

REGIONALIZAÇÃO SOB A ÓTICA DOS GESTORES: UMA ABORDAGEM DIALÉTICA

Regionalization as seen by managers: a dialectic approach

Auta Stephan-Souza¹, Ivan Charles Fonseca Chebli², Elizabeth Jucá e Mello Jacometti³, Marcélia Guimarães Paiva⁴

RESUMO

Este estudo é parte da pesquisa interdisciplinar Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais realizada por pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e da Prefeitura de Juiz de Fora e alunos de iniciação científica da UFJF, concluída em 2008. Serão apresentados os dados e as reflexões relacionadas à organização da assistência à saúde do Sistema Único de Saúde na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais que foram obtidos junto aos gestores municipais e ao Hospital Universitário da UFJF. Neste artigo, analisamos a regulação do acesso dos usuários à rede de saúde do município de Juiz de Fora. A preocupação principal é identificar como se estabelecem as relações entre os gestores dos municípios limítrofes com o município de Juiz de Fora, polo macrorregional de atenção à saúde e o Hospital Universitário da UFJF. A abordagem dialética formou a base metodológica deste estudo, considerando as categorias: contradição, totalidade e historicidade.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização. Acesso aos serviços de saúde. Sistemas de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) são os instrumentos de planejamento da gestão regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e ordenam o processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado, a qual é baseada em

ABSTRACT

This study is part of the interdisciplinary study, Regionalization and Organization of Medium and High-Complexity Care in the Southeast Macro-region of Minas Gerais, undertaken by researchers and students from the Federal University of Juiz de Fora and researchers from the City Council, and concluded in 2008. We present data and reflections related to health care organization in the Brazilian Unified Health System (SUS) of the Southeast macro-region of Minas Gerais, which were obtained from the municipal managers and the Federal University of Juiz de Fora Hospital (HU-UFJF). In this article, we analyze the regulation of users' access to the health care network of the Juiz de Fora municipality. The main aim was to identify how the relationships between managers from neighboring municipalities and the HU-UFJF are built. The dialectic approach was the method used in this study, with the following categories being considered: contradiction, totality and historicity.

KEYWORDS: Regional Health Planning. Health Services Accessibility. Health Systems.

prioridades coerentes com as necessidades de saúde da população e a garantia de acesso do cidadão em todos os níveis de atenção. Os PDRs deveriam garantir, além disso, em cada região, o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais.

¹ Auta Stephan-Souza, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

² Ivan Charles Fonseca Chebli, Odontólogo e técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

³ Elizabeth Jucá e Mello Jacometti, Economista e técnica da Prefeitura de Juiz de Fora

⁴ Marcélia Guimarães Paiva, Analista de Sistemas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Especialista em Pesquisa e Planejamento em Saúde Coletiva. E-mail: marcelia.guimaraes@ufjf.edu.br

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05

A elaboração do PDR é de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal e deve estar em consonância com o plano estadual de saúde. São estabelecidos pactos entre diversos gestores municipais pertencentes a uma região de saúde a fim de garantir que o cidadão residente em um município possa acessar os serviços em outro município.¹ Os PDRs foram criados individualmente em cada estado da federação sem contemplar uma pactuação interestadual.

Todavia, os fluxos informais dos usuários do Estado do Rio de Janeiro em busca dos serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar em Juiz de Fora, assim como de outras regiões do próprio Estado de Minas Gerais (MG), e, vice-versa, das pequenas cidades mineiras para cidades-polo fluminenses, colocam em xeque a diretriz de regionalização contida no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG).

Este fluxo de usuários não regulado produz efeitos negativos no financiamento do SUS dos municípios-polos das regiões envolvidas, pois inexistem ainda a pactuação interestadual ou câmara de compensação, gerando despesas que deverão ser cobertas pelo município de atendimento.

Para sistematizar estas demandas, captadas via pesquisa qualitativa referenciada no método dialético, são analisados os fluxos informais dos usuários sob a perspectiva dos gestores de saúde para compreender e interpretar, nos conteúdos latentes e manifestos de suas falas, os significados e as contradições do desenho atual da regionalização do PDR/MG, articulando de forma hermenêutica o conteúdo social da produção desses relatos. Busca-se dar visibilidade também ao interesse em elaborar um novo desenho de rede interestadual que respeite e oriente o fluxo histórico dos usuários, conforme já estabelece a legislação vigente a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e complementada pelo Pacto pela Saúde, estabelecida pela Portaria 373/2002 e pela Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.^{2,3}

Para ampliar a compreensão dos fatores que interferem na implementação da diretriz constitucional da regionalização, entre eles o fluxo informal de usuários, esta pesquisa destaca os elementos que desvelam alguns dos principais problemas que afetam a gestão do SUS e o acesso dos usuários a serviços de saúde. A questão central desses problemas ancora-se também na forma como os gestores hospitalares e municipais lidam com os instrumentos de planejamento da gestão do SUS - PDR e PPI - e como participam de sua construção e implementação.

A GESTÃO DO SUS: ENFOQUES HISTÓRICOS/ CONCEITUAIS

Alguns aspectos conceituais relativos ao ordenamento jurídico e da macropolítica da gestão pública em saúde no Brasil, introduzidos com a implantação do SUS, e que têm implicações diretas na organização dos serviços de saúde, precisam ser considerados aqui, ao se pretender transformar a situação atual de baixa eficácia na implementação da diretriz de regionalização.

