explicitando os valores, princípios e elementos centrais que norteiam a coordenação das redes de atenção (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No Brasil, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ser o contato preferencial dos usuários ao sistema, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços, a APS é marcada por problemas de gestão, que se refletem na estrutura física dos serviços, na suficiência e perfil dos gestores e trabalhadores, no acesso oportuno aos recursos e na efetividade de políticas e ações de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2010). Dessa forma, como forma de exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, a APS tem sido o alvo prioritário para a reestruturação, reorganização e implementação das redes de atenção à saúde. Nessa perspectiva, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propôs a Planificação como forma de repensar e replanejar a APS ao enfatizar os pressupostos teóricos que norteiam a assistência primária (CONASS, 2011).

A Planificação da APS é entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde com intuito de fortalecer a assistência primária e implantar as redes de atenção à saúde. Propõe a realização de onze oficinas presenciais com as equipes de saúde tendo por objetivo

assessorar os integrantes na reorganização do sistema de saúde, promovendo integração das ações e dos serviços ofertados. Proporciona, também, às equipes, instrumentos, ferramentas e tecnologias para planejar a atenção à saúde, organizando o processo de trabalho (JUNIOR, 2014).

Em sua proposta metodológica (CONASS, 2011) são discutidos temas referentes à: redes de atenção à saúde; atenção primária à saúde; territorialização; vigilância em saúde; organização do processo de trabalho em saúde; organização da atenção à saúde na unidade básica de saúde; abordagem familiar e prontuário familiar; organização da assistência farmacêutica; sistemas de informação em saúde; sistemas de apoio diagnóstico e sistemas logísticos e de monitoramento e contratualização das equipes de APS (JUNIOR, 2014).

Apesar de propor conceitos, pressupostos e ideologias previamente conhecidos, a Planificação da APS é uma proposta recente no cenário nacional. Foi em 2005 que o CONASS deu início ao trabalho de elaboração da Oficina sobre Redes de Atenção à Saúde, a qual fez parte do elenco das oficinas trabalhadas no fortalecimento da APS no âmbito dos estados brasileiros (CONASS, 2009).

Diante da necessidade de reorganização das redes de atenção à saúde estabelecida na reafirmação do papel da APS e do recente processo de Planificação da assistência primária, justifica-se a realização desta revisão, pois a mesma permitirá explorar o que tem sido construído acerca desta temática no cenário da pesquisa brasileira. Após essas colocações surge a seguinte questão de pesquisa: quais as evidências científicas a respeito do planejamento em saúde na APS e sua interface com o processo de Planificação da atenção à saúde? Nesse sentido, o objetivo deste estudo centra em analisar as evidências científicas a respeito do planejamento em saúde na APS identificando as evidências a respeito do processo de Planificação da assistência primária.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com abordagem narrativa sobre o planejamento em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com Rother (2007) as revisões narrativas são publicações amplas, adequadas para descrever, bem como discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista tanto teórico quanto contextual. Assim, constituem-se basicamente, de análise de literatura publicada em livros,

artigos, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Nesta pesquisa optou-se por inserir apenas artigos científicos encontrados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

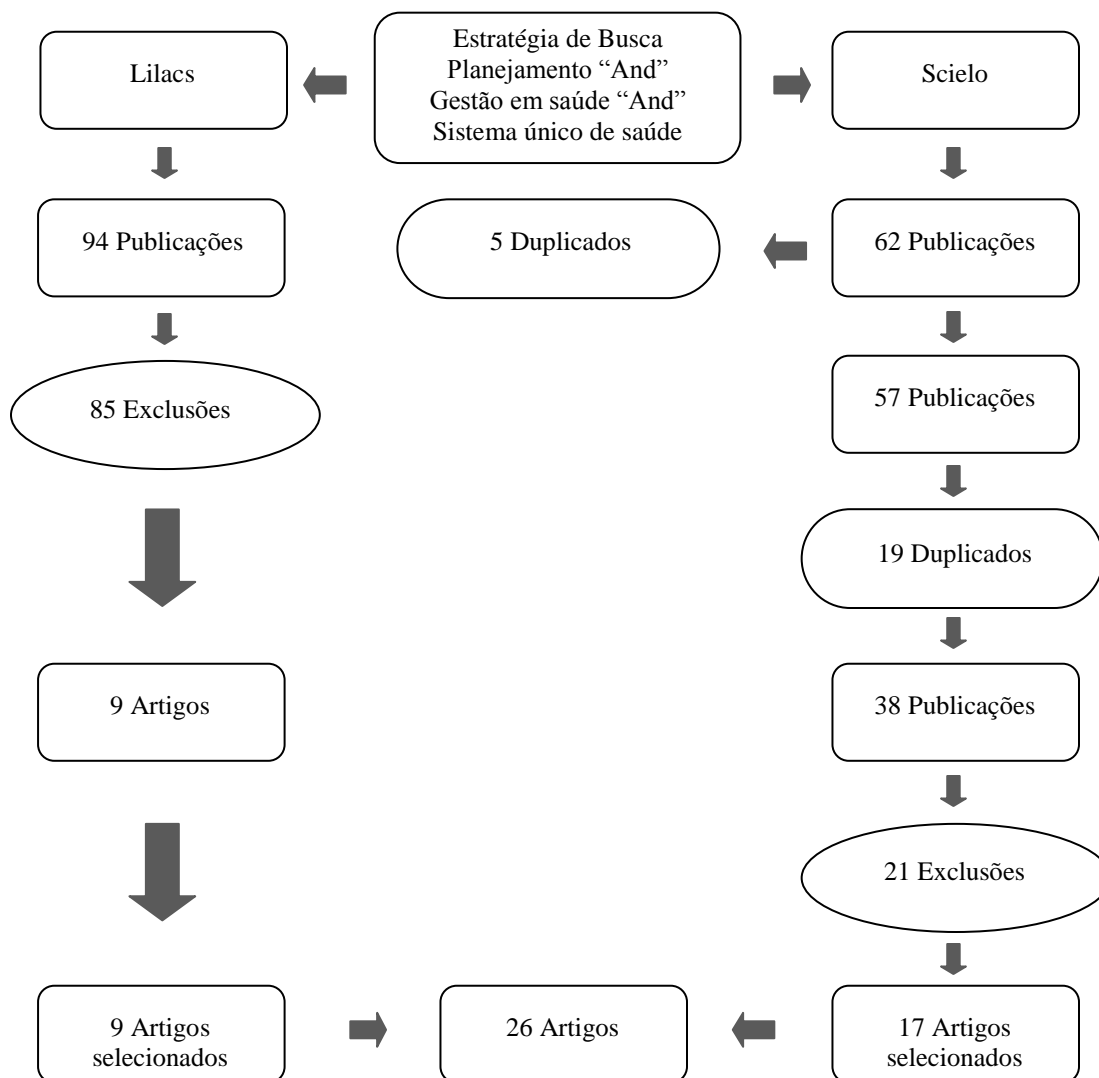
O período pesquisado nas bases foi a partir de 2005, respeitando o marco temporal dos primeiros relatos do processo de Planificação da atenção à saúde no cenário da saúde pública brasileira (CONASS, 2009).

