



FORMAÇÃO DE GESTORES COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

MANAGERS' TRAINING AS A STRATEGY FOR STRENGTHENING REGIONALIZATION OF HEALTH

FORMACIÓN DE GESTORES COMO ESTRATEGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA REGIONALIZACIÓN DE LA SANIDAD

Jessica Ferreira¹, Ianka Cristina Celuppi², Lilian Baseggio³, Daniela Savi Geremia⁴, Gessiani Fátima Larentes⁵, Adriana Cristina Hillesheim⁶

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência das oficinas de educação permanente com os gestores municipais de saúde da região oeste de Santa Catarina frente à conformação das redes de atenção à saúde, na busca por estratégias para o fortalecimento da gestão e do princípio da regionalização. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, em que foram utilizadas metodologias ativas para o desenvolvimento das oficinas com 48 participantes. **Resultados:** os principais resultados apontam para as dificuldades dos gestores frente às articulações entre os serviços públicos e privados, as pactuações intermunicipais, a falta de engajamento dos profissionais de saúde na qualificação da gestão, o subfinanciamento crônico do SUS e o pouco uso dos instrumentos de gestão pública. **Conclusão:** os avanços destacados para regionalização estão relacionados ao consórcio intermunicipal, a atuação proativa das instâncias colegiadas de tomada de decisão e a realização de atividades de educação permanente que fortalecem as relações entre os atores regionais. **Descritores:** Formação Profissional em Saúde; Regionalização; Planejamento em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to report on the experience of permanent education workshops with municipal health managers in the western region of Santa Catarina. These experiences were conducted in the search for strategies to strengthen management and the principle of regionalization. **Method:** a descriptive study, a type of experience report, using active methodologies for the development of workshops with 48 participants. **Results:** the main results point out the difficulties faced by managers in the articulation of public and private services, such as inter-municipal agreements, lack of involvement of health professionals in management qualification, chronic underfunding of SUS, and the lack of use of public management instruments. **Conclusion:** the outstanding advances for regionalization are related to the inter-municipal consortium, the proactive action of collegiate decision-making bodies and the carrying out of permanent education activities that strengthen relations among regional actors. **Descriptors:** Health Human Resource Training; Regional Health Planning; Health Planning; Public Health Policy; Unified Health System; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: relatar la experiencia de talleres de formación permanente con los gestores municipales de sanidad de la región oeste de Santa Catarina frente a la conformación de las redes de atención sanitaria, en la búsqueda de estrategias para el fortalecimiento de la gestión y del principio de regionalización. **Método:** estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, en el que se emplearon métodos activos para el desarrollo de talleres con 48 participantes. **Resultados:** los principales resultados señalan que las dificultades de los gestores frente a las relaciones entre servicios públicos y privados, los convenios intermunicipales, la falta de implicación de los profesionales sanitarios en la cualificación de la gestión, infra-financiación crónica del Sistema Único Sanitario y escaso uso de los instrumentos de gestión pública. **Conclusión:** los avances destacados para regionalización están relacionados con el consorcio intermunicipal, la actuación proactiva de las instancias colegiadas de tomada de decisión y la realización de actividades de formación permanente que fortalecen las relaciones entre los actores regionales. **Descritores:** Capacitación de Recursos Humanos en Salud; Regionalización; Planificación en Salud; Políticas Públicas de Salud; Sistema Único de Salud; Gestión en Salud.

^{1,2,3}Acadêmicas de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: jessicaferreira2603@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8284-7883>; E-mail: iankacristinaceluppi@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2518-6644>; E-mail: lilibaseggio@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-2311>; ⁴Doutora, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: daniela.savi.geremia@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-00032259-7429>; ⁵Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, Técnica em Administração na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC), Brasil. E-mail: gessiani@unochapeco.edu.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0088-1349>; ⁶Mestre, Universidade Comunitária da Região de Chapecó/UNOCHAPECÓ, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: adrianah@unochapeco.edu.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-2299-8128>

INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), criado na década de 70, tinha como uma de suas proposições garantir a saúde como direito de todo e qualquer cidadão residente em território nacional. Esta foi uma conquista popular que resultou na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado por meio da Constituição Federal de 1988. A partir da aprovação do SUS iniciaram-se as discussões para criação de uma lei reguladora que definisse os objetivos desse sistema, suas atribuições, como se daria o financiamento, a descentralização e a hierarquização dos serviços, bem como a participação das pessoas, dentre outros.¹⁻²

