

Os Desafios do Ensino das Profissões de Saúde Frente às Mudanças do Modelo Assistencial: Contribuição para Além dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família

Hésio Cordeiro

RESUMO

O autor discute os aspectos da reforma sanitária brasileira que requerem políticas públicas e iniciativas de formação de recursos humanos em saúde, envolvendo as universidades e instituições de ensino para a capacitação de profissionais nas estratégias de saúde da família. Debatem-se as transformações populacionais, epidemiológicas e do perfil de demanda em saúde relacionadas aos processos de desenvolvimento do país e que, ainda, caracterizam níveis de desigualdades regionais e sociais, no Brasil. As reformas sanitária e educacional, nos anos recentes, têm ampliado a universalização do acesso aos serviços de saúde, porém não têm atendido ao aprimoramento da resolubilidade e da qualidade dos cuidados. São discutidas as estratégias de saúde da família e de suas relações com os cenários das políticas educacionais e das diretrizes do ensino das profissões de saúde para atender à formação dos profissionais adequados à expansão das equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Saúde da Família – Recursos Humanos em Saúde – Capacitação Profissional – Reforma Sanitária – Reforma Educacional.

Hésio Cordeiro
Doutor em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo
Coordenador da Acreditação em Saúde, Fundação Cesgranrio

Introdução

O processo da reforma sanitária brasileira vem consolidando notáveis transformações, em uma trajetória descontínua, com avanços e recuos, desde as ações integradas de saúde à construção do Sistema Único de Saúde. (Mendes, 1996; Cordeiro, 1991) Os princípios da universalização do acesso aos serviços de saúde, da equidade e da descentralização com um novo arcabouço institucional representam tendências e horizontes para a consolidação e irreversibilidade do Sistema Único de Saúde.

Contudo, o processo reformista tem resultado em tênues mudanças qualitativas na formação de recursos humanos para as profissões da saúde. É, entretanto,

crescente a demanda por novas formas de organização dos cuidados de saúde que dêem conta do trabalho cooperativo na equipe de saúde, que vá além do somatório das competências individuais, para representar um processo coletivo do qual resulte, como produto, a prestação de cuidados de saúde com maior resolubilidade e qualidade. As iniciativas do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais e municipais de saúde e das universidades e instituições de ensino indicam possibilidades novas com a estratégia de saúde da família, com a meta de implantação de pelo menos 20 mil equipes, nos próximos três anos. A partir de 1997, universidades e secretarias de saúde se associaram para constituir os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família e hoje já são vinte centros credenciados pelo Ministério da Saúde, em quinze Estados da Federação. (Brasil. Ministério da Saúde 2000a,).

Ao mesmo tempo, somam-se novas necessidades e demandas a partir das transformações demográficas e epidemiológicas que afetam a população do país, assim como a extraordinária velocidade da difusão de inovações tecnológicas que, por sua vez, geram expectativas de adoção de procedimentos, equipamentos e medicamentos mais eficazes e seguros, e, ao mesmo tempo, mais caros, acelerando as pressões para o aumento das despesas em saúde. (Bezold, Frenk, Mc Carthy, 1998).

Os desafios à formação de profissionais de saúde, que pretendo discutir nesse conjunto de reflexões envolvem:

- as tendências de novas necessidades e demandas às práticas de saúde decorrentes da dinâmica da população e dos padrões mortalidade e morbidade;
- as relações entre os processos de reforma sanitária e de reformas educacionais mais recentes, especialmente aquelas relacionadas à educação superior;
- os cenários futuros para a disseminação e aprimoramento das mudanças no modelo de cuidados do Sistema Único de Saúde;

População, Necessidades e Demanda em Saúde

As transformações demográficas e epidemiológicas que vêm ocorrendo no país nos últimos vinte anos ainda indicam níveis de desigualdades sociais e regionais que se refletem na esperança de vida ao nascer. Em 1997, era de 67,7 anos, considerando-se ambos os sexos, com diferenças que variam entre 71 anos, no Rio Grande do Sul, e 62 anos, em Pernambuco.

