

Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências

Administration in Health Basic Unities: knowing experiences

Érika P. Ramires¹; Luciano G. Lourenção^{1,2}; Marilene R. Santos^{1,3}

¹Enfermeiro especialista em gerenciamento; ²docente do Centro Universitário de Rio Preto - UNIRP e mestrando em Ciências da Saúde da FAMERP;

³Docente da FAMERP

Resumo Atualmente, a baixa capacidade gerencial dos profissionais vem agravando a situação da saúde no país. Associada ao sucateamento dos equipamentos e à desqualificação dos recursos humanos, agrava a precariedade do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde. É evidente a necessidade de reorientação do perfil gerencial como forma de melhorar o cenário e o funcionamento dos serviços públicos de saúde. Faz-se necessário a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento da capacidade de análise e de ação, o aprimoramento de práticas e a determinação em alcançar resultados para transformar o perfil gerencial que se busca. Assim o presente trabalho teve como objetivo buscar na literatura conhecimentos acerca das diferentes visões sobre o gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde, como foi implantado e quais os resultados obtidos em cada experiência. A metodologia utilizada foi a Revisão de Literatura. A análise dos dados bibliográficos evidenciou que: há, ainda, muito pouco sobre o tema na literatura nacional, visto que, culturalmente, o enfoque da saúde é voltado para a área Hospitalar, ficando a Saúde Pública com escassez de pesquisas, estudos e incentivo; investir no gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde faz com que o sistema de saúde dê passos importantíssimos rumo à melhoria da qualidade da assistência prestada a população; há a necessidade de maiores investimentos na capacitação e preparo dos profissionais para a prática gerencial.

Palavras-chave Administração; unidades básicas de saúde; experiências.

Abstract Lately, the professional management capacity is aggravating the health situation in the country. Associated to the scraping of the equipment and the disqualification of human resources, it aggravates the precariousness of the attendance provided by the public health services. The necessity of reorientation of the administrative profile is evident as a form to improve the setting and the functioning of the health services. It is necessary the acquisition of new knowledge, the development of the capacity of action and analysis, the practice refinement, and the determination to achieve results to transform the administrative profile that has been searched for. Thus, the main objective of this work was to search on the literature the knowledge concerning to the different views on Health Basic Units management, how it was implanted and which results were achieved in each experience. The employed methodology consisted in Literature Review. The analysis of the bibliographical data has evidenced that there is still not much about this issue in the national literature, since, culturally, the health approach is directed toward the hospital area, leaving the Public Health with scarcity of research, studies, and incentive. The analysis has also concluded that to invest in Health Basic Units management causes the public health system to take very important steps towards the improvement of the health assistance quality provided to the population, and that more investments are needed to qualify and educate the professional to perform management activities.

Keywords Administration; health basic unities; experiences.

Introdução

A reforma sanitária pode ser definida como um processo modernizador, democratizante e de transformações nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para conseguir dar condições de saúde aos cidadãos. Esta reforma,

um direito universal e ancorado por um Sistema Único, sob regulação do Estado, objetiva a eficiência, eficácia e equidade e deve ser construída permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial,

do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema¹.

Em 1986 ocorre um dos eventos político-sanitários mais importantes da década de 80, a VIII Conferência Nacional de Saúde, constituindo o momento apical de formatação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira, que até então não conseguia se concretizar. Esta Conferência constituiu-se no instrumento político-ideológico que influiu de forma significativa na implantação do SUDS em 1987 e na elaboração da nova Constituição Federal em 1988. A Constituição incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propondo uma nova lógica organizacional¹.

Um dos aspectos importantes dessa Constituição está na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo as diretrizes de descentralização com comando único em cada esfera do governo, atendimento integral e a participação da comunidade.

Promulgou-se então a Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Organizacionais Municipais. Esta lei instituiu como preceitos: saúde como direito e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde incluindo sua determinação social; o SUS com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação e incorporação do modelo epidemiológico. Instituiu também os princípios que regem sua organização, como: Regionalização, Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementaridade do Setor Privado².