Nesse sentido, os aspectos conceituais a serem apresentados incluem os princípios e diretrizes constitucionais que modelam o SUS e delimitam a gestão do Sistema, a saber: a universalização do acesso, a integralidade do cuidado, a descentralização político-administrativa do Sistema, a regionalização, a hierarquização, além de portarias ministeriais que disciplinaram o processo de construção do SUS até o presente momento.

A institucionalização do SUS tem sido avaliada como uma reforma de Estado, de caráter democrático, que definiu direitos e responsabilidades estatais com a saúde, promoveu a descentralização, criou mecanismos de integração governamental na gestão e espaços de participação social legitimados para o exercício do controle público sobre a gestão da política e do sistema de saúde:

Afinal transitou-se de um sistema centralizado e compartilhado, em que a União em parceria com os estados era responsável pela quase totalidade da oferta de serviços, para um sistema descentralizado e parcialmente integrado em que a quase totalidade dos municípios assumiu responsabilidades, parcial ou total, na gestão do sistema de saúde, num período de pouco mais de uma década.^{4:540}

Refletir sobre a trajetória histórica de implantação do SUS, definido por seu modelo de gestão, implica aprofundar os instrumentos utilizados à sua materialização, sendo a descentralização político-administrativa o marco histórico desse processo que se iniciou com o movimento da Reforma Sanitária.

O movimento pela Reforma Sanitária consagrou-se no período final da ditadura militar e durante a Constituinte como bandeira de luta específica e, ao mesmo tempo, parte da totalidade de mudanças pretendidas daquele período, trazendo como principais ideias-força: um modelo de democracia enquanto utopia igualitária (universalidade, equidade), garantindo a saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; a reconceitualização da saúde, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às

necessidades de saúde da população; e a crítica às práticas hegemônicas de saúde, propondo uma nova divisão do trabalho na área, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.⁵

Publicadas em 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e NOAS 01/02) reconhecem, na diretriz organizativa do SUS, a regionalização como uma estratégia fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção e normatizam a oferta e financiamento dos serviços públicos de saúde. Esta diretriz é reiterada como eixo estruturante de organização e gestão do SUS através da Portaria n. 399 MS/GM, de 22 de fevereiro de 2009, que institui e divulga o Pacto pela Saúde.³

A regionalização é considerada como uma macroestratégia de reorganização assistencial para contemplar uma lógica de planejamento integrado, de maneira a organizar sistemas funcionais de saúde, ou redes articuladas que propiciem acesso universal e integral aos usuários do sistema o mais próximo possível do seu domicílio.

A REGIONALIZAÇÃO NAS ESFERAS POLÍTICAS E ORGANIZATIVAS

O PDR, como instrumento de ordenamento da assistência em cada estado, deve garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais.

O Pacto pela Saúde³ atende à antiga reivindicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) quanto à necessidade de o processo normativo do SUS contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país e contribui para um modelo de atenção construído sob a égide da responsabilidade sanitária sintonizado com os princípios do SUS e adequado à realidade de cada estado e região do país.

São necessários tanto a integração das ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidades, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, quanto o processo normativo que reafirmasse a importância das instâncias colegiadas de gestão regional e do controle social nos estados e municípios. O Pacto também reafirma a importância das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Tripartite (CIT) no processo de descentralização político-administrativa do SUS.

O PDR/MG teve sua primeira versão em 2001. A nova versão, em 2003/2006⁶, teve como proposta a organização do sistema estadual de saúde em um processo que tem como diretrizes, além da acessibilidade e qualidade da atenção, a economia de escopo e de escala na atenção à saúde, considerando que a economia de escala é a maior produtividade, eficiência e qualidade, alcançadas mediante adoção de rotinas e critérios. Para garantir economia de escala, deve-se promover a economia de escopo, ou seja, a maior utilização de determinados equipamentos, disponibilizando-os, num mesmo espaço ou localidade e em tempo integral, para diversas clínicas de especialidades médicas ou serviços.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)⁷ entende a região como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte, onde deverão ser organizadas as redes regionalizadas de ações e serviços de saúde para prestar atenção à saúde da população.⁸ Entende também a região como formação de um conjunto de municípios circunvizinhos vinculados historicamente (e/ou politicamente) a um deles, o qual exerce atração sobre os demais. Mas o PDR/MG 2003/2006, limitado pela organização da esfera federal, não tem elementos políticos garantidos para estabelecer acordos com os municípios limítrofes, o que carece de legislação mais ampla que possibilite uma funcional pactuação interestadual.

O PDR/MG prioriza o fortalecimento da gestão microrregional com a criação das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) e Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIB-M). A microrregião deve ter, no mínimo, 150 mil habitantes e atender aos critérios de acessibilidade geográficos e viários como distância em relação ao micropolo de até 150 km em estrada de asfalto ou pavimentada, ou percurso de até duas horas em via de condições precárias.

Em contrapartida, a SES/MG⁷ justifica a manutenção de uma microrregião com baixa escala, em termos de quantidade de habitantes, por dificuldade de acesso - a de Resplendor, por exemplo, que tem menos de 80 mil habitantes⁹, mas que é distante 243 km do micropolo mais próximo. A agregação de dois micropolos em uma só microrregião é uma peculiaridade do PDR/MG, como no caso de Conselheiro Lafaiete e Congonhas, que se deu devido à facilidade de acesso, como se pode ver na Ata da CIB-SUS/MG n. 110, de outubro de 2005.¹⁰ Essa agregação é exemplo de medida que visa a obter ganho em escala.