Como estratégia de busca nas base mencionadas, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS: planejamento AND gestão em saúde AND sistema único de saúde. Para a seleção das publicações foi realizada uma leitura do título e dos resumos. Como critérios de inclusão foram incorporados no estudo os artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol com disponibilidade de textos na íntegra a partir de 2005 e que contemplassem a questão norteadora da pesquisa. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: livros ou capítulo de livros; dissertações, monografias, teses e documentos ministeriais; artigos que não correspondessem ao recorte temporal e que não respondessem a questão de pesquisa. Artigos duplicados foram considerados uma única vez.

Para a análise dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo, proposta por Minayo (2014) que contempla as etapas pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A análise de conteúdo se constitui de técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação. Desta forma, é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores permitindo a realização de inferência de conhecimentos (CACALCANTE et. al., 2014). Efetuou-se a leitura flutuante e fichamentos, possibilitando uma visão ampla do material. Elaborou-se um quadro sinóptico contendo as seguintes informações: título do artigo, autores, revista e ano de publicação, tipo de pesquisa, intervenção estudada e conclusões dos estudos a fim de facilitar a análise.

Houve seleção inicial de 156 publicações nas bases de dados: Lilacs: 94, SciELO: 62. Após lidos os títulos e os resumos foram descartados 130 publicações por não preencherem os critérios de inclusão do estudo. Os 26 artigos selecionados para o estudo foram lidos na íntegra. O detalhamento da busca está apresentado na forma de fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos nas bases de dados Lilacs e Scielo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.



Resultados e Discussão

Caracterização dos estudos incluídos

Conhecer o contexto em que as pesquisas foram produzidas auxilia na compreensão da proposta estudada. Nesse interím, os artigos selecionados foram publicados a partir do ano de 2007 até o ano de 2016, sendo 50% (13) deles publicados nos anos de 2014 e 2016.

Quanto aos periódicos que versaram sobre a temática: 5 (19,2%) na Revista Ciência & Saúde Coletiva; 3 (11,5%) em cada uma das seguintes Revistas: Saúde Sociedade USP, Physis: Revista de Saúde Coletiva e Saúde em Debate; 2 (7,7%) em cada uma das revistas: Revista Baiana de Saúde Pública, Revista de Administração Pública, Revista Caderno de Saúde Pública e Revista Texto & Contexto Enfermagem; 1 (3,8%) em cada um dos periódicos: Revista Interface – Comunicação Saúde Educação, Revista Ciência Cuidado e Saúde, Epidemiologia e Serviços de Saúde e Revista Gaúcha de Enfermagem.

O delineamento metodológico das produções selecionadas foi caracterizado segundo a descrição dos autores em qualitativas 18 (69,2%) , quantitativa 2 (7,7%) e mista: quantitativa e qualitativa e 4 (15,3%). Nestas, as abordagens metodológicas abarcam: 6 (23%) estudo documental e bibliográfico; 6 (23%) estudo de caso; 5 (19,2%) relato de experiência; 5 (19,2%) estudo descritivo-exploratório; 3 (11,5%) revisão de literatura, estudo epidemiológico e estudo transversal. Um artigo (3,8%) não continha abordagem metodológica definida. O Quadro 1 traz a descrição dos artigos que fizeram parte do estudo.

A análise dos artigos possibilitou a construção de duas categorias, emergidas conforme os temas evidenciados nos estudos: Planejamento em saúde e suas interfaces nos serviços de saúde; Estratégias de planejamento em saúde nos processos organizativos das redes de atenção.

Planejamento em saúde e suas interfaces nos serviços de saúde

A gestão do SUS é vista como um processo complexo, permeada por um contexto cujas influências políticas locais, estaduais e federais determinam as práticas de saúde, e interferem nas relações de poder e nas tomadas de decisões (SOUZA e MELO, 2008; PINAFO *et. al.*, 2016).

Segundo Lentsck *et al.* (2010) a Atenção Primária à saúde (APS) tem um papel de destaque dentro do sistema de saúde, pois se constitui como porta de entrada, tornando as ações dos atores envolvidos, profissionais, usuários e gestores, determinantes e efetivas para a consolidação do SUS. A APS é o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde, e os serviços de saúde ofertados estão o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, organizando um processo de atenção continuada à saúde da população (GOMES e SILVA, 2011).