As diferenças entre níveis de renda e regiões do país, assim como entre áreas metropolitanas e cidades de médio e pequeno porte também se representam em relação às taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade. (Brasil. Ministério da Saúde, 2000b). Vem sendo observada a redução, da mortalidade infantil e da desnutrição, com diminuição da proporção de mortes por doenças infecciosas e parasitárias, associadas ao provimento maior de moradias com o saneamento básico, da

expansão da cobertura vacinal e do aumento de escolaridade, principalmente das mulheres.

As alterações na estrutura por grupos de idades da população brasileira estão ocorrendo de forma diferenciada ao longo dos anos, observando-se que a população jovem cresce em "ondas", com coortes de crianças numericamente diferentes em gerações sucessivas, esperando-se que, com a persistência da redução da mortalidade infantil, mantenha-se, nas próximas décadas, o aumento do número de crianças acima de 4 anos de idade e de adolescentes, ampliando-se, assim, a necessidade de expansão do atendimento de crianças e jovens. Na faixa de 10 a 19 anos de idade, as causas externas participam com 68% de óbitos, entre os quais os homicídios, que são mais significativos em Estados da Região Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo), no Distrito Federal e em Mato Grosso do Sul. A mortalidade materna é alta (59 por 100.000 nascidos vivos), refletindo uma inaceitável persistência de precariedade na cobertura de gestantes e na assistência ao parto, inclusive, e principalmente, nas regiões metropolitanas.

As evidências atuais e as estimativas para os próximos 20 anos, em relação à população adulta e entre as pessoas de 50 a 64 anos, apontam para a tendência de maior participação das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias e das causas externas, notadamente os acidentes de trânsito e homicídios, além de diabetes e de outras condições crônico-degenerativas, associadas a hábitos alimentares e estilos de vida. Estudos do Banco

Mundial relativos às projeções para o ano 2020 atribuem a tais agravos a participação em 74% dos óbitos (*Banco Mundial, 1991*).

As doenças sexualmente transmitidas e, principalmente, a AIDS vão requerer continuados esforços de promoção da saúde, prevenção e tratamento, ao lado de doenças infecciosas e parasitárias como a tuberculose, a hanseníase e a malária.

○ aumento da população de idosos acima de 65 anos, decorrente do aumento da esperança de vida entre homens e mulheres tanto ao nascer como a partir dos 60 anos, e, principalmente, as modificações na composição modal das famílias, levando a um número crescente de idosos vivendo sozinhos, vão impor novas demandas às práticas de saúde e à Medicina, tais como cuidados de condições crônicas em domicílios, práticas de reabilitação e uso mais extenso de técnicas de suporte e manutenção da qualidade de vida.

Reforma Sanitária e Reformas Educacionais Recentes: a LDB e a Educação das Profissões de Saúde.

○ Sistema Único de Saúde tem apresentando resultados positivos nos propósitos de universalização do acesso aos serviços de saúde, eliminando barreiras, estendendo a cobertura e ampliando a descentralização dos sistemas de saúde. Avança com mais dificuldade no aprimoramento da qualidade e da resolubilidade da assistência ambulatorial e hospitalar,

assim como é, ainda, um desafio dispor de profissionais de saúde que efetivem a disseminação, em todas as regiões do país, da prestação de cuidados integrais de saúde.

A estratégia de saúde da família, implantada pelo Ministério da Saúde, tem como princípios centrais, além daqueles que caracterizam o SUS:

- desenvolver um novo processo de trabalho nos cuidados à saúde, substituindo as práticas convencionais de atendimento e de funcionamento das unidades de saúde, baseadas na organização estanque de programas e no atendimento fragmentado e descontínuo de pacientes;
- envolver a participação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, progressivamente, agregar outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais, etc;
- adscrever famílias, a partir de uma base populacional e territorial bem definida, que se vinculam à unidade de saúde e à equipe de profissionais de saúde;
- atender e resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde que demandam serviços através de atendimento por um médico de família, com formação geral, integrado à equipe e com competência para tal;
- dar atenção integral à saúde dos indivíduos e famílias, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e a recuperação da saúde;
- articular com a rede de serviços de saúde visando assegurar a referência e contra-referência de pacientes que necessitem de cuidados especializados.