Há vários casos de microrregiões no PDR/MG atual com população inferior a 150 mil habitantes, mas chama atenção a existência das microrregiões de Santos Dumont, com cerca de 66 mil habitantes, e a de São João Nepomuceno/Bicas, com cerca de 70 mil habitantes, situadas em uma área com boas condições viárias.

Nestes dois casos, a hipótese mais provável foi a necessidade de se conformar territórios sanitários mais resolutivos, desconcentrando a atenção à saúde da microrregião circunvizinha de Juiz de Fora, que é composta por 24 municípios e tem população estimada em 627.373 habitantes.¹⁰ Desta forma, buscou-se qualificar as duas microrregiões com previsão de investimentos aptos a ampliar o acesso com resolubilidade.

As diretrizes do PDR/MG 2003/2006 são as redes assistenciais do Estado, a expansão da atenção primária e do Programa de Saúde da Família (PSF), a equidade, a racionalidade, a gerência dos recursos e o estabelecimento do PDR como subsídio para o Plano Diretor de Investimento (PDI) e PPI.

O PDR/MG 2003/2006 dividiu o território de Minas Gerais em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde. Juiz de Fora é polo assistencial da Macrorregião Sudeste de Minas, composta por oito microrregiões. O município conta com uma ampla rede ambulatorial e hospitalar e é referência para procedimentos de média e alta complexidade para cerca de 160 municípios.

A Macrorregião Sudeste abrange 94 municípios com uma população estimada, em 2006, de 1.558.495 habitantes. Entre esses, 509.125 são habitantes de Juiz de Fora. Juiz de Fora é polo também da Microrregião Tripolar Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas⁹, que é limítrofe com a Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro.

Além desses dados referentes a Minas Gerais, importa também ter algum conhecimento sobre o PDR do Estado do Rio de Janeiro, uma vez que os fluxos não regulados de usuários em busca de atenção à saúde são recíprocos. A habilitação do Estado do Rio de Janeiro nos termos da NOAS ocorreu em 2002, com a publicação da Portaria MS/MG 1.438 de 13 de agosto de 2002, que habilita o Estado do Rio de Janeiro em Gestão Plena do Sistema Estadual e publica o valor do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade.¹¹ A proposta foi homologada pela CIB do Rio de Janeiro em 18 de outubro de 2001 e objeto da Resolução do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 7 de dezembro de 2001.¹

O desenho final do PDR do Rio de Janeiro atual restringiu-se a ratificar a antiga divisão administrativa/assistencial do Estado, configurando oito regiões de saúde

e 23 microrregiões de saúde que englobam 92 municípios fluminenses. A regionalização adotada restringiu o desenho das regiões e microrregiões de saúde à circunscrição jurídico-administrativa do Estado do Rio de Janeiro e, tal qual o PDR/MG, desconheceu os fluxos interestaduais de usuários de Minas Gerais e Rio de Janeiro em busca de serviços de saúde, embora a Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001, já estabelecesse “[...] a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual”¹².

A Região Centro-Sul Fluminense é subdividida em duas Microrregiões: a Microrregião 1, constituída pelos municípios de Três Rios, Paraíba do Sul, Sapucaia, Areal e Comendador Levy Gasparian e a Microrregião 2, pelos municípios de Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paracambi, Miguel Pereira e Paty do Alferes.

A pesquisa Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais¹³ priorizou a análise das relações com a denominada Microrregião de Saúde Centro-Sul Fluminense 1, em face da maior proximidade geográfica com o polo da Macrorregião Sudeste, Juiz de Fora. A Microrregião Centro-Sul 1 tem uma população de 144.366 habitantes. É subdividida em dois módulos assistenciais e tem como polo o município de Três Rios, com uma população estimada em 72.848 habitantes.¹⁴

METODOLOGIA, CENÁRIOS E SUJEITOS

Nesta parte do artigo, analisam-se a definição, o conceito e usos das categorias dialéticas e intenta-se acompanhá-los como ferramentas analíticas e operacionais para observar os processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde.

Ao se proporem estudos qualitativos com base na abordagem dialética, buscando valorizar os aspectos descritivos e as percepções para focalizar o particular como elemento de uma totalidade, procura-se compreender os sujeitos envolvidos em seu contexto. Adota-se, assim, uma perspectiva de totalidade que leva em conta todos os componentes: sociais, culturais, políticos e econômicos referentes, nesse caso, à situação da gestão pública em suas interações e influências recíprocas.

Para compreender as questões formuladas, se fez necessária, inicialmente, uma aproximação ou familiarização com a situação ou com os sujeitos a serem pesquisados. Para tal, os pesquisadores frequentaram os locais em que aconteceram os fatos pelos quais se mantiveram interessados, preocupando-se em observá-los, em entrar em contato

com pessoas, conversando e recolhendo material produzido por elas ou a elas relacionado.

Para o trabalho com dados qualitativos que envolvem a descrição de locais e fatos envolvidos, não se perdeu de vista a história, o todo e as partes e os aspectos contraditórios que emergem dos discursos evidenciados. Ligadas à questão orientadora, como os gestores lidam com os instrumentos de gestão contidos no PDR e na PPI, foram surgindo outras questões que levavam a uma compreensão mais ampliada do que a prevista nos objetivos originais do projeto inicial da pesquisa. Do abstrato ao concreto, há todo um arcabouço presente no pensamento construído a partir de experiências, informações e acúmulos educacionais, culturais e sociais.

Ao se observar um fato, depara-se com diferentes discursos verbais, gestuais e expressivos. São discursos que refletem e retratam a realidade da qual fazem parte. O enfoque dialético ajuda o pesquisador a ter essa dimensão da relação do singular com a totalidade, do individual com o coletivo.