Para Almeida e Giovanella (2008), no Brasil, a APS vem passando por inovações importantes desde os anos de 1990, especialmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Aponta-se que uma forma de reestruturação da APS tem se efetivado por meio da ESF ao construir um modelo de assistência que privilegia a atenção integral e que atenda as reais necessidades do usuário. Porém, Campos e Pereira (2016) evidenciam que a estratégia para implementação da APS no SUS pode ser classificada como sendo um “método indutivo”, em que se buscou criar demanda pelos novos programas mediante estímulo financeiro e de propaganda sobre o mérito sanitário da nova proposta. Nessa perspectiva, não foi possível orientar a implementação progressiva da APS obedecendo à diretriz da equidade, isto é, elegendo prioridades segundo populações e regiões mais ou menos vulneráveis.

A construção de uma rede de APS com amplo acesso, organizada segundo as concepções acima descritas, representa uma reforma institucional e cultural de grandes proporções. Em geral, estas reformas têm provocado conflitos e resistências. A APS depende de radicais mudanças na formação em saúde tradicionalmente voltadas para as especialidades. Implica em redefinir o papel dos hospitais e serviços especializados, instituir uso mais racional de medicamentos e procedimentos, além de induzir a população a utilizar o sistema de saúde segundo uma lógica diferente da tradicional em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras e não por uma equipe da atenção primária (CAMPOS e PEREIRA, 2016).

Os mesmos autores reforçam a dificuldade da APS em operacionalizar um funcionamento em rede de serviços integrada com diferentes complexidades e com distintos papéis. Em decorrência, é também reduzida a capacidade de coordenação e de regulação das equipes da Atenção Básica. Esta debilidade está provavelmente relacionada com a impossibilidade de organização das regiões de saúde como instâncias de planejamento e de gestão do SUS (CAMPOS e PEREIRA, 2016).

Constata-se, ao considerar o planejamento um instrumento de gestão, que a consolidação de uma cultura de uso do planejamento ainda é um grande desafio (BRASIL, 2009a). A gestão de um sistema de saúde considera importante o planejamento como instrumento gerencial para ordenar a produção de serviços de saúde. O planejamento deve contribuir para alcançar melhores alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e das necessidades de saúde. Por essa perspectiva, é possível afirmar que a política de saúde é eficaz quando a ação planejada for realizada (WEILLER e MENDES, 2016).

O planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Por isso a percepção de que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si, mas sim a formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras. Quando analisado o planejamento no SUS, reconhecidos os avanços decorrentes das iniciativas para ordená-lo e integrá-lo, a fim de consolidar o sistema no aspecto da unicidade de modo de operação e integração das decisões entre os gestores em suas esferas de governo, ainda encontram-se obstáculos e vazios que impedem esta unicidade e integração (VIEIRA, 2009).

Mattos (2010) apresenta uma crítica ao planejamento considerado normativo, proveniente de uma atividade técnica que não leva em consideração os fatores que explicam e determinam a realidade nem os coletivos envolvidos. Afirma que são estes, a partir de sua própria interpretação da realidade, que podem e devem direcionar um planejamento e sua operacionalização, de forma a atender às suas necessidades. Nesse sentido entende-se que a participação efetiva da sociedade na produção de saúde extrapola o arcabouço normativo e contribui para o exercício da cidadania, na medida em que o cidadão se posiciona não apenas como um receptor de serviços de saúde, mas como cocondutor do processo de planejamento e das políticas de saúde. Dessa forma, a

participação social passa a ser um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia (SILVA *et al.*, 2015).

A participação das equipes no planejamento das ações e o fortalecimento da gestão local e do controle social é uma das atribuições das equipes da APS ao promover e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (KLEBA, KRAUSER e VENDRUSCOLO, 2011). É nesse contexto que se insere o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concebido na década de 80 por Carlos Matus como proposta teóricometodológica para planejar e governar. Defende que quem planeja é parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação. Salientando que não há um único diagnóstico, nem uma verdade objetiva, Matus define o planejamento como uma ferramenta de liberdade, pois permite explorar possibilidades e escolher, o que propicia à razão humana ter domínio sobre as circunstâncias. Utilizado e adaptado em áreas como saúde e educação, a flexibilidade desta estratégia de planejamento favorece a sua aplicação nos níveis setoriais, sem deixar de situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade (KLEBA *et al.*, 2011). Quando adotado como ferramenta de gestão em saúde coletiva, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do SUS, pois promove a participação da comunidade, requer a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, exige a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, e tem como finalidade a resolutividade dos serviços (VENDRUSCOLO *et al.*, 2010).

Outra pauta discutida nessa categoria é a questão da Gestão do Trabalho em Saúde (GTS) no SUS. Para Alves e Assis (2011) a GTS é vista como forma de consolidação do sistema de saúde no Brasil e pela necessidade de avançar na sua reorganização. No que se refere à GTS, observa-se que não se concretizaram muitas das intenções da construção de uma proposta de mudança fundamentada no ideário da Reforma Sanitária brasileira, fruto de consensos entre os formuladores de políticas, trabalhadores e população usuária do SUS. Os autores colocam que a mudança das práticas em saúde deve fundamentar-se na necessidade de reordenação no campo da formação, qualificação permanente e vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema. Para que haja mudança efetiva na reestruturação do processo de trabalho seus trabalhadores precisam estar capacitados para o enfrentamento cotidiano dos problemas, num contexto social

diversificado e repleto de contradições, seja na relação com a população usuária e equipe de trabalho, seja nas relações institucionais que estabelecem com o sistema de saúde (ALVES e ASSIS, 2011).