A equipe de saúde da família deve estar preparada e ter habilidades e competências para (Ministério da Saúde 2000c):

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco às quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento dos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

A formação e a educação permanente de médicos, enfermeiros e de outros profissionais para as equipes de saúde da família são um desafio crucial para o êxito da proposta. As condições para tais mudanças na formação de médicos e de enfermeiros, como de resto, de outros profissio-

nais estão facilitadas pela Lei n. 9.394 – a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, por sua implementação pelo MEC e pelos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE).

A autonomia universitária foi mantida nas Universidades e ampliada aos Centros Universitários, cuja existência foi possível a partir dos princípios legais da flexibilização do ensino estabelecidos na LDB. É parte deste conjunto de princípios o estabelecimento dos cursos seqüenciais conforme define o artigo 44, inciso I da LDB, do Parecer CES/CNE nº 968/98 e da Resolução CES/CNE nº 1/99. Estas alternativas ampliam as possibilidades de oferta de vagas na educação superior, facilitam a oferta de estudos após a conclusão do ensino médio e de estudos para a atualização e educação continuada dos graduados da educação superior.

As possibilidades maiores para mudanças na educação médica e dos profissionais de saúde, como na de todos os profissionais de nível superior, abertas com a LDB, estão na explicitação da flexibilização dos currículos, cursos e programas, que são de competência das universidades e instituições de ensino, observadas as diretrizes gerais estabelecidas para todo o país pelo MEC e pelo CNE. No passado, os currículos mínimos fixados foram de um detalhamento excessivo, tornando muito rígidas as possibilidades de gerar inovações no ensino. Muitas vezes, estes currículos traduziam mais o prestígio acadêmico de um determinado especialista ou a capacidade corporativa de pressão de uma

categoria profissional do que a definição de prioridades educacionais e de formação profissional.

Para que haja coerência entre os princípios da LDB e as diretrizes gerais para os currículos na educação superior, é necessário que sua implementação pelo MEC e pelo CNE contemplem:

- ◆ os elementos de fundamentação essencial em cada área de conhecimento ou profissão, proporcionando uma formação geral;
- ◆ a promoção da capacidade do estudante desenvolver-se com mais autonomia, com práticas de estudo independentes, mas supervisionadas pelos professores;
- ◆ a indução de práticas de iniciação científica para propiciar ao aluno o desenvolvimento da criatividade e da análise crítica;
- ◆ a articulação entre a teoria e a prática e o estímulo à construção de competências, habilidades e conhecimentos fora do ambiente escolar, em contextos que criem a ambientação semelhante às condições e características de sua prática profissional futura;
- ◆ a inclusão de dimensões éticas e humanísticas, proporcionando a emergência de valores e atitudes orientados para a cidadania;
- ◆ a incorporação de orientações para a realização de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados, para estimular docentes e alunos a aprimorarem o processo de ensino-aprendizagem.

As possibilidades de levar adiante mudanças curriculares para a formação de médicos preparados a exercerem a prática da Medicina, no contexto de um novo modelo de cuidados de saúde centrado na estratégia de saúde da família, dependem, em grande medida, das novas diretrizes curriculares para os cursos médicos. As entidades e movimentos educacionais, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), a rede de instituições de ensino médico, que se articulam em torno do projeto UNI¹, apoiadas pela Fundação Kellogg, (Almeida, Fuerwerker, Llanos, 1992) e as entidades que se consorciaram para constituir a Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) apresentaram contribuições a SESu/MEC.

Os Cenários Futuros para a Disseminação e Aprimoramento do Novo Modelo de Cuidados de Saúde.

