

POLÍTICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: O CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Soraya Diniz Rosa*

Roseli Esquerdo Lopes**

Recebido: maio 2010

Aprovado: set. 2010

- * Mestre em Educação e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professora da Universidade de Sorocaba (UNISO), Sorocaba, São Paulo, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Terapia Ocupacional e Educação no Campo Social (UFSCar-CNPq) e do Núcleo UFSCar do HISTEDBR. E-mail: soraya.rosa@prof.uniso.br.
- ** Doutora, Professora Associada do Departamento de Terapia Ocupacional e dos Programas de Pós-Graduação em Educação e em Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, São Paulo, Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Terapia Ocupacional e Educação no Campo Social e do Núcleo UFSCar do HISTEDBR. E-mail: relopes@ufscar.br

Resumo: Este trabalho discute as perspectivas que se abrem no processo de construção e 'implementação' de políticas públicas para a formação profissional, tomando como eixo o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. Este Programa propõe a capacitação de profissionais da saúde, com exceção da área médica, tendo sido apresentado como estratégia de reorientação da atenção básica em saúde para a implantação/reorganização de serviços públicos embasados na lógica do Sistema Único de Saúde - SUS. Trabalhou-se com a pesquisa documental e com a análise dos problemas enfrentados na saúde. As principais conclusões apontam para três eixos: o primeiro diz respeito à importância da efetivação de políticas de educação permanente em saúde. No segundo eixo, evidencia-se a falta de políticas públicas que assegurem a formação profissional no Brasil, no modelo da pós-graduação *lato sensu*. O terceiro refere-se à estratégia de efetivação do SUS através do Programa da Residência. Questiona-se, com base nesses eixos, se a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da educação permanente, ou se é mais uma estratégia para estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde. Residência multiprofissional em saúde. Pós-graduação *lato sensu*. Educação superior.

VOCATIONAL TRAINING POLICIES: THE CASE OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN HEALTH

Abstract: This paper discusses the prospects in the process of construction and 'implementation' of public policies for vocational training, taking as an axle the Multiprofessional Residency Program in Healthcare. This Program, proposes

the capacitance of health professionals, with the exception of the medical field, having been presented as a reorientation strategy of basic care in health for the implantation/reorganization of public services based on the logic of Single Health System - SUS. We have worked with the search documentary and the analysis of the problems faced in health. The main conclusions point to three areas: the first is concerned with the importance of effective policies for continuing education in health. The second shows a lack of public policies that ensure the training in Brazil, the model of post graduation. The third is concerned with the strategy for ensuring the SUS through the Residency Program. One questions, based on those axles, if the induction of public politics with straight interference in the education model is going to contribute to the improvement in professional formation in the perspective of the continuing education, or is it one more strategy to structure the net of health through the offer of a field of precarious work for the professionals of the health.

Key words: Training in healthcare. Multiprofessional residency in healthcare. Postgraduate education. Higher education..

INTRODUÇÃO

Neste trabalho pretendemos realizar um estudo a respeito das políticas públicas que vêm sendo implantadas para a formação de recursos humanos para a saúde e que se apresentam como meta a viabilidade de disseminar capacidade pedagógica por toda rede do Sistema Único de Saúde - SUS, tomando como eixo o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde.

A partir de um estudo histórico e documental objetivamos discutir a formação do profissional da saúde levando em consideração os problemas enfrentados na “implementação” de políticas públicas para efetivação do SUS.

Nesse contexto, organizamos este trabalho em três partes. Inicialmente fazemos um breve relato do Sistema Único de Saúde, apontando para uma análise do contexto histórico. Posteriormente, apresentamos o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde e tecemos nossas considerações com relação ao modelo proposto da política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde.

Na conclusão destacamos a importância da “implementação” de políticas de educação permanente para categorias profissionais da área da saúde, aquelas não médicas, como forma de ajustamento do perfil profissional frente às necessidades de mudanças de paradigmas no campo da saúde coletiva. Analisamos os elementos que atravancam o reconhecimento do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde e apontamos alguns questionamentos sobre a estratégia da efetivação do SUS através desse Programa.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde é produto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, processo político que mobilizou a sociedade para propor novas políticas, modelos, ações e que se constituiu como arranjo organizacional do Estado, definindo a efetivação da política de saúde no Brasil e instituindo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. (CAMPOS et al., 2008; ESCOREL, 1998)

O Movimento Sanitário surge no Brasil na década de 1970 e, a partir de uma incorporação crítica baseada no paradigma histórico-estrutural, aponta a necessidade de questionamento das ações de prevenção e controle de doenças que não levassem em consideração as relações sociais de exploração (ARREDONDO, 1992). Entre os anos de 1970-1980 o modelo hospitalocêntrico segue hegemônico, sustentado pelo paradigma da biomedicina com suas práticas médico-centradas e curativas.

