

A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

THE ORGANIZATION OF THE HEALTH IN THE RIO GRANDE DO SUL

LA ORGANIZACIÓN SALUD DEL RIO GRANDE DO SUL

Neusa Maria dos SANTOS ¹

RESUMO: Este trabalho trata a organização da saúde no Rio Grande do Sul a partir das informações contidas no Plano Diretor de Regionalização do Estado. A regionalização implica descentralizar o poder, recursos financeiros, gerenciamento e controle das ações e serviços. Trata-se, portanto, de um movimento que não envolve áreas isoladas, mas o sistema de saúde como um todo, servindo de modelo de organização e gestão.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Política Pública de Saúde. Regionalização da Saúde. Administração.

ABSTRACT: This work deals with the organization the health in the Rio Grande do Sul from the information contained in the Managing Plan of Regionalização of the State. The regionalização implies to decentralize the financial power, resources, management and control of the actions and services. It is treated, therefore, of a movement that does not involve isolated areas, but the system of health as a whole, serving of model of organization and management.

Keywords: Only system of Health. Public politics of Health. Regionalização of the Health. Administration.

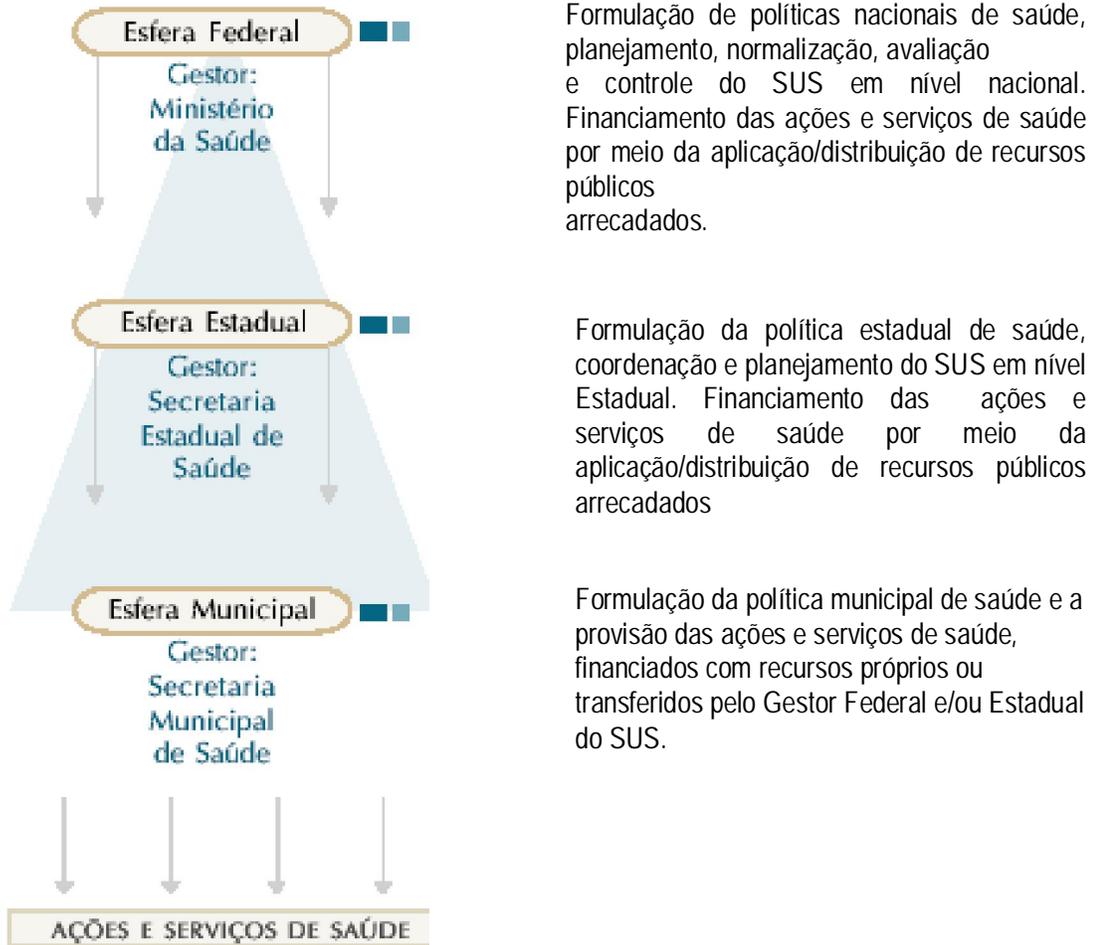
¹ Graduação em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário Metodista IPA, especialista em Administração Estratégica de Negócios pela Faculdade de Tecnologia Expert, atualmente é mestranda em Administração pela UNIVALI. Atua também como professora do curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Herrero. neusamdsantos@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal assegura para todos os cidadãos brasileiros ou residentes no País o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas Federal, Estadual e Municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante o atendimento universal, igualitário e integral a todo o cidadão brasileiro que dele precisar nas unidades de saúde, ambulatorios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos e filantrópicos ou privados contratados, em visitas domiciliares e mediante ações coletivas de saúde, sem que nada seja cobrado do usuário. (Secretaria da Saúde, SUS é Legal, 2000, p. 2).