Em 1990, foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde, a Lei 8.080/90, que estabeleceu os princípios e diretrizes do SUS e a Lei 8142/90, que definiu a forma de financiamento e a participação popular.³⁻⁴

A descentralização federativa é uma das diretrizes que regem a organização político-administrativa-fiscal do sistema, designando a municipalização dos serviços, que resulta em maior autonomia e responsabilidade da gestão municipal. O processo supracitado representa um avanço para a construção da democracia, estimula a participação e controle social e aproxima a população da sistematização da saúde local e regional, contribuindo para a efetividade e aperfeiçoamento dos serviços públicos de saúde. Ainda, a integralidade do processo de assistência à saúde se inicia pela reorganização dos processos de trabalho nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são organizadas e executadas a partir de variados campos de estudos e de práticas.⁵⁻⁶

Desse modo, os municípios criam e organizam suas redes de atenção à saúde (RAS), que propõem a estruturação da assistência de forma contínua e integral a partir da vinculação de serviços. As RAS são organizações poliárquicas de ação cooperativa e interdependente, que tem como porta de entrada a atenção primária à saúde. Seu fluxo ordenado permite que os serviços utilizem referência e contrarreferência nos pontos de atenção à saúde, e desta forma viabilizam a troca de produtos e informações, potencializando a capacidade e a utilização dos serviços.⁷

Porém os municípios não conseguem suprir todas as necessidades de saúde da população, pois não são autossuficientes financeiramente, sendo a ausência de política de financiamento uma das deficiências identificadas na legislação que rege o sistema. Neste contexto, a regionalização busca integrar os entes

federados, viabilizando a oferta de serviços dos três níveis de complexidade de forma regionalizada, o que corrobora à garantia da saúde acessível, resolutiva e de qualidade, a partir de pactuações entre os atores regionais.⁸⁻⁹

Além disso, o gestor municipal de saúde é considerado ator-chave na organização das RAS e da regionalização, sendo responsável pela articulação política e administrativa intergestores e na coordenação local dos serviços de saúde. Esta organização se dá pela integração com entidades comunitárias, parcerias público-privado, câmara de vereadores e prefeitura, com a resolução de problemas e além de ações como planejamento, controle e avaliação do SUS.^{8,10}

As dificuldades na organização e funcionamento das redes de atenção à saúde e a necessidade de qualificação dos gestores para o exercício da autonomia, pactuação e tomada de decisão na estruturação dos serviços foram apontadas em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) como demandas prioritárias e essenciais à realização de cursos de atualização e aperfeiçoamento sobre temáticas inerentes à gestão.

OBJETIVO

- Relatar a experiência das oficinas de educação permanente com os gestores municipais de saúde da região oeste de Santa Catarina frente à conformação das redes de atenção à saúde, na busca por estratégias para o fortalecimento da gestão e do princípio da regionalização.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de oficinas para gestores, sobre redes de atenção à saúde realizadas no projeto de extensão institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), a partir do edital nº 804/2015, intitulado “Formação em gestão pública no SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde”. A realização do projeto se deu em parceria entre a UFFS com a Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (AMOSC), as Agências de Desenvolvimento Regional (ADR) de Chapecó, Palmitos e Quilombo e a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da macrorregião Oeste.

No Estado de Santa Catarina os municípios são divididos em 36 ADR’s, que realizam função administrativa e estruturam as

gerências regionais de saúde. Isto posto, o projeto contemplou os municípios das ADR's de Chapecó, Quilombo e Palmitos, que são constituídas por vinte e cinco municípios da região oeste catarinense: São Carlos, Chapecó, Nova Erechim, Águas de Chapecó, Formosa do Sul, Quilombo, Coronel Freitas, Palmitos, União do Oeste, Águas Frias, Guatambu, Riqueza, Caxambu do Sul, Irati, Santiago do Sul, Cunha Porã, Pinhalzinho, Cunhataí, Caibi, Jardinópolis, Serra Alta, Cordilheira Alta, Nova Itaberaba, Sul Brasil e Planalto Alegre.

O público alvo foram os secretários municipais de saúde e coordenadores de serviços públicos de saúde. As oficinas ocorreram durante o período de setembro a novembro de 2015, foram organizadas por acadêmicas dos cursos de Enfermagem e Medicina da UFFS, conduzidas por docentes destes cursos e tutoras que foram selecionadas pela CIES. As oficinas sobre Redes de Atenção à Saúde contaram com 10 horas de duração cada, totalizaram 48 participantes.