As principais intenções do Movimento eram de reformar o sistema de saúde, redefinindo os seus mecanismos de gestão, através de uma reorganização do Estado. O contexto era de que durante muitos anos, no Brasil, o atendimento à saúde ficou submetido a concessões caritativas, com a ressalva dos trabalhadores assalariados que, em troca da sua força de trabalho, conseguiam adquirir alguma assistência em saúde através da contribuição salarial compulsória. Essa condição da assistência médica individual ser prerrogativa dos assalariados vai gerar uma ideia de que

a saúde não é, portanto um direito de cidadania, a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado [...] a assistência médica era vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal de trabalho, para os demais seria uma dádiva caridosa. (LOPES, 2001, p. 24-25)

A luta era pela organização de um sistema de saúde único e hierarquizado, garantindo a todo cidadão brasileiro a assistência e o cuidado. Todo esse processo de rompimento com a política de saúde anterior teve seu ápice com a Constituição de 1988, onde foi instituído o Sistema Único de Saúde- SUS como Política Nacional de Saúde, consolidando os ideais do Movimento Sanitário.

Com o SUS procurou-se romper efetivamente com a medicina previdenciária, que garantia atendimento a apenas uma parte da população (BRASIL, 1990). Esse avanço é apontado por Mendes, (2001a) e Lopes, (1999) como sendo fundamental, no sentido da transformação de milhões de pessoas reconhecidas como indigentes sanitários que não tinham direito ao cuidado da doença porque não possuíam a carteirinha do INAMPS, alcançarem a cidadania sanitária. (MENDES, 2001a)

Além dessa mudança, o SUS fixou diretrizes para uma ampla reorganização dos sistemas de serviços de saúde, sob a responsabilidade do Estado, enfatizando a descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade das ações preventivas e da participação popular.

No entanto, o cenário no final da década de 1980 e início da década de 1990, era o seguinte: por um lado, se tem o desenvolvimento de políticas de saúde que buscam lidar com seu reconhecimento enquanto direito universal, com a participação popular, por outro lado, afere-se o avanço da corrente neoliberal com uma concepção do processo de atenção à saúde enquanto mercadoria. Esse cenário se consolida com a expansão das empresas de planos de saúde, que funcionam na lógica imposta pela capitalização do setor, com ênfase particular no financiamento ou no pagamento dos serviços, o que levou à crise da Previdência brasileira (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; LOPES, 1995; MENDES, 2001a, 2001b). A tradição dos sistemas públicos de saúde incorporou esses dois modelos.

Diversos atores sociais têm se dedicado intensivamente, desde 1990, à implementação do SUS, como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), a Rede UNIDA (Rede de Projetos Integrados Ensino-Serviço-Comunidade), a ABRES (Associação Brasileira de Economia da Saúde), a AMPASA (Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde) e outras entidades representativas de usuários, profissionais, prestadores de serviços, gestores, educadores (SANTOS, 2007). Porém, embora o SUS venha se apresentando como uma política com base em valores solidaristas, que objetiva reverter os modelos de segregação, normalização e medicalização dos problemas sociais, apresenta demandas específicas e inúmeras dificuldades para sua execução e racionalização (MENDES, 2001b; LOPES, 2001).

O Estado, ao produzir uma política pública nacional para a saúde, propôs diversas mudanças e apropriou-se de novos paradigmas para lidar com esses fenômenos sociais (neste caso a saúde e a doença de indivíduos e grupos). A crítica à concepção de saúde baseada na lógica cartesiana do modelo biológico e hegemônico, determinado pela dissonância entre saúde-doença, constitui processos produtivos em saúde que se expressam nas relações de poder entre Estado e sociedade (MERHY, 2005). A formação profissional nesse modelo vai produzir um processo de trabalho em que o usuário é externo ao próprio processo, assumindo uma função meramente de “paciente”, numa conduta neutralizada e constituída pela cultura do conhecimento tecnológico (FEUERWERKER, 2002; MERHY, 1997; CANESQUI, 2000; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS, 2000).