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão nas três esferas governamentais. Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei n.º 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei n.º 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada subsistema. A sociedade, nos termos da legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios. A figura 1 mostra os níveis de gestão do SUS nas três esferas de Governo e destaca as competências políticas e financeiras de cada gestor. (Ministério da Saúde, 2003, Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, p. 9. 10).

Figura 1- Níveis de Gestão do SUS



Fonte: Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde (MS), 2003, p. 9. 10.

A Figura 1 mostra os níveis de gestão do SUS nas três esferas de governo, com a finalidade de desenvolver ações e serviços de saúde. As formulações das políticas em saúde estão ligadas diretamente a esses níveis, os financiamentos são repassados através de recursos públicos Federais, Estaduais e Municipais.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Destacamos os seguintes artigos:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício:

É dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS.

Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No Capítulo II - Princípios e Diretrizes do SUS, o Art. 7º estabelece os seguintes princípios:

I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;

IV- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII- Participação da comunidade;

IX- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

LEI 8142

A Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Destacamos os seguintes artigos.

Art. 1º O SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - Conferência de Saúde

II - Conselho de Saúde

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

POLÍTICA DE SAÚDE

Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos. Com a explicação formal dessas decisões, busca-se, também permitir o acesso da população em geral, e dos formadores de opinião em particular, à discussão, à implementação e à avaliação das políticas. As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e pela definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos. Por isso, as políticas representam, no instrumental de planejamento, a parte mais geral, que dispensa, assim, qualificação de objetivos, metas e recursos. Os instrumentos pelos quais se descodificam as políticas são os planos, os programas, os projetos e as atividades. Enquanto os planos são expressões ainda gerais dos componentes da política, com algum detalhamento de objetivos, os programas e os projetos compreendem maior pormenorização, que é traduzida em metas, cronogramas e orçamento. As atividades, que têm caráter permanente, são detalhamentos dos programas, para fins operacionais. No conteúdo dos programas, projetos e atividades, são definidas as estratégias de implementação das políticas. Nessa etapa de detalhamento, os executivos governamentais decidem à luz das limitações e da disponibilidade, quer de tempo, quer de recursos humanos e financeiros, a oportunidade de efetivação das mudanças preconizadas. Para cumprir suas finalidades, as políticas têm como conteúdo básico:

- A introdução, na qual ficam explicitadas as bases legais e a justificativa para o seu estabelecimento;
- O propósito, que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação do seu impacto;
- As diretrizes para o alcance de seu propósito;
- As responsabilidades institucionais em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersectorialidade das ações;
- Os parâmetros para a sua avaliação. (Ministério da Saúde, 1999, Políticas de Saúde, p.7.8)