Outra lei que veio para consolidar o sistema é a Lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências².

Para que o SUS seja realmente implantado, desde os municípios até todo o território nacional, existem os gestores que são as entidades encarregadas de fazer com que ele funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro de seus princípios. Nos municípios, os gestores são as secretarias municipais de saúde e prefeituras; nos Estados, as secretarias estaduais e, no nível federal, o Ministério da Saúde. O município é o principal responsável pelo atendimento ao doente e pela saúde da população de sua área de abrangência, sendo este capaz de resolver seus problemas, e quando extrapolar sua capacidade de resolução, encaminhá-lo ao serviço de melhor porte².

Os gestores municipais, nesse enfoque, demandam por competência gerencial, o "FAZER" e o "SABER FAZER", para evitar desperdícios e produzir respostas às necessidades apresentadas pela sua população³.

O tema "gestão" comporta processos complexos, relacionados com a demanda e necessidades de saúde, e principalmente, está relacionado com as possibilidades de resposta social. Supera os antigos processos administrativos clássicos, onde administrar era apenas ser eficiente em solucionar questões relativas a recursos materiais, humanos e estrutura física de determinada área. Não significa que isto deixou de ser cobrado, porém o pensamento mecanicista e racional não consegue dar conta de assuntos mais complexos, como aceitar novos desafios, exigências do mercado consumidor, incertezas, processos de mudança e adaptação a novas situações, entre outros. Não é suficiente que as decisões sejam pautadas em bom senso e experiências passadas. Bagagem de conhecimentos,

capacidade de análise, capacidade de ação, aprimoramento de práticas e determinação em alcançar resultados se tornaram indispensáveis para o perfil gerencial que se busca nos tempos atuais⁴.

Transforma-se em evidência a necessidade de reorientação do perfil gerencial como forma de melhorar o cenário e o funcionamento dos serviços de saúde⁵.

Diante deste desafio, foi criado em 1993 pelo Ministério da Saúde no Brasil o Projeto GERUS, que aparece como uma intervenção no campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, voltado para a qualificação técnica e administrativa dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aumentando a capacidade gerencial, com o intuito de conseguir mudanças nas práticas sanitárias e de atenção à saúde⁶.

Para Dussalt⁷, desenvolver a competência gerencial, impõe-se em três dimensões: ao nível do saber ou dos conhecimentos, compreendendo as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção e as organizações; ao nível do saber-fazer, que se dá pela capacidade pessoal em utilizar situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho e gerir o pessoal; e, por último, ao nível do saber-ser ou das atitudes, que compreende abertura de espírito, sentido ético, empatia e pragmatismo.

Assim, este estudo tem como objetivo conhecer as diferentes visões sobre o gerenciamento em unidades básicas de saúde, como foi implantado e quais foram os resultados obtidos em cada experiência.

Metodologia

Este é um estudo exploratório descritivo a respeito de material bibliográfico publicado sobre o tema "gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde" ou relacionadas a este tema.

Assim, é de natureza exclusivamente bibliográfica, realizando-se a análise do conteúdo do assunto focado.

Deste modo, para o desenvolvimento do trabalho, foram realizadas buscas na base de dados da literatura Latino Americana (LILACS) e literatura nacional, como pesquisas em livros, artigos publicados em revistas e sites da Internet, que relatam sobre o tema abordado, no período de 1993 a 2001.

A partir deste levantamento foi realizada uma análise para avaliar a importância do gerenciamento no sistema de saúde pública, bem como as diferentes estratégias utilizadas pelos municípios na sua concretização.

Resultados e Discussões

Foram analisados os trabalhos publicados sobre o tema gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde.

No levantamento realizado, os artigos encontrados se dividem em duas linhas de estudo: 9 autores relatam a aplicação do processo de gerenciamento de forma integral e 1 relata a utilização de ferramentas do gerenciamento para obter melhores resultados em um processo já existente. As experiências abordadas por cada autor serão descritas a seguir.