Ao incorporar conhecimentos da sociologia e política econômica, em face de necessidades de adequação às modificações do trabalho em saúde, a GTS organiza-se em torno de dois eixos principais: a gestão dos processos que asseguram a presença dos trabalhadores no sistema; e os processos de qualificação dessa força de trabalho. Para Gil (2001) a gestão de pessoas busca estabelecer relações entre as pessoas e o ambiente de trabalho, pois considera que os trabalhadores não são meros recursos de uma organização. Dessa forma, cabe a ela a função regencial que visa à cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos tanto organizacionais quanto individuais.

Importante salientar que a GTS incorpora a responsabilidade por parte do Estado à função de regular o trabalho no setor saúde, incluindo componentes ideológicos e tendo o trabalhador da saúde como ator social no processo de desenvolvimento e consolidação do sistema de saúde. Alves e Assis (2011) reforçam que a GTS deve ser incorporada na agenda política do Estado brasileiro de maneira ampliada, pois envolve a combinação de estratégias que visam à análise e operacionalização de políticas que direcionem a regulação profissional, com vistas a propiciar uma melhor distribuição, o desenvolvimento de competências e uma gerência de pessoal envolvida com as demandas dos trabalhadores do SUS.

Pierantoni (2000) sinaliza que as reformas do Estado aliadas ao fenômeno da globalização proporcionaram uma flexibilização das relações de trabalho, com diminuição do quadro funcional estatal e crescente terceirização e precarização das relações trabalhistas. Este fato delineou uma configuração que gerou impacto no vínculo dos trabalhadores com o sistema de saúde. Surgiram, então, soluções individualizadas, como as fundações de apoio e a terceirização. Koster (2009) atribui à flexibilização das relações de trabalho um caráter positivo quanto à possibilidade de ingresso no serviço público uma vez que sinaliza para a ausência ou pouca quantidade de concursos públicos. Porém relata que nem sempre essa flexibilização significa vínculos de trabalho com proteção social. Destaca, dessa forma, dentre os aspectos negativos da flexibilização, a diversidade acentuada de formas contratuais, a perda da memória institucional, conflitos internos entre os trabalhadores de vínculos diferentes em uma mesma instituição e o enfraquecimento das cooperações, fragilidade do vínculo entre trabalhadores e

usuários em parte pela rotatividade dos profissionais e à precarização do trabalho (ALVES e ASSIS, 2011).

Nesse contexto, alguns apontamentos foram levantados a respeito do papel do gestor de saúde e da sua relação com trabalhadores e usuários de saúde na perspectiva da gestão participativa e cogestão dos processos de trabalho.

O estudo de Barreto *et al.* (2010) da luz ao papel do gestor municipal de saúde como um ator envolvido na efetivação da política de saúde nos municípios. Expõe que cabe ao gestor atuar na perspectiva de assegurar a construção de um modelo de atenção em saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. O trabalho de gestor assume dimensões importantes junto ao processo de trabalho em saúde que abrangem comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os recursos humanos nessa tarefa fazendo com que cada um desempenhe seu papel, mas com o compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população (VANDERLEY e ALMEIDA, 2007).

No que tange o modo como se estabelecem as relações entre gestores e trabalhadores de saúde, o gestor deve considerar os profissionais e usuários de saúde como atores em potencial na produção das ações de saúde, além de compor consensos e alianças socialmente construídas, se contrapondo à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional (CAMPOS, 2000; BARRETO *et al.*, 2010).

De forma geral, percebe-se que das discussões expostas emanaram temas referentes à gestão da APS no âmbito do SUS, ao planejamento como forma de gestão dos serviços de saúde no SUS e na APS; à gestão do trabalho como consolidação do sistema de saúde; ao planejamento estratégico situacional como forma de organização do trabalho e à fragilização nos processos de trabalho e o papel do gestor. Evidencia-se que tais apontamentos fazem parte da proposta metodológica do processo de Planificação da APS ao elencar para si assuntos inerentes ao planejamento da atenção à saúde no âmbito da assistência primária.

Estratégias de planejamento em saúde nos processos organizativos das redes de atenção

Para Mendes e Santos (2001), o Estado necessita de ferramentas gerenciais ágeis e competentes para que as políticas públicas, implementadas, sejam eficientes e eficazes a partir de um planejamento que envolva a solução de problemas e o aproveitamento das potencialidades existentes (WEILLER e MENDES, 2016). A descentralização enquanto uma diretriz do SUS aponta para esse caminho (BRASIL, 1990a).

Para Pasche *et al.* (2006) a descentralização da saúde desencadeou inúmeros avanços às esferas subnacionais na gestão dos sistemas municipais de saúde. Ampliou, em certa medida, a cobertura e o acesso da população a serviços de saúde, mobilizou a organização dos serviços baseados em problemas de interesse local e na incorporação de novos atores sociais, além de viabilizar uma maior participação e controle social na definição e execução orçamentária dos gastos em saúde, reforçando a autonomia e a responsabilidade de cada ente subnacional (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004).

Porém, alguns autores apontam seus efeitos indesejáveis e paradoxais na consolidação da integralidade da atenção no SUS. Para Santos e Campos (2015) a descentralização esbarra na assimetria financeira e gestora dos distintos níveis de governo, bem como na permeabilidade das instituições de saúde à democracia, impondo constrangimentos que atenuam a potência dos demais princípios e diretrizes do SUS e complexificam a consolidação de uma política nacional de saúde sem uma vinculação hierárquica entre os entes (União, estados e municípios), reforçando, muitas vezes, a competição diante da cooperação.