O que sabemos hoje, com as pesquisas sobre a educação dos profissionais de saúde, é que, para que ocorram mudanças reais, além do ordenamento das

políticas de formação, faz-se necessária uma mudança nos próprios modos de “pensar-sentir-querer” de quem opera as práticas de ensino, pois tecnologias do imaginário trabalham cotidianamente pela captura dos processos de mudança, fazendo-nos crer na defesa de seu contrário (CECCIM, 2009, p. 1).

A mudança desse cenário está tensionada, seja pela insatisfação de algumas categorias profissionais, ou pelo próprio discurso das classes populares que representa a insatisfação com os serviços de saúde no Brasil.

Nesta lógica, entendeu-se como uma das necessidades o investimento na formação profissional para a “implementação” do SUS.

O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adotada pelo Ministério da Saúde e apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), no ano de 2003, foi instituída com o propósito de possibilitar tanto a formação profissional, quanto contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS. Prevê a formação em serviço, tornando a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Nesse contexto, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde, passa a ser uma política do SUS, que se coloca como rede-escola, objetivando a formação em serviço e tornando a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

Define que as intercessões promovidas pela educação na saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem, possam garantir uma interlocução entre a formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde nesta área específica. Em consonância com a Constituição Federal (artigo 200, inciso III), que define: “ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

Este direcionamento constitui-se como estratégia para as transformações das abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, objetivando constituir o Sistema Único de Saúde. O SUS, fruto das lutas sociais, deve ser um sistema de saúde universal, equânime, altamente resolutivo, responsável e capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia das pessoas (CECCIM, 2005b). Desta forma, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde, passa a ser uma política do SUS, que se coloca como rede-escola.

Assim, as Instituições de Ensino Superior têm sido estimuladas a criarem dispositivos objetivando a estruturação do SUS, transformando-se “na direção de

um ensino que valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em equipe” (CYRINO, 2005, p. 21).

Considerando este propósito, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, propõe a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005b) configurada como cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos nesta área. Constitui-se como programa de cooperação inter-setorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente nas áreas prioritárias do SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma estratégia do Estado que objetiva a formação de recursos humanos, instituindo um arsenal de profissionais com perfil para modificar as práticas atuais e criar uma nova cultura de intervenção e entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS. Pressupõe o desenvolvimento de ações para a atenção integral à saúde, em serviços assistenciais da rede pública. Está definida como área profissional da saúde na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às categorias que integram a área da saúde, com exceção a categoria médica, definidas como: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005a).

A Portaria GM/MS 399/06, que publicou o “Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS” aprovou como diretriz de operacionalização a Residência Multiprofissional em Saúde:

Art. 1º Define que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituam-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais (BRASIL, 2006).

A Residência Multiprofissional em Saúde foi regulamentada como modalidade de formação em serviço, apontando como prioridade a orientação de “profissionais de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 2007). Apresentou como prioridade a necessidade de qualificação de todas as profissões da saúde e a importância para a reorganização do processo de trabalho seguindo os princípios e diretrizes do SUS, afirmando ser fundamental o preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira.

Nessa proposta de treinamento em serviço, foram definidos como eixos norteadores: a realidade sócio-epidemiológica do País, a concepção ampliada de

saúde, a política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS, a abordagem pedagógica dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho na linha da formação integral e interdisciplinar, a formação em equipe, parcerias que promovam a articulação entre ensino, serviço e gestão, integração com os diferentes níveis de formação inclusive com a Residência Médica, etc (BRASIL, 2007, art. 2º).

O Programa da Residência prevê Bolsas para essa modalidade de capacitação, denominada “Bolsas para a Educação pelo Trabalho” (BRASIL, 2005b), sendo este financiamento da competência dos Ministérios da Saúde (por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES) e da Educação (Secretaria de Educação Superior-SESu).