A entrevista, na pesquisa qualitativa de cunho dialético, também é marcada por essa dimensão de compreensão das relações sociais, não se reduzindo a uma troca de perguntas e respostas restrita às questões previamente preparadas. Em vez disso, é concebida como uma produção de linguagem e, portanto, parte para a composição de um diálogo que é também foco na concepção dialética.

As apreensões são frutos da interlocução, da situação vivenciada e das posições assumidas pelo pesquisador e pelo entrevistado. As respostas dependem da situação concreta em que se realizam e da relação que se estabelece entre os interlocutores. Na entrevista, é o sujeito que se expressa, mas sua expressão carrega o seu contexto cultural, político e social, refletindo, assim, a realidade de um grupo.

Os sujeitos da pesquisa foram dois dirigentes do Hospital Universitário da UFJF (HU), a gestão do SUS de Juiz de Fora à época da pesquisa, os gestores das cidades das Microrregiões Centro-Sul Fluminense (Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Três Rios, Areal e Sapucaia) e os gestores das cidades mineiras, Chiador e Santana do Deserto, limítrofes entre os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, totalizando dez entrevistados. Neste cenário, os próprios pesquisadores realizaram entrevistas elaboradas a partir de um roteiro semiestruturado, no período de janeiro a dezembro de 2007.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A CONTRADIÇÃO DOS DISCURSOS

A dinamicidade da realidade é composta por forças contraditórias. A categoria dialética unidade dos contrá-

rios orienta a análise dos discursos dos gestores a respeito de problemas relacionados à precariedade da gestão e das estruturas organizacionais que reforçam os aspectos dissonantes entre as determinações políticas nacionais do SUS e a interpretação destas nos Estados. Essa permanente contradição entre o que está proposto e as dificuldades de operacionalização mostra o SUS em constante movimento, contornando os problemas e evidenciando os acertos.

Na ausência de instrumentos de programação da assistência e cofinanciamento interestadual, os gestores municipais criam suas estratégias de superação dos obstáculos interpostos pelos precários, porém existentes, instrumentos de regulação que limitam o acesso, com muita criatividade, contudo comprometendo a PPI e sua execução físico-financeira. Formalmente, ou informalmente, os gestores relacionam-se entre si e com os prestadores e, ainda, os gestores das cidades mineiras limítrofes encaminham demandas originadas no Estado do Rio de Janeiro para serviços de saúde de Minas Gerais, principalmente para Juiz de Fora.

Nas falas dos gestores, percebe-se o interesse em formalizar uma regionalização que absorva o conjunto das demandas por atenção de média e alta complexidade. Neste aspecto, ressaltam a importância do HU, também como referência para a formação e educação continuada dos profissionais, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde das regiões estudadas é egressa da UFJF e tem, no HU, importante referência para casos mais complexos. Todavia, por conta de uma regionalização e pactuação ainda imperfeitas, este Hospital tem um lugar ainda restrito na Rede SUS. Por isso, o seu papel de referência especializada em várias clínicas, independentemente da existência da pactuação interestadual, é evidenciado pela adscrição de usuários do Estado vizinho a serviços disponíveis naquele estabelecimento de saúde.

Vieira¹⁵, analisando o planejamento das unidades (de média e alta complexidade) no SUS, reconhece os avanços decorrentes das iniciativas para ordená-lo a fim de consolidar o Sistema no aspecto da unicidade operacional e de integração das decisões entre os gestores em suas esferas de governo. Porém ainda encontram-se obstáculos e vazios que impedem esta unicidade e integração, principalmente em relação à composição de uma vinculação explícita entre a diretriz de regionalização e os princípios relativos ao acesso universal e ao atendimento integral.

Dessa forma, o desafio está posto. Mas como implementar, de fato, um planejamento entre a Secretaria Municipal de Saúde, as unidades de atenção primária, de média e alta complexidade e o hospital de ensino, constantemente

citado como referência? Essa é uma pergunta a que não se responde facilmente, e a dificuldade de sua institucionalização bem o demonstra. Daí a necessidade da construção coletiva, por meio do comprometimento dos gestores do SUS com estratégias criativas que permitam que o HU possa ser ponto estratégico de atenção especializada das redes locais de saúde dos dois Estados.

O art. 45 da Lei Orgânica da Saúde¹⁶ estabelece que os hospitais universitários integram-se ao SUS mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que sejam vinculados.

Para Campos¹⁷, a criação de mecanismos organizacionais que tornem clara e bem-estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde traria uma mudança no modelo, com grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia, a democratização e a ética na gestão do Sistema. Seriam arranjos que garantiriam clareza na responsabilização, implicando uma verdadeira revolução cultural e uma real alteração dos padrões de gestão contemporâneos, ao balizar com dados concretos o planejamento, os contratos de gestão e o acompanhamento permanente de sistemas locais e de serviços de saúde.

Neste sentido, a integração programática dos hospitais públicos de ensino ao SUS deve observar a lógica do planejamento ascendente e regionalizado e os fluxos perenes de usuários em busca de serviços de média e alta complexidade, devendo subsidiar o processo de planejamento, programação e desenho das redes de serviços nos territórios micro e macrorregionais.