Almeida *et al.* (2016) relatam que o desenho forjado pela descentralização à política de saúde brasileira concebeu um sistema peculiar, no qual a responsabilidade pela organização e gestão local é do município. De um lado, responde ao valor ético-político almejado pelo espírito democrático, ao possibilitar a distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação social, por outro, as forças centrípetas geradas pela descentralização podem produzir um funcionamento autárquico, potencializando a indesejável fragmentação do sistema, gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes. (CAMPOS, 2006). Almeida *et al.* (2016) expõe a necessidade de um modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, a regionalização do sistema de saúde pública é recomendada como uma alternativa para melhorar a eficiência administrativa e a prestação de serviços. Porém, a lógica de sistema estabelecido pela regionalização recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde ao contemplar e, principalmente, agregar, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios (OLIVEIRA, 2003). Sendo assim, a regionalização dos sistemas de saúde se impõe como uma estratégia e uma alternativa referenciada pelo princípio da igualdade, para superar os entraves advindos do processo de municipalização. Arretche e Marques (2003) constata que a organização do sistema de saúde pela municipalização conduziu à fragmentação dos serviços, à perda de qualidade e à ineficiência na utilização dos recursos, na medida em que cada município tende a construir sistemas de saúde fechados. Para Silva e Gomes (2014) regionalizar o SUS implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e financiamento da rede de serviços dentro de um território, em um processo contínuo de negociações de toda natureza. Implica, portanto, constituir regiões de saúde como recortes territoriais em espaços geográficos contínuos (SILVA e GOMES, 2014). Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantindo o desenvolvimento da atenção básica na assistência do mesmo modo com as ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Outro tema evidenciado nessa categoria foi referente ao Apoio Institucional (AI) como uma ferramenta de mudança no processo de trabalho implicado no acompanhamento de ações e da gestão da APS. No campo da Política Nacional de Humanização, o AI objetiva fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Pode ser considerado, ainda, como propulsor para a instauração de mudanças em grupos e organizações, promovendo a alteração e reformulação no modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BRASIL, 2008; PINHEIRO e JESUS, 2014).

No âmbito da assistência primária, o AI surge como uma proposta de acompanhamento das ações e gestão da APS ao desfazer-se de moldes tradicionais de produção de trabalho para uma conduta mais participativa e propositiva. Conforme Pinheiro e Jesus (2014), o apoiador institucional desenvolve o papel de auxílio às equipes, no âmbito da gestão e dos processos de

trabalho cabendo a ele incluir-se no processo, misturando-se, auxiliando a construir espaços coletivos de discussão, análise e proposição.

Bedin *et al.* (2014) relatam em seu estudo que a a proposta do AI na APS implicou em uma reorganização dos modos de planejamento em saúde tendo como base a “regionalização” do município, isto é, um recorte do território que permitisse à coordenação maior proximidade com as equipes e a definição de regiões de responsabilidade da gestão. No mesmo estudo, os autores atribuíram ao AI a importância da implantação do Acolhimento nas unidades de saúde, aprimorando e ampliando o acesso aos serviços de saúde pelos usuários, já que até aquele momento se trabalhava com a distribuição de fichas, isto é, centrado na atenção médica, com um número de consultas pré-definidas e atendimento por ordem de chegada. O Acolhimento se estabelece na busca por relações humanizadas e no reconhecimento do protagonismo do usuário no processo de saúde e doença e na pactuação do partilhamento da responsabilidade pela resolução de suas demandas, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. O debate quanto ao acolhimento junto aos trabalhadores pode ser considerado uma ferramenta que qualifica a escuta do trabalhador, porque, ao mesmo tempo em que o empodera e instrumentaliza para sensibilizar-se a novas formas de acolher as demandas, proporciona a identificação das necessidades que nem sempre estão expressas (BEDIN *et al.*, 2014).

Dessa forma, para Campos *et al.* (2014) o AI é um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão tratando-se de um modo para fazer cogestão. Para isso, pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. Ele busca um modo complementar para realizar essas funções e, em particular, altera a maneira de realizar coordenação, supervisão e avaliação do trabalho.

No que tange ao referenciamento como um instrumento de organização da rede assistencial, Campos (2003) descreve que o primeiro desafio na busca do atendimento integral em saúde é reestruturar a forma como trabalham os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde. Para tal, o autor sugere que uma forma de articulação entre estes serviços se dá pelo sistema de Referência e Contrarreferência. Lemões *et al.* (2009) consideram o sistema de Referência e Contrarreferência de usuários do SUS como forma de proporcionar a integralidade da assistência e analisa a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde uma vez que estabelece vínculos entre unidades de assistência primária à saúde e demais serviços da rede de atenção. Os autores, em seu estudo, sinalizaram que a procura por uma assistência resolutiva faz

com que, ainda hoje, as unidades de pronto-atendimentos sejam o primeiro lugar de escolha dos usuários, tornando o serviço uma importante porta de entrada no sistema e deflagrando a inoperância da APS como coordenadora do cuidado (LEMÕES *et al.*, 2009).

Para atender ao planejamento das ações em saúde de forma efetiva diante das necessidades de saúde da população, percebe-se a necessidade de construir e utilizar indicadores de monitoramento e avaliação em saúde. Para Pereira e Tomasi (2016) os indicadores de saúde, quando gerados de forma regular, podem ser instrumentos importantes para a gestão e avaliação da situação de saúde em todos os níveis da saúde pública. Para tal, os sistemas de informações em saúde tem o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade da saúde da população, subsidiando os profissionais da área com as informações necessárias para desempenharem suas atividades com eficiência e eficácia (MARIN, 2010). Entretanto, Pereira e Tomasi (2016) apontam que, ainda é escasso o uso das informações em saúde disponíveis, as quais, muitas vezes, contam com dados duplicados e dificuldades de acesso e análise. Seguindo a lógica da efetividade em planejar saúde, o processo de contratualização foi apontada como uma ferramenta de planejamento conjunto. Para Silva *et al.* (2014) a contratualização é um exercício de planejamento compartilhado, articulação, acordos negociados e convergência de interesses. Nessa perspectiva, seria um mecanismo de coordenação alternativo aos modelos hierarquizados, e que objetiva o aumento da responsabilização de gestores e trabalhadores quanto aos resultados, em um conjunto de práticas que intensifiquem a gestão por compromissos e contribuam para a efetividade dos serviços de saúde.