A estratégia da saúde da família, que vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, por secretarias estaduais e municipais de saúde e pelos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente, já mencionados, encerra um potencial de contribuição para levar à frente os propósitos do Sistema Único de Saúde.

A formação de médicos gerais, de enfermeiros e do pessoal de nível superior, médio e elementar, necessários ao provimento do pessoal de saúde, com competências bem definidas para o novo modelo, vai requerer o estabelecimento de políticas e diretrizes bastante coordenadas entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Dependerá, ainda, da participação de Universidades, de entidades e associações de profissionais da saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Educação para a definição e implementação de diretrizes curriculares que viabilizem as mudanças educacionais, em termos quantitativos e qualitativos.

Certamente, caberá ao Ministério da Saúde, cumprindo os dispositivos constitucionais, conforme o artigo 200, inciso III, **ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988)**. Para isto, poderá valer-se de mecanismo de indução, tal como vem fazendo em relação à implantação de equipes de saúde da família pelas secretarias municipais de saúde, de acordo com as orientações da Secretaria Nacional de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.

É reconhecido, contudo, que a oferta de médicos e enfermeiros, egressos dos cursos de graduação, não forma profissionais que atendam às exigências de

¹Para a consulta dos parâmetros curriculares propostas pelo projeto UNI ver: Contribuição da Rede Unida. Sobre a Proposta de Diretrizes Curriculares para a Medicina. Londrina, PR: Editora UEL. v.5 n. 20, p11-12, 1999. Olho Mágico.

resolubilidade do cuidado de saúde que a estratégia da saúde da família requer. As equipes de saúde da família têm sido superadas por profissionais que se prepararam em cursos curtos de sensibilização, em cursos de especialização e, também, num esforço institucional e/ou individual de educação permanente. A iniciativa de promover a criação dos Pólos representou um importante passo quanto à ampliação da preparação de médicos e enfermeiros para as ações de saúde da família, com um limitado impacto nos cursos de graduação.

As condições atuais são favoráveis a um novo conjunto de iniciativas das autoridades nacionais de saúde e de educação, das universidades e de entidades de profissionais de saúde, dos gestores estaduais e municipais do SUS, que podem apresentar resultados sustentáveis nas mudanças na educação médica e na formação dos profissionais de saúde.

As novas propostas de reforma do ensino na área da saúde deverão buscar inspiração na longa trajetória dos projetos dos educadores médicos e de enfermagem, envolvidos com os princípios e orientações que vêm sendo debatidos e testados nos centros de excelência de ensino (Almeida, 1999). Alguns destes princípios e orientações contemplam:

❖ **interdisciplinaridade** entre áreas do saber, envolvendo as denominadas "ciências básicas", o campo das disciplinas clínicas e cirúrgicas, do adulto e da criança, as ciências sociais e do comportamento, as disciplinas da saúde coletiva; devendo ser estimuladas as experiências mo-

dulares que superem a tradicional ordenação de disciplinas em compartimentos estanques;

❖ **envolvimento dos alunos em situações de prática de saúde desde o início e ao longo de todo o curso**, participando em ações de promoção da saúde, em uma área territorial definida, onde se prestam cuidados integrais de saúde e com o acompanhamento de famílias adscritas; os campos de prática deverão ser unidades básicas de saúde, ambulatórios e policlínicas, hospitais gerais, serviços de reabilitação e recuperação, serviços de atendimento de emergências, dentro de uma perspectiva do Sistema Único de Saúde; cerca de 60% da carga horária deverá estar destinada à integração com os serviços, nas unidades básicas e ambulatórios de saúde da família;

❖ **integração ensino-serviço-pesquisa**, partindo da premissa que os fundamentos teóricos devam estar, desde logo, articulados à solução de problemas e a situações práticas;

❖ **desenvolvimento do estudo baseado na problematização**, estimulando-se o aluno a aprender a partir de atividades que incentivem o estudo individual e em grupos, o ensino tutorial, centrado no aluno, o manejo de bancos de dados, o acesso a fontes bibliográficas e aos recursos de informática;

❖ **desenvolvimento da capacidade de realizar estudos para se manter atualizado (educação permanente)**, devendo a escola

médica aumentar sua responsabilidade de promover oportunidades de educação à distância para seus egressos e promover a consulta a especialistas com o uso de meios eletrônicos;

- ❖ **compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional** em saúde e com a promoção, prevenção e recuperação da saúde, no sentido da busca da universalização, da equidade, da continuidade e dos resultados favoráveis dos cuidados de saúde no âmbito das famílias, dos diversos grupos sociais e da sociedade.