A abordagem utilizada nos encontros visou associar o conhecimento teórico com a prática profissional, além de estimular o pensamento crítico-reflexivo nos gestores e a construção da coletividade. Desta forma, foram realizadas dinâmicas e rodas de conversa que viabilizassem esse processo.

Na educação de adultos, a aprendizagem é impulsionada pela superação de desafios, com a construção de novos conhecimentos, considerando os conceitos e experiências anteriores e visando a resolução de problemas.¹¹

Dessa forma, diferentes metodologias de ensino aprendizagem foram utilizadas durante as oficinas com o intuito de qualificar a aprendizagem. Inicialmente desenvolveu-se um exercício que tratou sobre a influência do trabalho em equipe e da comunicação assertiva para a efetividade das RAS, denominada "Dinâmica do Nó". Nesta, os participantes formaram um círculo inicial, com intuito de reconhecer quem estava a sua direita e a sua esquerda. Após três minutos de dispersão os participantes estenderam as mãos aos integrantes que estavam a sua direita e esquerda, conforme o círculo original, formando um grande nó, que precisou ser solucionado conjuntamente. Em seguida a partir de analogias com a realização da atividade, emergiram reflexões e questionamentos fundamentados nos obstáculos percebidos pelos gestores na instituição das redes regionalizadas, além de

estratégias que minimizem os impasses gerenciais e assistenciais.

Nesse contexto, as tutoras explanaram sobre a utilização dos instrumentos de gestão regional, a exemplo da Programação Pactuada Integrada (PPI), do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI), que são ferramentas facilitadoras do planejamento e da pactuação nas regiões de saúde. Discorreu-se sobre os principais conceitos e ideias que sustentam o modelo das RAS, o ordenamento do fluxo dos serviços na região de saúde, as redes prioritárias de cuidado e a atenção básica como porta de entrada preferencial do sistema.

Como atividade de encaminhamento, os gestores dividiram-se em grupos e desenvolveram cartazes com os principais avanços e desafios encontrados em seu exercício profissional, diante da implementação do SUS, no que tange ao financiamento da saúde na região, relação público-privado, descentralização, relação intergestores, gestão e organização do SUS, assistência aos usuários, recursos humanos e controle social. Com base nas informações obtidas foi possível identificar barreiras comuns e, ao mesmo tempo, ressaltar as potencialidades de cada município como fatores fundamentais para a resolução de entraves regionais. Por fim, foi realizado um feedback com os participantes por meio de uma ficha avaliativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos debates realizados durante as atividades com os gestores, emergiram relatos sobre as dificuldades para estruturar a regionalização por meio de pactuações intermunicipais na região oeste de Santa Catarina. A falta de conhecimento sobre a estrutura dos serviços e equipamentos de saúde disponíveis nos municípios vizinhos configura essa situação. Ressaltou-se também a influência de espaços decisórios conjuntos, tais como: a Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que propiciam e subsidiam a negociação entre gestores e favorecem a regionalização.

O Decreto Federal n 7.508/11 resgatou as RAS como instrumento de articulação interfederativa e de organização dos serviços na região de saúde ao criar o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). Este último configura um acordo para integrar e sistematizar os serviços de saúde na rede, definindo responsabilidades, metas com critérios de avaliação, fiscalização e o

montante de recursos financeiros a serem disponibilizados. Ademais, representa uma ferramenta jurídica que confere segurança administrativa e explicita o compromisso por meio de um documento formal.¹²⁻¹³

Diante desse instrumento, surgiram discursos dos gestores do oeste catarinense a respeito dos benefícios do COAP para a conformação das redes na região, visto o delineamento de compromissos entre os três entes federados e responsabilização jurídica-legal dos acordos firmados por meio deste. No entanto, existem empecilhos na instituição deste contrato, como a dificuldade de adaptação a essa ferramenta, minimização do planejamento local, financiamento insuficiente e independente do planejamento, e pouca repercussão no atendimento ao usuário. Portanto, a efetividade do uso do COAP ainda é questionável e não há avaliações sobre os impactos ou não da utilização. Assim, o Estado de Santa Catarina até o momento das oficinas não havia aderido ao decreto.¹⁴