Entretanto, a existência de ambulatórios e serviços altamente especializados nesses estabelecimentos de saúde torna-se referência não regulada para municípios e pessoas que são acolhidas através de mecanismos informais, como as relações médico-médico, trabalhadores do setor que facilitam o acesso informal, a alteração de procedimentos eletivos para urgências e o clientelismo político. Desta forma, devem-se pensar mecanismos complementares de financiamento para estes hospitais de ensino para além do pagamento global, como, por exemplo, o pagamento destes serviços com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), instituído pela Portaria n. 531, de 30 de abril de 1999.¹⁸ Isto se deve pelo fato de os atuais contratos entre gestores e hospitais de ensino possuírem cláusulas que delimitam o acesso apenas aos usuários de municípios pactuados, que cofinanciam o prestador universitário através dos recursos da PPI da Assistência.

O processo de contratualização do SUS dos hospitais de ensino é fundamentado pelas Portarias Interministeriais

n. 1.000, de 15 de abril de 2004, n. 1.005, de 27 de maio de 2004 e n. 1.006, de 27 de maio de 2004.^{19,20,21} A primeira tem por objeto a certificação como hospital de ensino às instituições hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área de saúde. A Portaria Interministerial n. 1.005 define os procedimentos necessários para o processo de certificação e constitui a Comissão de Certificação dos Hospitais de Ensino e Grupo de Técnicos Certificadores, e a Portaria Interministerial n. 1.006 cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, já certificados de acordo com a Portaria Interministerial n. 1.000.

A contratualização dos hospitais universitários de ensino modifica a lógica de remuneração do prestador que, a partir de sua adesão ao processo, deixa de ter pagamento por produção, para um contrato de pagamento global. Se, por um lado, esse novo instrumento de relacionamento entre a gestão do SUS e os hospitais universitários, em tese, se constitui num avanço institucional, por outro, a contratualização evidencia as dificuldades de inscrição plena dos estabelecimentos de saúde à Rede SUS e o cumprimento dos compromissos de gestão, principalmente, os assistenciais.

É necessário estabelecer qual é o papel do HU na rede regionalizada para se discutir a atenção integral à saúde dos usuários residentes em municípios que integram a região de saúde na qual está inserido, aliado à flexibilidade para incluir novos fluxos que porventura ocorram.

As dificuldades da contratualização são relatadas pelo dirigente e pelo ex-dirigente do HU e pela gestão do SUS de Juiz de Fora à época das entrevistas, que expressam entendimento divergente, se não antagônico, sobre o papel e a inscrição do HU na Rede SUS. O atual dirigente entende que a integração plena do HU à Rede SUS é necessária e relata trabalhar por essa inserção, embora existam resistências internas, problemas no controle do acesso e dificuldade de implementar um sistema efetivo de referência e de contrarreferência.

Opinião similar tem o ex-dirigente do HU, responsável pela direção na época da condução da contratualização. Ele reconhece os obstáculos para o cumprimento dos compromissos assumidos perante a gestão do SUS e demonstra impotência para solucioná-los. Na opinião do ex-dirigente e médico do HU: “É a falta de comprometimento de um grupo de profissionais, principalmente medicina, com as metas assumidas com o Hospital” que inviabiliza o cumprimento das metas. E continuando a relatar um fator novo - a instalação de três faculdades particulares com curso na área de saúde no município, que passaram a atrair os docentes

do HU, reduzindo sua participação na assistência: “[...] o docente faz o mínimo e passa a trabalhar lá onde ele vai receber mais”.

Apesar de todas essas dificuldades, esses dirigentes hospitalares avaliam como positiva a contratualização. Um dos dirigentes do HU vê na contratualização um meio mais fácil de possibilitar o começo de um entrosamento com o gestor municipal, mas sugere o seu aperfeiçoamento. Assim, a norma mais importante que se pode seguir hoje é a contratualização, discutindo-a intensamente com a área acadêmica e com a área assistencial para resgatar sua dupla responsabilidade: com a assistência e com o ensino. O outro dirigente também concorda com essa opinião ao afirmar que está havendo uma adesão progressiva às medidas impostas pelo processo da contratualização, embora com relutância.

Os dois dirigentes entrevistados identificam, ainda, problemas ligados ao subfinanciamento do SUS e à rigidez das normas legais como elementos dificultadores da administração e gerência do HU. Para o ex-dirigente, é fundamental a agilidade administrativo-financeira conferida pela participação da Fundação de Apoio ao Hospital Universitário, inclusive pela administração dos recursos do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS do Estado de Minas Gerais (PRO-HOSP), o que suscita dúvidas se esta é a melhor forma de acompanhar a tendência atual de oferecer maior transparência ao processo de gestão dos recursos públicos.

Outra característica marcante percebida nas entrevistas está na ênfase dada à prioridade do ensino sobre as outras missões da universidade (Extensão, Pesquisa e Ensino). O ex-dirigente do HU não concorda com a atual lógica de definição da programação e organização regionalizada do SUS, que restringe o acesso e condiciona e conforma a inserção dos diversos estabelecimentos de saúde à Rede SUS de maneira ordenada, e opina que “[...] um hospital universitário não deveria ter região geográfica, porque ele é um hospital de referência”, e que “[...] se um paciente está lá, por exemplo, [...] no Rio de Janeiro e ele sabe que aqui perto tem um serviço de ponta, de referência [...], ele tem o direito de ser atendido [...]. Sem dúvida, este é um elemento importante que revela a contradição entre a universalidade como direito de todos ao atendimento à saúde e os limites impostos pelo PDR. Esta situação pode ser resolvida, caso haja de fato um intercâmbio regionalizado, quando os gestores das diferentes macro e microrregiões, via processo de pactuação, possam cobrir as necessidades de atendimento, sem onerar os recursos dispensados a cada região de saúde.

