

SUBSÍDIOS PARA FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE PROFISSIONALIZAÇÃO PARA O PESSOAL DE ENFERMAGEM SEM QUALIFICAÇÃO ESPECÍFICA*

Isabel dos Santos**
Alina Maria de Almeida Souza**
Ena de Araújo Galvão**

RESUMO - Apresenta a situação dos recursos humanos em saúde nos últimos anos. Aponta as necessidades destes recursos frente às características da Reforma Sanitária a ser implantada no país com ênfase na enfermagem e, por último apresenta alguns mecanismos que facilitaram a profissionalização do pessoal de enfermagem sem qualificação específica.

ABSTRACT - It presents the situation of health human Resources in the last years. It indicates the necessity of these Resources related to the characteristics of Sanitary Reform to be implanted in the country, with emphasis on Nursing. At last, it presents some mechanism that will facilitate the professionalization of Nursing personnel without specific qualification.

1. A NECESSIDADE DE UMA POLÍTICA DE PROFISSIONALIZAÇÃO.

1.1. As Distorções do Sistema de Saúde no Brasil

O processo de expansão e modernização da rede de serviços de saúde no Brasil, observado nas últimas décadas, foi marcado pela adoção de políticas setoriais que privilegiaram a privatização do setor, a acentuação da dicotomia histórica entre ações curativas individuais e ações coletivas de saúde pública, a discriminação da oferta de serviços à população em função de sua importância relativa para o sistema econômico, a progressiva simplificação de procedimentos nos serviços públicos e a diminuição relativa de gastos.

A adoção dessas políticas não ocorrem por acaso, ao contrário, fez parte do projeto de modernização da sociedade brasileira instituído pelo movimento de 1964, cuja intenção essencial foi expandir e fortalecer o sistema capitalista. Nesse sentido, as políticas de saúde adotadas nesse período, emergem como um projeto claro e consistente de legitimação das desigualdades, da dominação e dos privilégios na sociedade.

Assim, enquanto o setor privado se expande principalmente nos grandes centros urbanos da região su-

deste, absorve tecnologia e desenvolve serviços especializados para setores sociais vinculados ao processo produtivo e às classes dominantes, o setor público é progressivamente desqualificado.

A expansão da rede pública se dá principalmente às custas de programas que enfatizaram a simplificação de procedimentos e aprofundaram a segmentação entre os níveis de atenção. Além disso, os serviços oferecidos são fragmentados, ou seja, não buscam a integralidade da atenção, nem correspondem ao perfil epidemiológico da população atendida. Essa rede é mantida para atender os setores sociais da população marginalizada do processo produtivo.

A infra-estrutura para operar essa rede guarda coerência com o projeto político. A redução de investimento resulta em obsolescência progressiva da infra-estrutura física e de equipamentos, em escassez de insumos básicos, tais como medicamentos, meios diagnósticos e em deficiência de processos organizativos e gerenciais. Como resultado a rede pública passa a operar com baixa resolutividade e perde a credibilidade junto à população.

Neste cenário observa-se o crescimento da força de trabalho com distorções na estrutura ocupacional da equipe de saúde. Por um lado, o crescimento da ofer-

* Trabalho elaborado para servir de subsídio no encaminhamento da profissionalização do pessoal de enfermagem sem qualificação específica.

** Enfermeiras, membros da Sub - Comissão de Nível Médio, da Comissão de Educação da ABEn.

ta de profissionais de nível superior, principalmente médicos, resultante do processo de expansão do ensino universitário que rapidamente possibilitou o excedente relativo de oferta desses profissionais e constitui uma condição estrutural de funcionamento do mercado de trabalho em saúde com características capitalistas, consolidou um modelo assistencial centrado em atos médicos. No setor público, esse modelo propiciou inclusive a descaracterização da especificidade de profissionais de nível superior de categorias não médicas.