A partir disso, foi destacada a gestão financeira dos municípios como fator determinante para o funcionamento das RAS. Como afirmam os gestores, a segmentação dos recursos em blocos predestinados constituía um obstáculo para a autonomia de planejamento. Por conseguinte, esta forma de designação financeira era dissonante ao proposto pela municipalização, pois ao mesmo tempo em que limita ações básicas e estabelece prioridades sanitárias por blocos, restringe a definição das necessidades de saúde por meio de particularidades municipais e do controle social. Vale ressaltar que os blocos de financiamento vigoraram até início de 2017, a partir de aprovação no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) neste mesmo ano, passam a ser definidos como rubricas de custeio e investimento, atendendo às antigas demandas dos gestores municipais de saúde. Ainda, pode-se discutir a descentralização da gestão que promove a maior autonomia municipal e desta forma, favorece a democracia, o que também é impactado na medida em que “a fragilidade e barreiras dos aspectos de participação e partilha de práticas, bem como o repasse de responsabilidades e de recursos para os âmbitos de governo não aconteceu na mesma medida [que a descentralização]”.^{15:2147}

O subfinanciamento crônico do SUS configura outro obstáculo elencado para a estruturação e funcionamento dos serviços nos municípios da região oeste, visto o decréscimo da participação orçamentária da União a partir da descentralização, que tornou a

esfera municipal a maior responsável pela contribuição financeira proporcional à sua arrecadação no setor saúde. Ademais, esta conjuntura de recursos insuficientes submete os municípios a comprar serviços do sistema privado e utilizar os consórcios de saúde para a pactuação intermunicipal. Como exemplo usado na região, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CIS AMOSC).¹⁶

Os gestores dos municípios apontam contradições entre a lógica público-privado, dificultando a implementação e o funcionamento das RAS. Em um estudo sobre a gestão no meio-oeste do estado, os autores corroboram com essa ideia ao afirmar a grande influência que o setor privado possui na gestão municipal, pois devido à dificuldade da rede pública de suprir as demandas, cria-se uma relação de dependência entre os gestores e entidades privadas para a garantia da oferta de serviços. E embora esse papel da saúde suplementar seja muito importante para a garantia do atendimento, a oferta desses serviços são se baseia na necessidade da população e sim, na lucratividade de procedimentos. O que muitas vezes gera dificuldade na contratação de serviços específicos como o principal exemplo as consultas médicas com determinadas especialidades. Além disso, o estabelecimento de vínculo acaba sendo prejudicado por esse processo, pois os contratos estabelecidos são temporários, levando a uma grande rotatividade na oferta desses serviços.¹⁷

Os serviços privados de saúde foram retratados como obstáculos para a organização da atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema, já que os modelos de atenção à saúde utilizados na saúde pública e suplementar são distintos e a assistência privada é estruturada a partir do modelo biomédico. Outro obstáculo para a organização do fluxo das RAS é a falta de orientação à população sobre o funcionamento do sistema, o que resulta na busca direta pelos serviços de atenção secundária e terciária. Esta conjuntura contrapõe a ideia da atenção primária como acolhedora do usuário e vinculadora de suas necessidades de saúde com todos os níveis de complexidade, configurando o alicerce da atenção à saúde e da ordenação das redes.¹⁸

Os gestores também dialogaram sobre a falta de pertencimento e comprometimento dos profissionais de saúde com o SUS e o atendimento integral nas RAS, fato que impacta na baixa resolubilidade dos serviços de atenção primária. O que pode estar relacionado com a forma de contratação do

trabalhador, visto que o vínculo público proporciona estabilidade, o que pode repercutir diretamente na satisfação e qualidade do trabalho em saúde 6. Este impasse corrobora para a exacerbação dos gastos e ampliação da demanda aos serviços especializados, resultando em maiores filas de atendimento.

Outra dificuldade característica da região são as longas distâncias entre os pontos das RAS, visto que a maioria dos municípios é de pequeno porte, com média populacional de 13.913,16 habitantes por município, onde 72% desses apresentam menos de sete mil habitantes, o que resulta em déficit de acessibilidade dos usuários aos serviços. Nesse sentido, o conhecimento e organização da rede precisam expandir-se para além dos limites geográficos da administração local, e englobar a estrutura de serviços dos municípios vizinhos.¹⁹

Afinal, o que se observa ao longo deste projeto de extensão é a importância dos conselhos deliberativos para o processo de tomada de decisão; o uso de instrumentos de gestão que fortaleçam as pactuações, os vínculos entre os municípios da região oeste catarinense e a definição do modelo de atenção à saúde adotada para a constituição das RAS que privilegie os princípios e diretrizes do SUS.