A plena implementação do SUS quinze anos após a sua conquista pela população na Constituição Federal de 1988 continua a ser um desafio para todos os gestores. A questão principal é a definição de que mudanças institucionais e ações de saúde devem ser produzidas, para que se programe e viabilize inovações importantes. O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos

serviços assistenciais; a participação da população, com poder de decisão sobre a aplicação de recursos e a execução de prioridades, e a descentralização com administração única em cada esfera de governo com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde, ambas com o objetivo de fortalecer a expressão e a legitimidade política das demandas, necessidades e problemas da população em relação à Saúde; a garantia do acesso universal, igualitário e equânime à saúde, com o formato adequado a cada realidade, com participação e controle social. Em 1999, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, fiel às inovações propostas da Constituição Federal e pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, bem como pelas Conferências de Saúde, desencadeou um processo de descentralização e regionalização² do SUS, fortalecendo fluxos, instrumentos e práticas institucionais capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada e a participação e o controle social crescente, nos seus mais diversos arranjos. No processo de implantação desse projeto, foi editada a Norma Operacional³ da Assistência à Saúde (NOAS)-SUS 01/01. O esforço desenvolvido para adequar as condições reais da estrutura estadual de saúde às exigências da NOAS, traduz a proposta possível de organização regionalizada da rede estadual de saúde, com possibilidade de adequação e ampliação da capacidade instalada, sem prejuízo da fonte federal de financiamento, condicionada pelas regras estabelecidas na NOAS. O Plano de Regionalização do Sistema Único de Saúde no RS, exigência da NOAS expressa esse processo. Nele foram sintetizados os principais conceitos e as diretrizes que tem orientado a regionalização do sistema estadual, o diagnóstico da realidade de saúde do estado e a organização da atenção e do sistema de referência proposto para o Estado do Rio Grande do Sul. (Plano Diretor de Regionalização, 2002, p.15, modificado).

MATERIAL E MÉTODOS

A regionalização da saúde no Rio Grande do Sul (RS) tem se mostrado um desafio contínuo, implicando a busca de novas formas de articulação entre os gestores e de organização do controle social. Implica promover a gestão solidária entre as esferas de governo, superando a tendência ao particularismo e individualismo. Implica descentralizar o poder, recursos financeiros, gerenciamento e controle das ações e serviços. Trata-se, portanto, de um movimento que não envolve áreas isoladas, mas o sistema de saúde como um todo, servindo de modelo de organização e gestão. (Plano Diretor de Regionalização, 2002, p.13).

Entre os obstáculos atuais para a plena implementação do SUS, um dos principais entraves vem sendo a compreensão das mudanças institucionais e no cotidiano da vida da população e das ações e dos serviços de saúde que devem ser produzidos para implementar e viabilizar o texto constitucional conquistado pela população brasileira na elaboração da legislação. A saúde, como cidadania e qualidade de vida, tem padrões móveis e progressivos e o sistema de saúde, sua organização e o conjunto de práticas no seu interior, devem ter a capacidade de acompanhá-los e construir-lhes novas possibilidades, num movimento renovado de integralidade com equidade. (Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos usuários do SUS- Saúde Solidária, 2003, p. 3).

Nesse sentido, mudar a configuração formal das instâncias e dos fluxos de gestão de forma a torná-los mais eficiente, transparente e mais permeável ao controle social, é de extrema necessidade para o contexto de saúde como qualidade de vida. E também definir fontes estáveis, suficientes e permanentes de recursos financeiros para a

saúde, priorizando-a efetivamente e, definindo critérios técnicos que respondam às prioridades da política da saúde para dimensionar critérios de alocação e o volume de recursos financeiros a serem utilizados em cada região ou projeto, além de definir instrumentos de controle e avaliação que meçam a eficiência do uso dos recursos e a eficácia das ações e serviços ofertados. Tendo em vista que as necessidades de saúde e a capacidade de resposta dos sistemas locais de atenção não são homogêneas no país, a estratégia mais marcante que a legislação do SUS demanda dos governos é o fortalecimento das capacidades de dirigir o sistema em cada local, de configurar desenhos próprios e adequados e de incorporar a participação crescente de atores do controle social. Apesar de esses serem claramente o grande desafio colocado aos gestores da saúde desde a Constituição de 1988, assiste-se no país a escassez de recursos financeiros na área da saúde e de critérios técnicos para sua alocação; a privatização e a mercantilização da saúde e da vida das pessoas ao furor normativo e disciplinador sobre os gestores municipais e estaduais na implementação das normas e modelos verticais, quase sempre inadequados à realidade concreta da maioria das localidades, ao descaso e a refratariedade da gestão em relação ao controle social. Como consequência, temos a precariedade atual dos sistemas regionais e estaduais de saúde, principalmente no que diz respeito à organização das ações de média complexidade. Para superar os limites e condicionamentos dos conceitos tradicionalmente utilizados e das práticas institucionais. (Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos usuários do SUS- Saúde Solidária, 2003, p. 3, modificado).