Dentro da aplicação do processo de gerenciamento de forma integral, Costa et al.⁸ relatam a experiência ocorrida em Campo Limpo, cidade situada no Estado de São Paulo, onde realizou-se um trabalho de diagnóstico epidemiológico, no sentido de se conhecer melhor a realidade de cada local, priorizar as necessidades e reorganizar os serviços de modo que pudesse atender às questões sanitárias da população. O processo atingiu as 31 UBSs, utilizando-se do SILOS (Sistemas Locais de

Saúde) para a organização municipal, servindo de base para o posterior desenvolvimento gerencial do distrito⁸.

O trabalho desenvolveu-se por meio de oficinas de processo, onde consultores tinham o papel de facilitadores e orientadores para a aplicação da metodologia básica realizada durante todo o trabalho. Avaliou-se que o trabalho desenvolvido tornou claro aos profissionais o modelo de atenção básica à saúde, principalmente em relação à integralidade, equidade, determinação social do processo saúde-doença e a participação popular. Os pontos de destaque são o maior envolvimento dos profissionais nas atividades da UBS e no processo desenvolvido; clareza na realização do planejamento; interdisciplinaridade e intersetorialidade; responsabilidade da equipe com sua área de abrangência; reflexão sobre o trabalho de cada UBS; reorganização das unidades em relação às práticas sanitárias; maior integração, ocasionando melhor fluxo de referência e contra-referência; constituição dos Conselhos Técnicos Administrativos; formação dos conselhos gestores de cada unidade, fortalecimento das comissões de saúde e enfrentamento dos problemas priorizados. Entre as dificuldades, destacam-se: dificuldades estruturais (recursos materiais e humanos), conjunturais (nas UBS e em nível municipal) e a metodologia aplicada.

No contexto de transformações gerenciais, Fracoli⁹ realizou um estudo que possui como objetivos principais discutir as potencialidades e as limitações do processo de trabalho de gerência para operar mudanças nos modelos técnico-assistenciais de saúde. O objeto de estudo foi o trabalho gerencial desenvolvido nas UBSs do município de Marília-SP.

O desafio a ser enfrentado pelo município era o de substituir um modelo baseado em unidades de Pronto Atendimento pelo modelo SILOS. Para enfrentar esse processo, o município contou com um projeto chamado Uni-Marília, procurando manter uma parceria entre serviços de saúde, academia e comunidade. Dessa forma, optou-se pelo investimento em gerentes das UBSs, através de desenvolvimento técnico-político para que estes operassem mudanças em seus espaços de produção.

Na dimensão político-legal, a Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de Marília, aprovou a instituição do cargo de Chefe de Unidade de Saúde, para dar autonomia e responsabilidades à figura da enfermeira como gerente. Porém, não houve clareza das atividades que este gerente deveria desenvolver, criando uma independência gerencial, constituindo um clima de tensão entre as gerentes.

Analisando o processo de trabalho de gerência, percebeu-se que a *“enfermeira, ao desempenhar um papel gerencial, o faz com uma visão idealista e disciplinadora do trabalho em saúde, reforçando a burocracia, divisão do trabalho, produtividade, supervisão e controle, esquecendo-se do planejamento e avaliação das ações em saúde e frustra-se ao perceber que as coisas não acontecem como ela espera, chegando, algumas vezes, a tomar para si a culpa das quebras cotidianas dos processos de trabalho. Tal fato torna o trabalho gerencial uma fonte constante de tensão para a enfermeira”*⁹.

No município de Santa Rosa-RS, Klering et al.¹⁰ realizaram um estudo, com objetivos de verificar e analisar fatores resultantes de inovações gerenciais no sistema local de saúde com relação à participação dos cidadãos nos processos de gestão municipal. Foram realizados procedimentos de coleta de dados, análise de documentos do sistema local e do Ministério da Saúde, participação no Conselho Municipal de Saúde e observação dos cidadãos que freqüentavam o SUS, atendi-

mento nos postos e reuniões do Conselho Local de Saúde.