O atual diretor, por sua vez, entende que o HU deve se submeter à regulação da gestão do SUS: “[...] eu tenho falado com eles que precisa fazer um controle e um dos controles é justamente o acesso. Não é negar porque não vai negar o acesso, mas controlar, regular o acesso, saber quem nos procura”. Entretanto, reconhece que existem resistências internas e incompreensão dos profissionais de saúde que contribuem para a burla do sistema de controle, além do desconhecimento e da desresponsabilização com os princípios do SUS propostos pela Reforma Sanitária.

A visão dos gestores municipais de saúde sobre a inserção e a integração do HU também não é uniforme. O processo da contratualização do HU pela gestão do município de Juiz de Fora tem sido atribulado e não correspondeu às expectativas da Secretaria de Saúde, informa a gestão do município em entrevista. Sobre a relação do SUS com o HU, a gestão diz: “[...] determinei uma auditoria no HU, justamente porque, na contratualização atual, as metas não são cumpridas. Eu quero saber de onde vem o paciente que é atendido no HU”.

Para a gestão municipal, a contratualização dos hospitais de ensino nos moldes definidos pela Portaria GM/MS n. 1.006/2004 não atende aos interesses e necessidades do SUS, as metas não são cumpridas, porém o Hospital informa que os leitos estão sempre ocupados e os dirigentes do HU “[...] estão numa condição confortável porque não cumprem as metas e recebem o valor integral, então isto tem que mudar”.

Acerca da inserção do HU na Rede SUS locorregional, a gestão tem opinião crítica e indaga: “Se ele não atende à Secretaria de Saúde, como é que ele vai atender à região?” O cerne do problema é a vocação, ainda considerada primeira, do estabelecimento que é o ensino, enfatizado pelos dirigentes do HU. Sobre isso, afirma a gestão municipal de Juiz de Fora:

[...] eu acho que o Hospital tem que rever o critério de funcionamento. Ele se desvincula do SUS, não atende o SUS..., já que ele quer ser um hospital de ensino, ele vai ser um hospital de ensino, mas não recebendo do SUS. Que ele receba recurso do Ministério da Educação.

Essa indefinição do papel e da inserção do HU também é compartilhada pelo gestor da saúde do município fluminense de Paraíba de Sul que opina: “Acho que a grande questão em relação ao Hospital Universitário é a quem ele pertence, se é ao SUS, ao Ministério da Educação ou ao Ministério da Saúde”. O gestor de Paraíba do Sul entende ser importante, para a atenção integral à saúde do cidadão,

a plena integração do HU à Rede SUS, porém discorda das estratégias de regionalização da saúde adotadas no país, que limitam e circunscrevem o acesso do usuário a serviços de saúde restritos aos limites administrativos de cada estado, dizendo:

[...] não há uma relação entre a Secretaria de Saúde e o Hospital Universitário justamente por este bloqueio regional de atendimento ao usuário do SUS nos seus estados. O que se dá é atendimento informal desses pacientes da nossa região através de contato médico a médico, familiares, pela grande relação cultural, educacional e até uma dependência na área da saúde, que, antes da regionalização, havia nos municípios, nos estados.

O gestor afirma ainda que “[...] a maior vontade da microrregião, não só do município de Paraíba do Sul, não só o Hospital Universitário, mas que toda a rede pública de Juiz de Fora voltasse a ser referência da nossa saúde [...]”, demonstrando que, para além das relações informais, não programáticas, faz-se necessária a integração da Microrregião Centro-Sul Fluminense à rede de média e alta complexidade da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Nessa fala, o gestor mostra a valorização de Juiz de Fora como referência fundamental para a saúde inter e intrarregional, mas essa importante peculiaridade não é efetivamente considerada na pactuação regional. Dentro de seu entendimento, “[...] é que lá tem os profissionais mais capacitados, mais gabaritados, com maior astúcia investigativa, então o Hospital Universitário deveria estar inserido justamente como referência para outros hospitais”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão central desses problemas ancora-se também na forma como os gestores hospitalares e municipais lidam com os instrumentos de planejamento da gestão do SUS - PDR e PPI - e como participam de sua construção e implementação.

Esta pesquisa, de cunho dialético, focalizou a convivência dos gestores dos municípios limítrofes com o atendimento local do SUS. A existência dos fluxos informais dos usuários do Estado do Rio de Janeiro em busca de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar em Juiz de Fora é fato e solidifica a necessidade de serem consideradas as alternativas de um novo desenho do PDR de Minas Gerais. Em outras palavras, faz-se necessário um contorno que amplie a tecnologia de gestão de modo a abrigar as demandas desses usuários, sem trazer, contudo, ônus

financeiro adicional para os municípios envolvidos. Trata-se da construção da Regionalização Solidária e Cooperativa.⁸

Existe um interesse dos gestores municipais na elaboração de um novo desenho de rede interestadual que respeite e oriente o fluxo histórico dos usuários, conforme já estabelece a legislação vigente, a partir da NOAS que instituiu e divulga o Pacto pela Saúde. Esse interesse se delineou nas falas dos gestores e consolidou a necessidade de se pensar com mais propriedade um planejamento da gestão do SUS (PDR e PPI) que considere a demanda em saúde das cidades de entorno de Juiz de Fora e que contemple as múltiplas demandas na construção e implementação desse planejamento coletivo. Mas, apesar da intenção de mudanças, as alternativas não surgiram nos depoimentos que assumiram mais a característica de denúncia do que a indicação de meios de superação das dificuldades.