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) optou por desencadear, desde 1999, um processo para desenhar e operar, de forma descentralizada e regionalizada o sistema estadual de saúde, incluindo a atenção, a gestão e o controle social.

COORDENAÇÃO POLÍTICO- ADMINISTRATIVA – COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE

As Delegacias Regionais de Saúde, da Secretaria da Saúde do RS, passaram a se chamar Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) a partir de 1999 e, ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS. (Plano Diretor de Regionalização, 2000).

A consolidação das CRS é aprimorada de forma permanente atuando na reorganização do SUS. No caso particular da assistência hospitalar no RS, com reuniões de planejamento, por região, mediante a identificação dos problemas e a definição das necessidades reais de cada município, em conjunto com os Conselhos Municipais e Regionais de Saúde, a definição do papel de cada prestador, tendo pontos positivos na qualificação do atendimento aos usuários visando à melhoria contínua da busca da excelência dos serviços oferecidos pelo SUS, buscando reformular novas estratégias para o bem-estar da sociedade de cada município. (Plano Diretor de Regionalização, 2000, p.36)

² Regionalização: refere-se ao atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município. (Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, 2002, p.12)

³ Normas Operacionais- São emitidas pelo MS, por portaria e definem a estratégia e a tática que orientam a operacionalidade do SUS. Normas Operacionais

Na área da saúde, o Estado está dividido, político-administrativamente, em 19 CRS, que contém pessoal técnico e administrativo responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde conforme mencionado anteriormente. As equipes regionais atuam em cooperação técnica, financeira e organizacional com os gestores municipais e com os prestadores de serviços com o objetivo de organizar os sistemas locais e regionais de saúde.

As Principais atribuições das Coordenadorias Regionais de Saúde são:

- Coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através de ações desenvolvidas pela CRS's.
- Participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional.
- Promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco - regionais, em conjunto com os Departamentos, Assessorias e Escola de Saúde Pública da SES.
- Participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria da Saúde. (Decreto n.º 36.502 de 11/03/96 que aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde - www.saude.rs.gov.br- modificado).

Cada CRS possui um delegado (a) responsável pelo gerenciamento das Coordenadorias nas ações e serviços do SUS.

A tabela 1 mostra distribuição das CRS's da SES/RS; seus municípios- sedes; o número de municípios pertencentes a cada CRS, de leitos SUS e leitos existentes, hospitais e a população de cada CRS.

Tabela 1- Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios sede, n.º de municípios, total de leitos SUS e existentes, hospitais e população.

CRS – Sede	Municípios -nº	Hospitais SUS-nº	Leitos SUS-nº	Leitos existentes-nº	População 2004-hab
1ª – Porto Alegre	24	40	6.645	8.338	3.559.507
2ª – Porto Alegre	42	21	1.019	1.328	751.254
3ª – Pelotas	22	25	2.078	2.463	865.350
4ª – Santa Maria	30	23	1.046	1.527	575.403
5ª – Caxias do Sul	50	27	1.718	2.620	1.013.884
6ª – Passo Fundo	58	34	1.652	2.266	580.565
7ª – Bagé	07	05	372	517	187.249
8ª – Cachoeira do Sul	13	09	407	576	205.110
9ª – Cruz Alta	12	10	326	504	138.296
10ª – Alegrete	13	10	1.107	1.430	576.907
11ª – Erechim	31	18	547	763	220.764
12ª – Santo Ângelo	24	15	589	745	234.944
13ª – Santa Cruz do Sul	12	10	503	754	324.077
14ª – Santa Rosa	22	19	677	957	234.639
15ª – Palmeira das Missões	26	17	462	634	159.298
16ª – Lajeado	40	28	937	1.245	353.308
17ª – Ijuí	20	17	590	809	222.243
18ª – Osório	22	08	538	596	318.043
19ª – Frederico Westphalen	29	21	743	950	505.261

Total	497	361	43.169	57.094	10.726.063
-------	-----	-----	--------	--------	------------

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2002/SES/RS adaptado./ WWW.CNES/MS/2005

Pela tabela 1, a CRS com maior número de municípios é a 6ªCRS; com maior n.º de hospitais, leitos SUS e existentes e, população é a 1ªCRS. A 3ªCRS aparece na tabela acima com 2.078 leitos SUS e 2.463 leitos existentes, tornando-se a segunda regional com mais leitos SUS e existentes no Estado.