Diante do exposto, percebe-se que foram foco das discussões assuntos referentes ao processo de descentralização, regionalização e municipalização no planejamento em saúde; apoio institucional, referência e contrarreferência, indicadores de saúde e sistema de informação do SUS como instrumentos de gestão da rede assistencial e contratualização como forma de planejamento conjunto. De maneira semelhante, entende-se que os mesmos estão intimamente ligados a proposta da Planificação da APS ao disponibilizar ferramentas norteadoras e gerenciais do planejamento em saúde na APS.

Quadro 1 – Descrição dos estudos utilizados

Título do artigo	Autores	Ano/ Periódico	Tipo de pesquisa	Intervenção estudada	Conclusões
1 Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais	Almeida PF; Santos AM; Santos VP; Silveira Filho RM	2016 Saúde Soc. São Paulo	Estudo de Caso	Estratégias regionais para a integração assistencial em região de saúde, com foco no papel desenvolvido pela APS	Insuficiência de estratégias regionais e solidárias para o enfrentamento dos problemas da APS
2 Gestão da Atenção Básica no Sistema único de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009 – 2012	Cruz JS; Souza Júnior AV; Barreto EJ; Araújo JG; Almeida MVG; Gonçalves CCT	2014 Revista Baiana de Saúde Pública	Estudo Documental	Gestão da APS e as ações destinadas à efetivação dos direitos relativos à saúde no âmbito do SUS	Idéia de simplicidade dos cuidados da APS
3 A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional	Santana RS; Lobo IMF; Penaforte TR; Leite SN; Silva WB	2014 Rev. Adm. Pública	Estudo de caso	Implantação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta de organização no serviço de Farmácia hospitalar	O PES demonstra ser uma ferramenta aplicável ao acompanhamento e avaliação da política de medicamentos essenciais
4 Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil	Pinheiro MEC; Jesus LMM	2014 Interface Comunicação Saúde Educação	Relato de Experiência	Apoio Institucional (AI) como forma de reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde	O caminho do AI assinala para um novo ordenamento de disposição dos processos de trabalho e gestão em saúde
5 Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil	Bedin DM; Scarpato HBK; Martinez HÁ; Matos IB	2014 Saúde Soc. USP	Relato de Experiência	Gestão na saúde coletiva: implantação do AI e do Acolhimento.	AI propôs, junto às equipes da APS, o debate sobre as possibilidades de modificação do modelo biomédico
6 Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa	Silva EC; Gomes MHA	2014 Saúde Soc. USP	Estudo descritivo	Gestão regional no ABC Paulista por meio do Plano Diretor Regional (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI)	O PDR deve ser atualizado para equilibrar a relação entre oferta e demanda; o PPI é uma arena de competição e o PDI é pouco significativo
7 Referenciamento de usuários do SUS para um	Lemões MAM;	2009 Cienc Cuid	Estudo Descritivo-	Estabelece vínculos entre UBS e serviço	O referenciamento ao nível hospitalar não é

Hospital Universitário no Sul do Brasil	Costa CFS; Mandoza-Sassi RA	Saude	exploratório	hospitalar, por meio do referenciamento	algo fundamentado. PA são vistos como serviço de porta de entrada no sistema
8 Gestão do Trabalho: Abordagens Teóricas e Políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)	Alves JS; Assis MMA	2011 Revista Baiana de Saúde Pública	Estudo Bibliográfico	Gestão do Trabalho em Saúde (GTS) no contexto do SUS e na articulação com Educação Permanente em Saúde (EPS).	A GTS articula o Estado à função de regular o trabalho no setor saúde, incluindo o trabalhador da saúde como ator social na consolidação do SUS
9 Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil	Finkelsztejn A et. al	2009 Physis Revista de Saúde Coletiva	Estudo Transversal	Analisa o sistema de Referenciamento entre a APS e o serviço hospitalar analisando a resolubilidade da APS	O sistema de Referenciamento faz parte de um dos atributos essenciais da APS ao prevê um cuidado compartilhado
10 A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites	Campos GWS; Pereira Júnior N	2016 Ciência & Saúde Coletiva	Estudo Documental e Bibliográfico	Análise histórica das políticas de Atenção Primária no Brasil, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa Mais Médicos (PMM).	Crescente importância da APS no Brasil. O PMM significou tanto uma continuidade do esforço de consolidação da PNAB
11 Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde	Paulo LFA	2016 Physis Revista de Saúde Coletiva	Estudo de caso	Propõe avaliar se o planejamento estratégico do MS é aderente a uma estratégia de gestão	O plano estratégico é incapaz de orientar e mobilizar a organização, ocupando papel de menor relevância
12 O Orçamento por desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012	Weiller JAB; Mendes AN	2016 Saúde em Debate	Estudo de caso	Avalia o planejamento a partir do desempenho do orçamento na saúde	Os gestores públicos devem se preocupar com a melhor elaboração dos instrumentos orçamentários
13 Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde	Pereira BS; Tomasi E	2016 Epidemiol. Serv. Saude	Relato de Experiência	Propõe relatar o desenvolvimento de uma ferramenta informatizada de monitoramento de indicadores para a gestão regional de saúde	Os indicadores de saúde podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação da saúde pública
14 Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas	Pinafo E; Carvalho BG; Nunes EFPA	2016 Ciência & Saúde Coletiva	Revisão de Literatura	Descentralização da gestão em saúde para o ente municipal e suas implicações para o acesso e a atenção integral ao usuário	A descentralização não garante o compartilhamento das funções e competências de gestão do sistema entre os entes federados