No enfoque gerencial, a mais importante mudança foi a de responsabilizar o município pelo gerenciamento de todas as ações e serviços de saúde e a criação da Universidade Regional, visando operacionalizar a capacitação gerencial e aumentar a qualificação dos coordenadores do distrito, enfatizando administrações centrais, locais e capacidade em perceber pontos de estrangulamento, que possam impedir o avanço do processo.

Em relação ao Projeto GERUS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, alguns municípios aderiram ao processo, receberam a capacitação gerencial, aplicando-a em suas unidades de saúde. Os resultados obtidos em cada situação serão descritos abaixo.

Liberalino¹¹ relata a experiência do GERUS na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Para a reorganização de seu sistema, a cidade de Natal ligou-se ao Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS (Organização Pan-americana de Saúde) e ao GERUS, através de um convênio firmado entre o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do RN (NESC/UFRN), a Fundação Riograndense de Pesquisa e Cultura (FUNPEC) e as Secretarias Municipais de Saúde de Natal, Ceará-Mirim e São Gonçalo do Amarante.

No decorrer do curso, concluiu-se que para obter um resultado satisfatório da aplicação da teoria estudada na prática, seria necessário que o processo de desenvolvimento institucional ocorresse paralelamente, dando autonomia, rompendo com a verticalização de ações e viabilizando a implantação do planejamento local. Acreditou-se que o GERUS poderia gerar ou reforçar o desenvolvimento institucional, dependendo de como fosse conduzido e articulado.

A experiência do Projeto GERUS em Marília foi relatada por Roselli¹² como sendo uma estratégia de reorganização do sistema local, aplicando a capacitação em 14 profissionais da própria Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, da Faculdade de Medicina de Marília e da Secretaria Estadual.

Os profissionais tiveram capacitação técnica e pedagógica, por meio de oficinas de trabalho e, ao término do curso, entregaram um trabalho de monografia baseado nos conteúdos citados.

Na avaliação final do processo, observou-se que a sensibilização e o envolvimento dos orientadores do projeto nas UBSs colaborando com a aplicação do gerenciamento foi um dos pontos positivos; porém, um ponto negativo identificado foi o fato do projeto *“acabar sendo apenas um curso para os profissionais não gerentes, porque os mesmos não exerciam essa função”*¹².

A experiência do GERUS em Londrina-PR uniu ensino e serviço onde, devido à necessidade de capacitação profissional na área da saúde, reformulou-se um dos cursos de Especialização em Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL), criando-se um curso de Especialização em Saúde Coletiva/Gerência dos Serviços de Saúde, adequando-o à metodologia problematizadora. Assim, promoveu-se um convênio entre os municípios envolvidos e a UEL, para que houvesse um processo de seleção dos alunos participantes e escolha dos instrutores¹³.

No decorrer do curso sentiu-se a necessidade de abordar temas de apoio e de interesse dos participantes, englobando: palestras (reforma sanitária, epidemiologia, medidas de saúde, planejamento estratégico, planejamento e programação em saúde

de, políticas de saúde nos anos 80 e normas operacionais básicas). As principais dificuldades relatadas pelos alunos foram: sobrecarga de trabalho; falta de apoio institucional; desmotivação relativa aos baixos salários e a sobrecarga dos enfermeiros que exerciam atividades gerenciais e assistenciais de enfermagem. Na avaliação geral do processo, concluiu-se que os profissionais conseguiram construir a imagem do gerente dentro do contexto municipal de saúde, contribuindo para que as ações propostas pela Secretaria Municipal de Saúde e Higiene fossem aplicadas, obtendo resultados favoráveis em cada região¹³.

Em seus estudos Bertussi¹⁴ comenta o caso de Curitiba-PR, que também realizou uma parceria com uma entidade de ensino superior (PUC-PR) para a criação do Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde. Os resultados obtidos foram: discussão e reflexão quanto ao papel de gerentes no contexto municipal; troca de experiências entre os gerentes dos diversos setores; aproximação de setores meio (departamentos, núcleos e serviços) das unidades de saúde e propiciar nova aproximação do território, inclusive com a redefinição em algumas unidades.