CRIAÇÃO DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE

A Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB/RS) ⁴ e o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) ⁵, aprovaram a criação das macrorregiões de atenção integral à saúde visando garantir aos gaúchos, usuários do SUS, uma nova organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos, hospital de referência regional e hospitais de referência microrregional e as unidades locais de saúde que são os pequenos hospitais. (PDR, 2000, p.36 modificado). O Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em sete macrorregiões de saúde: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales, como mostram as figura 2.

Figura 2- Abrangências das Macrorregiões de Saúde.



Fonte: DAHA/SES/RS/2004

CONCLUSÃO

Os mapas mostram que é importante a forma de gestão onde os hospitais são enquadrados nesse processo de regionalização, possibilitando uma visão ampla de como

o RS está organizado com relação à saúde. Essa regionalização também foi montada em relação ao atendimento ambulatorial mediante a consolidação dos pequenos hospitais no RS e, serão centros de referência e de especialidades, ou seja, cada hospital será referência em alguma especialidade.

As macrorregiões de saúde tornaram-se um dos diferenciais em saúde nos atendimentos prestados aos usuários do SUS. Cada macrorregião possui uma ou mais Universidade, formando profissionais qualificados para atuarem no campo da saúde, no contexto de formação e organização da saúde pública no Estado.

⁴ CIB: é constituída paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, a ASSEDISA, sendo a instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS. A CIB/RS foi instituída através da Portaria SES nº 09/93, publicada no Diário Oficial do Estado de 21/06/1993.

⁵ O CES /RS é a instância de deliberação e de fiscalização do SUS, conforme a Lei 8142/90, no qual, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. A composição do conselho é formada por 50% de representações de usuário (sociedade civil organizada) e 50% de representações do Governo, Prestadores de Serviços e Trabalhadores de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 4.320 de 17 de março 1964. Diário Oficial da União, 23 de março de 1964.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 29 de setembro de 1990.

_____. Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Políticas de Saúde:** metodologia de formulação, Brasília, abril 1999.

_____. **Políticas de Saúde:** SUS, Princípios e Conquistas, Brasília, dezembro 2000.

BRASIL. Gabinete do Ministro- **Norma Operacional da Assistência a Saúde,** Brasília, janeiro /2001.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde,** Brasília, 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro, Pequenos Hospitais:** uma estratégia alternativa de organização e financiamento. Fevereiro. 2004.

BRASIL. Biblioteca Virtual da Saúde: **Glossário do Ministério da Saúde:** Projeto de Terminologia em Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> – Biblioteca virtual. **O que é promoção da saúde.** Acesso em: 14/10/04.

BRASIL. Disponível em: <<http://www.Ipea.gov.br>> **Economia da Saúde:** o processo político de gestão em uma instituição hipercomplexa do Sistema Único de Saúde. Acesso em: 26/03/05.

_____. Disponível em: <<http://www.Ipea.gov.br>> **Política de Saúde:** Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Acesso em: 20/04/05.

BRASIL. Disponível em < <http://cnes.datasus.gov.br> > **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** Leitos hospitalares. Acesso em: 30/05/05.

JOVCHELOVITCH, Marlova. **Municipalização e Saúde:** Possibilidades e Limites. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS, 1993.

MAAR, Wolfgang. **O que é política.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

SECRETARIA DA SAÚDE /RS. **SUS É LEGAL:** Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre, 2000.

_____. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde.** Porto Alegre, 2002.

SILVEIRA M., Dileta. **Português instrumental.** Porto Alegre: Sagra / Luzzatto, 2002.

THUMS, Jorge. **Acesso à realidade:** técnicas de pesquisa e construção do conhecimento. Porto Alegre: Sulina: Ulbra, 2000.