As mudanças no ensino das profissões da saúde devem, portanto, propiciar a formação de médicos e enfermeiros com um perfil em que se desenvolvam as seguintes competências e habilidades:

- ✓ relacionar e utilizar os conhecimentos das áreas básicas, clínicas, cirúrgicas e da saúde coletiva para atuar na solução dos problemas mais relevantes que comprometem a saúde dos indivíduos e das famílias;
- ✓ compreender e agir frente aos problemas mais comuns dentro de uma visão integral do processo saúde-doença, relacionando os determinantes socioeconômicos, culturais e políticos, assim como os aspectos comportamentais relevantes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- ✓ ter a capacidade de estabelecer a relação entre o médico, o enfermeiro e o paciente e sua família dentro de padrões éticos, técnicos e humanísticos adequados e legitimados;
- ✓ trabalhar em equipe com os profissionais de saúde, evidenciando compromisso social com a melhoria contínua do atendimento e do desempenho dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de universalidade e equidade;
- ✓ utilizar-se, de forma adequada, do sistema de referência e contra-referência, quando necessário ao diagnóstico, tratamento e recuperação das pessoas sob seus cuidados;
- ✓ ser capaz de prestar atendimento de emergência e providenciar os cuidados especializados requeridos;
- ✓ valer-se da melhor combinação de conhecimentos e recursos tecnológicos de máxima efetividade, eficácia e segurança com o menor custo, de forma a contribuir para a racionalização dos gastos em saúde e para a adequada alocação de recursos;
- ✓ desenvolver a capacidade de atualização profissional, valendo-se dos meios de educação permanente;
- ✓ ser capaz de conhecer e estabelecer julgamentos de valor sobre as políticas de saúde e estratégias de intervenção, visando assegurar a universalidade, a equidade, a resolubilidade e a continuidade dos cuidados de saúde;
- ✓ capacitar profissionais para uma ação integrada de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

Discussão

Os processos de mudança educacional representam um caminho longo e persistente de busca de metodologias e técnicas que, para seu desenvolvimento, aplicação e difusão, requerem decisões políticas e de práticas que sejam, culturalmente, enraizadas na sociedade e nos meios profissionais. Os cenários que se apresentam à frente dos processos educacionais no ensino médico são bastante favoráveis a novas iniciativas de promoção de mudanças, como a retomada do processo de reforma sanitária com as políticas contemporâneas do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde, e com o empenho das entidades médicas e de educadores em Medicina.

No âmbito das reformas educacionais, a LDB propicia novas possibilidades de flexibilização da educação brasileira, com resultados positivos na educação básica e na educação superior. As diretrizes educacionais para o ensino médico, para as profissões da saúde, de uma maneira geral, não podem ser engessadas por normas e regras restritivas ou por reações corporativas em detrimento dos princípios que estabeleceram os direitos sociais e de cidadania, na Constituição de 1988.

A estratégia de saúde da família apresenta uma proposta que vem sendo difundida nas organizações de saúde, mas que coloca, para a educação médica, um conjunto de desafios e dilemas que, se não

equacionados, poderão resultar na perpetuação de distorções que, historicamente, se acumularam nas práticas de saúde no país.

Conclusões

As mudanças propostas para o modelo de cuidados de saúde do Sistema Único de Saúde impõem aos educadores e profissionais da saúde a renovação de iniciativas que vêm pontuando o ensino na área da saúde há muitos anos.