Ferraz et al.¹⁵ relata a experiência de adaptação do Projeto GERUS para unidades de referência (Núcleo de Gestão Assistencial, Central de Ambulâncias; Pronto Socorro Central; Unidade Itinerante (caminhão); SAE-Serviço de Atendimento Especializado; CTA/COAS-Centro de Testagem e Aconselhamento; CAPS-Centro de Apoio Psicossocial; Ambulatório de Saúde Mental; Hospital Dia; Núcleo de Fisioterapia, Ambulatório do Hospital de Base) em São José do Rio Preto-SP, realizado pela parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e Higiene e a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

Embora o GERUS fosse elaborado para gerentes de unidades básicas de saúde, houve uma definição política de que onze unidades de referência fariam a especialização. Para trabalhar este grupo específico, dois monitores da coordenação técnica do nível central da SMSH, três monitores, enfermeiras docentes da FAMERP, com apoio do diretor técnico da SMSH adaptaram o material e desenvolveram a especialização. As dificuldades relatadas foram: inabilidade com a metodologia; diversidades institucionais e de gerentes; desconhecimento por parte dos monitores do processo de trabalho das diversas unidades e falta de material de apoio específico.

Os resultados apontados foram: os gerentes interiorizaram a maioria dos conceitos, porém, permaneceu a dificuldade de aplicação prática, refletindo o modelo centralizador até então adotado, havendo a necessidade de continuar a capacitação, por meio de encontros e fóruns de discussão, reforçando a função gerencial e a integração entre serviços.

Para a concretização e sucesso desta experiência, foi fundamental a participação efetiva dos docentes de enfermagem da FAMERP em todo o processo, promovendo uma articulação ensino/serviço.

Sob o ponto de vista desta articulação, o projeto GERUS trouxe grande avanço para as instituições: a participação dos docentes de enfermagem na prática de reorganização do processo de trabalho das unidades de referência; a adequação dos planos de ensino do curso de graduação em enfermagem e a criação de um Curso de Especialização para Enfermeiros em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família utilizando metodologia problematizadora e voltado para as necessidades reais dos serviços.

As autoras concluem que este processo é viável e que há

necessidade de um curso deste nível para unidades de referência. Apontam ainda, a necessidade de atenção e investimento por parte do Ministério da Saúde/OPS no que se refere à construção de material de apoio, incentivo financeiro e acompanhamento do processo.

Assis et al.¹⁶ expõe o processo vivido na implementação da Territorialização da Saúde, enquanto possibilidade estratégica de gestão da rede básica de saúde. Observou que o processo apresentou alguns limites vinculados a uma ação que privilegia a norma sobre a dinâmica da organização e gestão do processo de trabalho em saúde, como: criação de demandas em potenciais nas unidades de saúde ao atuar sobre os mapas de risco, sem haver uma preparação suficiente dos trabalhadores de saúde para atender a estas necessidades geradas; um modelo de saúde, pautado na queixa-conduta; a cultura institucionalizada dos técnicos de saúde que privilegia o atendimento biomédico; o não enfrentamento da população com os cargos do poder; a centralização do atendimento em determinadas camadas da população, reforçando o foco. As possibilidades vem sendo construídas ao repensar as práticas sanitárias no espaço territorial local, utilizando modelo de intervenção sobre a realidade local como um instrumento instigante, que ao ser gerido por dirigentes comprometidos com a democratização da saúde, pode permitir mudanças significativas na prática.

Voltado para a aplicação de ferramentas do processo de gerenciamento, Branco¹⁷ analisa, no contexto da descentralização, a lógica político-administrativa do fluxo de informações em saúde no município do Rio de Janeiro, estabelecido a partir da criação de sistemas municipais de informação. Descreve e analisa o fluxo estabelecido entre a secretaria municipal e as unidades básicas, a partir de um sistema de gerenciamento que interliga ambas, possibilitando ao gerente o acesso a informações que subsidiem o planejamento de ações em nível local.