Um outro aporte considerado, diz respeito às competências ministeriais para a “implementação” desse Programa. O Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde, do Ministério da Saúde, instituiu a Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) para coordenar as ações de credenciamento do Programa, cabendo ao Ministério da Educação fornecer suporte técnico e administrativo à Comissão, bem como participar do financiamento da estrutura e funcionamento da CNRMS, em parceria com o Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

Assinalamos a importância de implantação de políticas públicas e a permanência das inovações políticas, especialmente no âmbito da educação e da saúde, que favoreçam a produção de conhecimentos e de práticas voltadas para a transformação da realidade concreta.

A partir da análise do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecido como pós-graduação *lato sensu*, que se apresenta como uma nova estratégia para a implantação de inovações políticas, com objetivo de efetivar um sistema de saúde centralizado na humanização da assistência, apontamos algumas considerações.

A emergência para que a “implementação” do SUS seja efetivada constitui, sem dúvida, um desafio para a superação das intermediações político-clientelísticas, as quais assistimos em nosso país.

A essencialidade dos técnicos em quaisquer transformações e a necessidade da formação profissional na interface entre a educação e a saúde, é de fundamental importância na tarefa de formação e de reciclagem de profissionais com domínio de conhecimento e de sensibilidade para produzir outras práticas.

Para se pensar nessas mudanças, é necessário realizar um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e subjetivo dos modelos que vêm sendo apresentados, buscando compreender o conceito ampliado de saúde (CAMPOS, 1991, 2006; VAISTMAN, 1992; CARVALHO, 2005).

No entanto, é preciso levar em consideração outras questões, como: o subfinanciamento e a precarização da gestão de recursos humanos para o SUS (SANTOS, 2006), o papel das universidades que nem sempre vêm atuando para que a formação profissional atenda às necessidades reais da maioria da população, mascarando o seu compromisso social (GOERGEN, 2006), as políticas governamentais para a pós-graduação *lato sensu* que não reconhecem a importância do aprimoramento e/ou da especialização, enquanto recursos da formação profissional voltados à necessidade de se ajustar às mudanças operadas na própria profissão (SAVIANI, 1991).

Desta forma, perguntamos se as estratégias escolhidas pelo Estado neste enfoque da Residência, tem resultado no desenvolvimento de política social, no âmbito do SUS ligada à formação profissional (ROSA; LOPES, 2009/2010).

Resta saber se, na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da educação permanente ou, se é mais uma estratégia para estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ARREDONDO, A. Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 254-261, 1992.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Poder Executivo. Lei nº 8080/1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.
- BRASIL. Poder Executivo. Lei nº 8142/1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Poder Executivo. Lei nº 11.129. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jun. 2005a.

BRASIL. Poder executivo. Portaria Interministerial nº 1.111/GM/MS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde – Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.117/05**. Brasília, DF, 03 nov. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM**. Brasília, 22 fev. 2006.

BRASIL. Poder Executivo. Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/07. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Crítica às noções que fundamentam o método de “programação em saúde”. In: CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 55-88.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições- o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 3, p. 55 – 60. 2006.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p.132-153.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec; FAPESP, 2000.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 4, p. 1-11, 2005a.

- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 2 – 9, 2005b.
- CECCIM, R. B. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n.3, p.443-456, nov. 2008/fev. 2009.
- CYRINO, E. G. (Org.) . **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005.
- SCOREL, S. M. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1998. Dissertação (Mestrado) - ESNP Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica**. Processos e resultados. São Paulo: Co-Editores, 2002.
- GOERGEN, P. Universidade e compromisso social. **Coleção educação superior em debate**. Brasília: INEP, 2006. p. 65-95.
- LOPES, R. E. Neoliberalismo e políticas de saúde no Brasil. **Cidadania textos**, Campinas, v. 1, n. 6, p. 1-20, 1995.
- LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional**, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo. 1999. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1999. 2v.
- LOPES, R. E. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Rev. Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 1/3, p. 23-33, jan./dez. 2001.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a. T. I
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001b. T. II
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: uma micro-política do trabalho vivo. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2009/2010.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, mar./abr. 2006.

SANTOS, N. R. Regular a E. C. n. 29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integridade, equidade e participação. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 338-351, jun. 2007.

SAVIANI, D. Concepção de dissertação de mestrado centrada na idéia de monografia de base. **Revista do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras**, Brasília, v. 13, n. 27, p. 159- 168, jul./dez. 1991.

VAISTMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org). **Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 157-173