A história da regionalização, que começa no Brasil nos anos 60, é retomada em finais da ditadura militar, inspirada em Alma-Ata e fortalecida pela Reforma Sanitária, instituindo as bases e princípios Beveridgeanos de garantia da equidade e universalidade, incorporados à Constituição Federal de 1988. A continuidade histórica nas duas últimas décadas mostra a vitalidade da diretriz organizativa da regionalização e a necessidade de alternativas de mudanças, aqui propostas no sentido de se implementar um novo PDR e programação da saúde que viabilizem, nos marcos legais e normativos já existentes, o acesso regulado dos cidadãos às redes de atenção à saúde existentes nos dois Estados.

As falas dos gestores mostraram-se contraditórias em muitos aspectos, com visões particulares sobre as medidas administrativas, antagônicas entre si quanto à regionalização do SUS. As contradições muitas vezes acontecem por conta da política restritiva do Estado na redução dos custos do financiamento da saúde, mas também pelo despreparo dos gestores para conciliar os interesses individuais com os coletivos, acrescido do pouco conhecimento sobre a política do SUS.

A apresentação dos limites das práticas da diretriz de regionalização e o apontamento de medidas alternativas visam adensar proposições congruentes que contribuam para que o SUS, gradativamente, supere suas dificuldades no campo próprio de sua política, na reorientação do financiamento, na distribuição mais equitativa dos recursos e na fundamentação de uma regionalização mais abrangente que dê conta dos valores culturais e sociais presentes nas demandas populacionais, que anseiam por um melhor atendimento em saúde.

A pesquisa dialética contribuiu para o reforço do pensamento crítico dos pesquisadores e gestores que, provocados

pelas indagações e constatações permanentemente evidenciadas, foram levados a maior compreensão da realidade em sua dinamicidade própria, o que fortaleceu a discussão sobre os principais entraves e acertos que cercam o desenvolvimento institucional do SUS.

Reforça esta hipótese o fato de os gestores envolvidos dos dois Estados terem estabelecido cronograma de discussão da regionalização interestadual ao longo do ano de 2009 e, ainda, da recente adesão de três municípios pertencentes à Microrregião Centro-Sul Fluminense 1 (Comendador Levy Gasparian, Sapucaia e Três Rios) à Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), que vem a ser um consórcio para a prestação de serviços de saúde ambulatoriais de média e alta complexidade. Este último fato se deve à autonomia constitucional dos entes federados em se consorciarem para apoio mútuo e resolução de problemas comuns. Cria-se, assim, uma nova alternativa de acesso e integração das redes de serviços, o que, na prática, sugere a construção de uma nova regionalização de saúde à revelia dos Estados e comissões intergestores envolvidos.

A passagem do abstrato ao concreto, base conceitual da dialética hegeliana, ocorreu durante o percurso metodológico construído pelas experiências prévias, pois todos os pesquisadores vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde. A vivência e a interlocução permanente com a realidade são parte da formação do pensamento abstrato que, posteriormente, se deparou com o concreto retratado pelos gestores municipais com relação aos serviços de saúde, o que culminou no entendimento da realidade em suas várias dimensões.

A pesquisa dialética expressou as vivências, as condições materiais de existência nas instituições, relacionadas aos relatos históricos fundamentados em critérios de práticas que retratam a atividade material e política, direcionadas a transformar as condições de funcionamento do SUS, e analisou, ainda, o discurso de importantes atores que defendem estratégias organizacionais pouco flexíveis que comprometem o acesso universal e integral ao Sistema. Para os pesquisadores, importava descobrir as condições que cercavam o objeto investigado, visando a determinar as relações sociais, econômicas, políticas, culturais e organizacionais e identificar os fatos que serviriam de base e de ponto de partida para estudos complementares.

Os fatos foram analisados à luz da história, do todo e das partes e aspectos contraditórios que emergem dos discursos evidenciados. A partir daí, foi possível compreender as dificuldades e os acertos na implementação da regionalização do SUS. Questões surgidas durante a pesquisa possibilitaram uma compreensão mais ampliada, tornando mais

largos os objetivos iniciais deste estudo que, do abstrato ao concreto, percorreu um arcabouço presente no construído a partir de experiências, informações e atenção aos acúmulos educacionais, culturais e sociais que revelariam, como o fizeram, muito mais da complexa realidade.

Um traço marcante que emergiu nas falas dos gestores foi o conhecimento incipiente sobre os instrumentos de gestão: muitos desconhecem os mecanismos dispostos pelo SUS e continuam a usar do “jeitinho”, deixando de conferir o potencial de garantia dos direitos formalizados na política do Sistema.

Na relação do HU com os gestores do SUS, há aspectos contraditórios: ora repreendem a tendência de o HU prestigiar basicamente o ensino em detrimento da assistência, desobedecendo à contratualização estabelecida com a gestão municipal, ora identificam a gama de benefícios que poderiam ser gerados pela aproximação entre o HU e as cidades fronteiriças: contribuir para a educação continuada dos profissionais de saúde, atualizando-os e preparando-os para fortalecer o processo de contrarreferência, além de ampliar o recebimento dos pacientes referenciados para a média e alta complexidade.