15 Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão	Kehrig RT; Souza ES; Scatena JHG	2015 Saúde em Debate	Estudo documental	Institucionalidade e governança na gestão da regionalização da saúde	A regionalização revelou-se incipiente e o planejamento restrito à aplicação normativa de instrumentos legais do SUS
16 A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES)	Silva BFS; Wandekoken KD; Dalbello-Araujo M; Benito GAV	2015 Saúde em Debate	Estudo Descritivo exploratório	Analisar como gestores realizam o planejamento das ações e sobre a participação dos trabalhadores e da população	Os gestores praticam ações voltadas para a manutenção do sistema vigente do que para gerar mudanças com vistas à consolidação do SUS
17 Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil	Silva VC; Escoval A; Hortale VA	2014 Ciência & Saúde Coletiva	Estudo de caso	Contratualização e sua aplicação prática em experiências no âmbito da APS em Portugal e no Brasil	A contratualização pode contribuir de forma positiva na coordenação das organizações de saúde
18 Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS)	Pinto JM; Gerhardt TE	2013 Rev. Adm. Pública	Estudo de caso	Gestão municipal do SUS: práticas avaliativas também expressam a atenção à saúde prestada à população, assim como as práticas assistenciais	A mediação sociopolítica é a principal estratégia gestora para considerar a diversidade de atores e suas avaliações sobre um sistema de saúde
19 Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro	Leite VR; Lima KC; Vasconcelos CM	2012 Ciência & Saúde Coletiva	Estudo Descritivo-exploratório	Financiamento e descentralização analisando a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da saúde	Mais responsabilidades e aportes financeiros ficaram sob a égide dos municípios
20 O planejamento estratégico situacional no ensino da Gestão em saúde da família	Kleba ME; Krauser IM; Vendruscolo C	2011 Texto Contexto Enferm	Relato de experiência	Planejamento estratégico situacional (PES) vivenciada no curso de enfermagem em uma ESF	O PES exigiu dos estudantes capacidade de ouvir os atores envolvidos seus pontos de vista e argumentos sobre a realidade percebida
21 Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil	Silveira DS; Et. al	2010 Cad. Saúde Pública	Estudo epidemiológico	Gestão da APS nas esferas do trabalho, da educação, da informação e da comunicação, no contexto de municípios	A precarização do trabalho é um problema relevante na APS. A supervisão do trabalho está pouco direcionada ao planejamento e às práticas de saúde
22 Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em	Barrêto AJR; Sá LD; Silva CC; Santos	2010 Texto	Estudo Descritivo-	Experiência de enfermeiros como gestores em saúde na	Gestor como estratégico em suas ações ao traçar as necessidades de seu

Saúde no estado da Paraíba	SR; Brandão GCG	Contexto Enferm	exploratório	perspectiva de reconhecer elementos fortalecedores da Reforma Sanitária	território e construir o planejamento em saúde participativo
23 Planejamento Situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem	Vendruscolo C; Kleba ME; Krauzer IM; Hillesheim A	2010 Rev Gaúcha Enferm	Relato de Experiência	Planejamento Estratégico Situacional (PES) junto a uma ESF	O PES oportuniza o enfrentamento de problemas a partir de um olhar abrangente, considerando a perspectiva de análise e a capacidade de ação dos atores envolvidos
24 Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde	Vieira FS	2009 Ciência & Saúde Coletiva	Estudo documental	Planejamento no sistema de saúde: análise de documentos legais e materiais técnicos publicados pelo MS	Mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a efetivação do planejamento em saúde
25 O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90	Machado CV	2007 Cad. Saúde Pública	Estudo documental	Gestão no âmbito nacional: modelo de intervenção do MS	A baixa integração com outras políticas, a fragilidade de planejamento e as lacunas no financiamento expressam a ausência de um projeto positivo para o MS
26 Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede	Trevisan LN; Junqueira LAP	2007 Ciência & Saúde Coletiva	Metodologia não definida	Implicações do processo de descentralização, mais especificamente a municipalização nos papéis dos entes federados	A rede não é apenas padrão de interação, mas a forma pela qual o serviço público é planejado, concebido, produzido e oferecido à população

Considerações Finais

Diante da questão norteadora deste estudo, a qual coloca em prova as evidências científicas a respeito do planejamento em saúde na APS e sua interface com o processo de Planificação da atenção à saúde na assistência primária, evidencia-se que as publicações selecionadas trouxeram temas pertinentes à proposta metodológica da Planificação, mas que o termo em si não foi mencionado em nenhuma delas.

Nos artigos foram discutidos temas referentes à gestão da APS no âmbito do SUS, ao planejamento em saúde como forma de gestão dos serviços de saúde no SUS e na APS, à gestão

do trabalho em saúde como consolidação do sistema de saúde e ao processo de descentralização, regionalização e municipalização no planejamento em saúde. Foram ainda mencionados o apoio institucional, o acolhimento, o sistema de referência e contrarreferência, os indicadores de saúde e sistema de informação e a contratualização como forma de planejamento em saúde. Percebe-se que todos esses temas estão diretamente relacionados a proposta ideológica da Planificação da APS. O fato de o termo em si não ter sido mencionado nas publicações pode ser atribuído a sua recente implantação no âmbito da saúde coletiva. Em 2005, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) deu início ao trabalho de elaboração da Oficina sobre Redes de Atenção à Saúde, a qual fez parte do elenco das oficinas trabalhadas no fortalecimento da APS no âmbito dos estados brasileiros.