O acúmulo de experiências inovadoras é decorrente de iniciativas que deram maior relevância às práticas ambulatoriais e comunitárias, a diversas formas de integração ensino-serviço e à formação de redes de instituições de ensino.

Os cursos médicos e de enfermagem poderão incorporar os avanços pedagógicos do ensino tutorial e da problematização, estabelecer novas bases para a integração teoria e prática, romper com a tradicional dicotomia entre ensino básico, formação clínica e reorientar as tendências da especialização precoce, que levam os alunos a estabelecerem "currículos paralelos" para sua formação.

A formação do médico e do enfermeiro de família não deverá se tornar uma outra modalidade de "camisa de força" do ensino, mas sim uma alternativa na formação geral destes profissionais, na perspectiva de uma prática de cuidados de saúde integral, envolvendo a ação de diversos profissionais e respeitando o direito dos pacientes e de suas famílias.

ABSTRACT

The author discusses the aspects of the Brazilian sanitary reform that require public policies and initiatives of formation of human resources in health, involving the universities and education institutions to the capacitating of professionals in the strategies of family health. It discusses the population changing, epidemiologic, and the demand profile in health related to the development processes of the country and, that still, characterize the regional and social inequality levels, in Brazil. The sanitary and educational reforms, in lately years, has been enlarging the universality of the access to the health services, however, it hasn't attended the improvement of the resolution and quality of the cares. The strategies of family health are discussed and their relation to the educational policies sceneries and the education of health professions guidelines to attend the professionals formation adequate to the expansion of the family health teams.

Keywords: Family Health – Human Resources in Health – Professional Capacitating – Sanitary Reform – Educational Reform.

RESUMEN

El autor discute los aspectos de la reforma sanitaria brasileña que requieren políticas públicas y iniciativa de formación de recursos humanos en la salud, envolviendo a las universidades e instituciones de la enseñanza para la capacitación de profesionales en las estrategias de salud de la familia. Se debaten las transformaciones de población, epidemiológicas y del perfil de demanda en la salud, relacionadas a los procesos de desarrollo del país y, que, aún, caracterizan niveles de desigualdades regionales y sociales, en Brasil. Las reformas sanitaria y educativa, en los últimos años han ampliado la universalización del acceso a los servicios de la salud, sin embargo no han tenido el perfeccionamiento de la resolución y de la cualidad de los cuidados. Se pone en cuestión las estrategias de la salud de la familia y de sus relaciones con los escenarios de las políticas educativas y de las directrices de la enseñanza de las profesiones de la salud para atender a la formación de los profesionales adecuados a la expansión de los equipos de la salud de la familia.

Palabras-clave: Salud de la Familia – Recursos Humanos en Salud – Capacitación Profesional – Reforma Sanitaria – Reforma Educativa.

Referências Bibliográficas:

- ALMEIDA, M.J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina, PR: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999. 196p.
- ALMEIDA, M., FUERWERKER, L. LLANOS, M.C. (Org.) *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tradução por Adja Barbieri Durão et al. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1992.2v.
- BEZOLD, C., FRENK, J. McCARTHY, S. (Ed). *Atención a la salud en America Latina y el Caribe en el Siglo XXI: perspectivas para lograr salud para todos*. Traducción Maria Jimenez y Maria Elena Campos. Alexandria (México): Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la Salud, 1998. 184p.
- BANCO MUNDIAL. *Brasil-Novo desafio à saúde do adulto*. Washington, DC, 1991 p.69-78.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. p.134.
- BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.134, n.248, p. 27.833-41, 23 dez. 1996. Seção 1. - Lei Darcy Ribeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br>, julho de 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde: <http://www.datasus.gov.br>. Dados para 1997. Consulta em 10 de julho de 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>. Consulta em julho de 2000c.
- COMISSÃO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE ENSINO MÉDIO-CINAEM. *Diretrizes Curriculares e o Projeto CINAEM*. São Paulo, [19--]. 21p (xerox).
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. 184p.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p. (Saúde em debate)