Uma necessidade imperiosa se faz: a de conceber e otimizar um novo desenho de pactuação interestadual que absorva a realidade prática da gestão regionalizada de saúde e não penalize os municípios receptores. A regulação e o controle deveriam ser mais bem-difundidos por meio de mecanismos formadores que oferecessem um treinamento adicional aos gestores para que possam aplicar os instrumentos de gestão de modo mais racional, apoiados em pesquisas e descrições pormenorizadas das condições efetivas das demandas locais de saúde. As falas dos gestores indicam a necessidade intensa de se ativar e divulgar a dinâmica das Câmaras de Compensação entre os estados, utilizando-se de mecanismos regulatórios, segundo o princípio da transparência da gestão pública de saúde e evitando-se o uso exclusivo de arranjos pessoais, como os que acontecem sistematicamente no HU, que ferem o direito coletivo e individual.

O planejamento e a informação deveriam ser articulados de modo a oferecer maior sustentabilidade à política do SUS, valorizando a rede única, regionalizada e hierarquizada, e retratar a visão compartilhada entre os profissionais para a criação de novas tecnologias de gestão que absorvessem o conjunto de ideias e propostas para a formalização de um planejamento com o sentido de atender à rede de instituições, conforme os princípios e diretrizes que disciplinam a implantação e funcionamento do SUS. Deveriam ainda reforçar os princípios da Reforma Sanitária e discutir

a progressiva instalação da reforma gerencial do Estado, iniciada em 90 e em vigor nos anos 2000.

O financiamento, ponto crucial para o desenvolvimento do SUS, precisa ser mais bem-equacionado. Os recursos aportados são insuficientes, o que piora o conflito distributivo e, muitas vezes, prejudica o acesso dos usuários entre os estados vizinhos. O despreparo de muitos dirigentes e gestores do SUS, as contingências políticas dos municípios, os desvios usuais, o poder discricionário e muitas vezes equivocado na aplicação dos recursos são fatores que agravam ainda mais o quadro de subfinanciamento do Sistema.

A análise sobre a contratualização mostra o descompasso entre o pensamento do gestor do SUS e o do gestor hospitalar. O gestor municipal queixa-se do gestor hospitalar do HU por prestigiar com ênfase o ensino, enquanto o gestor hospitalar critica a tendência manifesta do gestor do SUS de atender, em primeiro lugar, os compromissos com os serviços privados e, só de forma secundária, utilizar o potencial de serviços oferecido pelo setor público de saúde.

A Regionalização Solidária e Cooperativa deve ser vista como a estratégia de integrar os serviços em redes poliárquicas que qualifiquem o acesso em linhas de cuidados horizontais aos usuários, de forma que os hospitais de ensino sejam pontos qualificados para a atenção eletiva e de urgência de média e alta complexidade e, ainda, referência para o ensino e a pesquisa de apoio ao SUS.⁸

Neste contexto, o papel dos Estados de Minas e Rio de Janeiro é crucial na conformação do novo desenho do Plano Diretor de Regionalização Interestadual, pois o reconhecimento desta nova região deve ter o aval das CIBs e Conselhos Estaduais de Saúde dos dois Estados, conforme estabelece a Portaria nº 399/2006.³

Da mesma forma, as PPIs da Assistência à Saúde devem ser revistas e, os fluxos existentes entre os dois Estados, redirecionados, conforme local de atendimento do cidadão usuário.

O HU, por sua vez, deve contribuir na identificação dos fluxos e usuários não regulados para subsidiar os gestores municipais e estaduais nos ajustes necessários à programação da assistência, tendo como premissa primeira a garantia do acesso dos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JCS. Regionalização da assistência à saúde: um estudo dos limites à implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS na região norte do Estado do Rio de Janeiro. [dissertação] Niterói: Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense; 2006. 225f.
2. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/GM/GM-373.htm>.
3. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
4. Vasconcelos CM, Pasche DF. Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ; 2006. p.531-62.
5. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciênc. saúde coletiva 2007 jul-ago;12(4):965-71.
6. Secretaria Estadual de Saúde. (Minas Gerais). Resolução CIB nº 42 de 17 de novembro de 2003. [Citado em: 26 maio 2007]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>.
7. Secretaria Estadual de Saúde. (Minas Gerais). Plano Diretor de Regionalização. [Citado em: 16 mar. 2007]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>.
8. Ministério da Saúde. (Brasil). Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Secretaria Estadual de Saúde. (Minas Gerais). Comissão de Acompanhamento do Contrato. [Citado em: 16 mar. 2007]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>.
10. Secretaria Estadual de Saúde. (Minas Gerais). Adscrição dos municípios e da população do estado por macrorregião e microrregião com população estimada para 2006. [Citado em: 16 mar. 2007c]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>.
11. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 1.438 de 13 de agosto de 2002. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1438.htm>.
12. Ministério da Saúde. (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Opera-

- cional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 114p.
13. Stephan-Souza AI, Castro EAB, Ferreira CCM, Chebli JMF, Alves MJM, Teixeira MTB *et al.* Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: a assistência de média e alta complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. *Libertas* 2007 dez;2(1):55-82.
14. Stephan-Souza AI. Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2005. (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05). Projeto concluído.
15. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2009 set-out;14(supl.1):1565-77.
16. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
17. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc. saúde coletiva* 2007 abr;12(2):301-6.
18. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 531 de 30 de abril de 1999. [Citado em: 30 jan. 2010]. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_GM_NR_531_30_ABRIL_1999.pdf.
19. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. (Brasil). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000 de 15 de abril de 2004. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINIS-TERIAL%20N%BA%201000.pdf>.
20. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. (Brasil). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006 de 27 de maio de 2004. [Citado em: 26 set. 2006]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>.
21. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. (Brasil). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.005 de 27 de maio de 2004. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1005_270504.pdf.

Submissão: junho de 2009

Aprovação: agosto de 2010