CONCLUSÃO

Este artigo relatou a experiência da realização de oficinas de formação para o SUS, direcionado aos gestores e profissionais de saúde da região oeste catarinense, no qual foi possível identificar dificuldades e potencialidades na estrutura e organização das RAS. As principais dificuldades estão relacionadas à falta de engajamento dos profissionais com o sistema público de saúde, que resulta em baixa resolubilidade da atenção primária e também na desarticulação dos pontos de atenção das redes. Tais situações ameaçam a garantia do acesso à saúde.

Apesar da insuficiência de recursos financeiros para suprir as despesas com saúde, os gestores municipais apresentam boas expectativas frente às mudanças na portaria n. 204 de 2006. Esta prevê maior flexibilidade nos critérios de transferências de recursos fundo a fundo, estabelecendo duas modalidades de repasse: custeio e investimento, findando com os seis blocos de financiamento. Porém, o atendimento desta antiga demanda dos gestores precisa ser analisado de forma cuidadosa no processo de planejamento do SUS, e, na garantia da

priorização da atenção primária de saúde como porta de entrada preferencial das RAS.

Como estratégia para potencializar o fortalecimento da regionalização, os gestores reforçam a pró-atividade das instâncias colegiadas deliberativas para tomada de decisão, tais como CIR, CIB e CIT. Destacam também, os avanços na capacidade de atendimento oriundos dos convênios e consórcios de saúde na região.

Neste íterim a oficina de redes para a formação crítica resgatou o debate da temática e ofereceu subsídios para ampliar a capacidade dos gestores na intervenção da realidade regional dos municípios do oeste de Santa Catarina. Essas conclusões são provenientes do andamento das oficinas, assim como, das avaliações realizadas pelos participantes no encerramento do módulo de formação. Os participantes enfatizaram a necessidade da continuidade de cursos com o mesmo propósito de formação e atualização de novos gestores, principalmente quando há mudanças de mandatos políticos, pois, além de configurar uma estratégia de aproximação entre os municípios cria-se uma oportunidade de fortalecer as relações na gestão pública da saúde.

FINANCIAMENTO

Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES); Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (AMOSC) e Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

2. Kuschner R. Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP; 2014

3. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1990.

4. Brasil. Lei 9.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1990

5. Machado JC, Cotta RMM, Soares JB. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Nov 10];19(52):159-170. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100159&lng=en

6. Celedônio RM, Fé MCM, Mendes AHL, Mendes AHL, Chaves TLF. Gestão do trabalho em unidades básicas de saúde. J Nurs UFPE on

Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L et al.

Formação de gestores como estratégia para...

line [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Nov 10];11(Supl.1):341-50.

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2nd ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

8. Molesinia JA; Formigli VLA, Guimarães MCL, Melo CMM. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. Rev Baiana Saúde Pública. 2011 Mar 31; 34 (2); 623-38.

9. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Nov 10];45(1):204-11. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en

10. Teixeira CF, Molesini JA. Gestão municipal do SUS: Atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. Rev Baiana de Saúde Pública. 2002 jan-dec; 26 (1/2): 29-40.

11. Freire P. Pedagogia da autonomia. 53th ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 2016.

12. Brasil. Decreto 7.508 de 20 de junho de 2011. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2011.

13. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Nov 10]; 22 (4): 1045-1054. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401045&lng=en

14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS. Nota Técnica 01/16: Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP [cited 2016 Feb 13]. Available from: www.conass.org.br.

15. Cunha, Emanuelle Nunes da; Souza, Mariluce Karla Bomfim de. A Regionalização da Saúde Enquanto Princípio Organizativo para a Gestão do SUS. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 May; 11(supl.5): 2145-2156.

16. Santo ACGE, Tanaka OY. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Nov 10];16 (3):1875-85. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300022&lng=en

17. Andrade LMB, Delziovo CR, Quandt FL. Os desafios da gestão pública em saúde na perspectiva dos gestores [Internet]. Sau. & Transf. Soc. 2012 mar [cited 2017 Nov 10]; 3 (2): 20-24. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1516/1767>

18. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Nov 10]; 22 (4): 1281-1289. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=en

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades. [Cited 2017 Oct 23]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>

Submissão: 04/12/2017

Aceito: 08/03/2018

Publicado: 01/04/2018

Correspondência

Daniela Savi Geremia

Rua Mato Grosso, 545 E, apto 401

Bairro Jardim Itália

CEP: 89814-080 – Chapecó (SC), Brasil