A APS parece ainda se configurar numa rede fragilizada, destoante do seu propósito de ordenadora do cuidado integral em saúde. Ainda à ela é estabelecida uma rede pensada isoladamente sem interlocução regional. Dessa forma, percebe-se a necessidade de compreensão de que a APS é uma estratégia que precisa envolver o conjunto dos atores envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores de saúde. Os espaços de diálogo e negociação entre gestores e, entre gestores e demais atores parece ser uma estratégia para a efetivação do planejamento conjunto em saúde na busca de redes de atenção sólidas e responsáveis pelo compartilhamento do cuidado.

Portanto, é nessa lógica que a Planificação da APS foi pensada. Objetivando uma APS organizada, resolutiva e coordenadora do cuidado, cabe à Planificação o processo de planejamento da atenção à saúde em todas as suas etapas. Dessa forma, a Planificação da Atenção Primária à Saúde representa um reencontro com conceitos, pressupostos e ideologias, que apesar de já serem previamente conhecidos, são expostos e discutidos numa nova tentativa de tornar efetivos os pressupostos teóricos que norteiam a APS.

Referências

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006.** Cad Saúde Pública, v. 24, n. 8, p. 1727-42, 2008.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA FILHO, R. M. **Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais.** Saúde Soc., v.25, n.2, p.320-335, 2016.

ALVES, J. S.; ASSIS, M. M. A. **Gestão do trabalho: Abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.35, n. 1, p.55-67, 2011.

ARRETCHE, M. T. S.; MARQUES, E. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2003.

BARRETO, A. J. R.; SÁ, L. D.; SILVA, C. C.; SANTOS, S. R.; BRANDÃO, G. C. G. **Experiências dos enfermeiros com trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba**. Texto Contexto Enferm., v. 19, n. 2, p. 300-8, 2010.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K.; MARTINEZ, H. A.; MATOS, I. B. **Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil**. Saúde Soc., v.23, n.4, p.1397-1407, 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7508, 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, e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 novembro 2011.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan- Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: MS; 2008.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciênc. Saúde Colet., v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, p. 417-442, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JUNIOR, N.; CASTRO, C. P. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. **A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Caderno de apresentação: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: 76p., 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : 436 p. – (CONASS Documenta, 23), 2011.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Os sistemas de informação em Saúde.** In.: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1), p.74-101, 2007.

CAVALCANTE, R. B., CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método.** Inf. & Soc.: Est., v.24, n.1, p. 13-18, 2014.

FINKELSZTEJN, A.; ACOSTA, L. M. W. A.; CRISTOVAM, R. A.; MORAES, G. S.; KREUZ, M.; SORDI, A. O.; SOUZA, P. C. EYFF, T. F.; FRACASSO, A. M.; CHAVES, M. L. F. **Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.

GIL, A. C. **Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais.** São Paulo: Atlas; 2001.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. **Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 16, n. 11, p. 893-902, 2011.

JUNIOR, S. A. O. **Planificação da Rede temática de Atenção na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte: análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais.** [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. **O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família.** Texto Contexto Enferm, v. 20, n. 1, p. 184-93, 2011.

KOSTER, I. **A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.

LEMÕES, M. A. M.; COSTA, C. F. S.; MANDOZA-SASSI, R. A. **Referenciamento de usuários do SUS para um hospital universitário no sul do Brasil.** Cienc Cuid Saude, v. 8, n. 2, p. 198-204, 2009.

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3455-66, 2010.

MARIN, H. F. **Sistemas de informação em saúde: considerações gerais.** J Health Inform., v. 2, n. 1, p. 20-4, 2010.

MATTOS, R. A. **(Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus.** Ciênc. Saúde Colet., v. 15, n. 5, p. 2327-2336, 2010.

MENDES, A. N.; SANTOS, S. B. S. **Aperfeiçoamento em Administração Orçamentária e Financeira Governamental.** São Paulo: Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda, Editora Fazesp, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo:Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, M. H. B. **Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização.** In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, C. M. M. *Gestão de sistemas de saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS, p. 59-92, 2003.

PASCHE, D. F. et al. **Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil.** Revista Panam Salud Pública, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAULO, L. F. A. **Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 981-1007, 2016.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. **Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde.** Epidemiol. Serv. Saude, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016.

PIERANTONI, C. R. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades.** Ci Saúde Col., v. 6, n. 2, p. 341-60, 2000.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. **Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

PINHEIRO, M. E. C.; JESUS, L. M. M. **Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil.** Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 1, p. 1135-43, 2014.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X Revisão narrativa.** Acta Paul Enferm, v. 20, n. 2, 2007.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho**. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

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

SILVA, B. F. S.; WANDEKOKEN, K. W.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; BENITO, G. A. V. **A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES)**. Saúde Debate, v. 39, n. 104, p. 183-196, 2015.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. **Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa**. Saúde Soc., v.23, n.4, p.1383-1396, 2014.

SILVA, V. C.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. **Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, 2014.

SILVEIRA, D. S.; FACCHINI, L. A.; SIQUEIRA, F. V.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILÉLIO, A. S.; MAIA, M. F. S. **Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, 2010.

SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M. **Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde**. Rev Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 20-25, 2008.

VANDERLEY, MIG.; ALMEIDA, MCP. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família**. Cienc Saúde Colet., v. 12, n. 2, p. 443-53, 2007.

VENDRUSCOLO, C. KLEBA, M. E.; KRAUZER, I. M.; HILLESHEIM, A. **Planejamento situacional na estratégia saúde da família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm., v. 31, n. 1, p. 183-6, 2010.

VIEIRA, F. S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, 2009.

WEILLER, J. A. B.; MENDES, A. N. **O Orçamento por Desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012**. Saúde Debate, v. 40, n. 109, p. 36-52, 2016.