Conclusões

Percebe-se que há, ainda, muito pouco sobre o tema na literatura nacional, visto que a nossa cultura é praticamente toda voltada para a área Hospitalar, deixando a área de Saúde Pública com escassez de pesquisas, estudos e, principalmente, incentivo.

Foi observado que uma das grandes dificuldades encontradas na parte estrutural, pois para que os processos consigam atingir os objetivos propostos, há a necessidade da organização institucional caminhar juntamente com as Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva de elevar a realização competente das funções básicas dos serviços de saúde em consonância com as necessidades da população.

Na análise dos trabalhos observou-se que há uma grande semelhança entre o resultado obtido em São José do Rio Preto e o encontrado nos municípios que investiram em melhorias no gerenciamento, tornando clara a necessidade de formação e capacitação gerencial para os profissionais que atuam como gerentes nas Unidades de Saúde.

O Projeto GERUS foi criado justamente para atingir esta necessidade, porém em seus quase 10 anos de existência, verifica-se que, na prática, ele ainda não conseguiu dar conta das dificuldades que o setor enfrenta, necessitando de adequações que atendam às diferentes realidades encontradas em cada região do país.

Diante dos fatos apresentados, vale ressaltar que investir

no gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde e de Referência faz com que a Saúde Pública dê passos importantíssimos rumo à melhoria da qualidade da assistência prestada a população e, como este cargo, em número bastante significativo, é ocupado pelo profissional enfermeiro, há a necessidade de maiores investimentos em pesquisas nesta área fundamentando, um melhor preparo para a prática.

Referências bibliográficas

1. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Teixeira CF, Unglert CVS, Grego C, Araújo EC, Mendes EV, Di Villarosa FN et al. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1999. p.11-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Assistência a Saúde; 1990.
3. Lafoz SE. Revista Espaço para a Saúde 1996;5(5):3. Editorial.
4. Barbosa PR, Lima SML. Gestão em saúde: bases para maior eficiência e eficácia. Rev Espaço Saúde 1996;5(5):5-12.
5. Santana JP. Desenvolvimento gerencial no SUS: demandas e perspectivas. Rev Espaço Saúde 1996;5(5):13-22.
6. Santana JP. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 1997.
7. Dussalt G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev Adm Pública 1992;26(2):8-19.
8. Costa A. A experiência do desenvolvimento gerencial no distrito de Campo Limpo. Rev Saúde Social 1993;2(1):87-96.
9. Fracolli LA. Processo de trabalho de gerencia: possibilidades e limites frente à organização da rede básica de saúde em Marília [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/ USP; 1999.
10. Klering LR. Inovação gerencial no Sistema Único de Saúde: o caso do município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Saúde Cidadania 1996;5(3):25-48.
11. Liberalino FN. Capacitação em gerencia de unidades básicas de saúde do distrito sanitário – Gerus: relato da experiência no Rio Grande do Norte. Rev Espaço Saúde 1996;5(5):32-5.
12. Roselli CC. Implantação do projeto gerus: a experiência de Marília. Rev Espaço Saúde 1996;5(5):41-3.
13. Turini B. Projeto gerus em Londrina: uma experiência de parceria ensino-serviço. Rev Espaço Saúde 1996;5(5):44-7.
14. Bertussi DC. Implantação do projeto gerus na secretaria municipal de saúde de Curitiba – Paraná. Rev Espaço Saúde 1996;5(5):48-56.
15. Ferraz AA, Fernandes GB, Vicentini ME, Santos MLSS, Santos MR. Projeto GERUS em São José do Rio Preto: Uma experiência prática com unidades de referência ambulatoriais. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004. Apostila.
16. Assis M MA. O processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. Rev Saúde Debate 1996;52:58-66.
17. Branco MAF. Sistema de informação em saúde em âmbito local e organização de interesses sociais: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1995.

Correspondência:

Luciano Garcia Lourenção
Rua Joaquim Manoel Pires, 100 ap. 03
15091-210 - São José do Rio Preto - SP
Tel.: (17) 3216-2405 (17) 9772-6552
e-mail: luciano_gl@ig.com.br