Por outro lado, a oferta de profissionais em nível de 2º grau apesar da proposta de preparar pessoal com essa qualificação técnica pelo ensino regular, não correspondeu à demanda gerada pela expansão da rede. Esse fato acentuou a incorporação à força de trabalho em saúde de um enorme contingente de pessoal sem qualificação específica. Entretanto essa incorporação não pode ser vista apenas como conseqüência da falta de resposta do sistema educacional, na medida em que ela continuou obedecendo às exigências da racionalidade econômica do modelo e ao clientelismo político da oligarquia nacional menos avançada, ou seja, os que detêm o poder político/econômico e o utilizam nos processos eleitorais. Assim, em áreas onde havia um excedente de profissionais e nível técnico qualificado no mercado, a política de incorporação de pessoal auxiliar para os serviços de saúde obedeceu a mesma lógica, isto é, foi dada prioridade à contratação de pessoal sem qualificação específica.

Como resultado verifica-se o aumento da força de trabalho com a polarização entre os profissionais mais qualificados - médicos e os menos qualificados - atendentes e similares. Em decorrência, os serviços incorporam mais um componente infra-estrutural que limita sua capacidade já escassa de dar respostas às necessidades de saúde da população - a desqualificação da maioria da sua força de trabalho.

Na medida em que este modelo descrionário se consolidava, grupos de oposição iniciavam um processo de críticas e defesa de uma proposta democratizante para o setor. Esses grupos organizados em universidades e alguns setores da tecnoburocracia desenvolveram programas alternativos que foram criando espaços políticos para discussão e debate de alternativas de políticas setoriais. Quando se expressa na sociedade brasileira os avanços da abertura democrática com a eleição em 1982 de governadores de oposição e em 1985 com a instituição do governo de transição democrática da Nova República dão-se as condições objetivas para o desenvolvimento do projeto alternativo e a 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1987) convocada nesta conjuntura amplia e referenda os princípios e diretrizes desse projeto.

1.2. A Reforma Sanitária

A 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1987) conceitua saúde nas suas amplas relações inter-

setoriais que implicam em qualidade de vida expressa por melhores salários, habitação, alimentação, transporte, educação, lazer, etc., e não apenas acesso a serviços de saúde como direito da população e dever do Estado.

Enquanto responsabilidade do setor saúde são definidos alguns princípios básicos a serem considerados em um processo de reformulação do setor como um todo. Esses princípios podem ser vistos como finalísticos, os que estão ligados às finalidades últimas do processo de Reforma e os organizativos ou estratégicos que estão ligados a formas para o alcance dos princípios finalísticos. São princípios finalísticos a universalização, a equidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular. A universalização consiste em estender o acesso a toda população, através do setor público, independentemente dos vínculos de contribuição e das condições sócio-econômicas de cada indivíduo. A equidade consiste em fazer com que esse acesso não seja feito da constituição de clientelas, mas sim que todos tenham direito aos mesmos serviços em todo o país, independentemente da vinculação funcional, da posição social da hierarquia ocupacional ou do local de moradia ou trabalho. Certamente que isto se refere à garantia de um dado patamar de equidade. Os indivíduos que quiserem ter acesso a serviços individualizados, ou as empresas que criarem ou mantiverem planos especiais de saúde para seus funcionários podem fazê-lo desde que tais serviços não sejam custeados ou subsidiados tributariamente pelo setor público.

A integralidade consiste em conceber a saúde em seu sentido mais amplo, o que pode ser definido pela incorporação da assistência médica, saúde pública, vigilância epidemiológico-sanitária, distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e ações normativas das áreas de distribuição de alimentos, produção de fármacos, equipamentos e medicamentos, saneamento básico, controle ambiental e acompanhamento do estado nutricional da população, numa perspectiva integrada ao nível da rede de serviços. Isto sem contar as questões ligadas ao dimensionamento, ampliação e capacitação dessa mesma rede seja no campo de planejamento e construção de unidades físicas, seja na área de formação de recursos humanos. A descentralização consiste na passagem do planejamento e execução dessas atividades para as esferas estaduais e municipais, sob orientação e assistência técnica, quando necessária, do Governo Federal, buscando uma aproximação coerente da tomada de decisões com a própria ação finalística. A participação consiste, antes de tudo, no reconhecimento do direito dos usuários (a população) em exercerem o controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando ao mesmo tempo a participação efetiva dos profissionais de saúde nesse processo" (COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA, 1987, p. 65).

São princípios organizativos ou estratégicos os prin-

princípios da integração institucional, de regionalização/hierarquização, da distritalização e de gestão colegiada. ' Por integração institucional define-se a ruptura com todo o sistema multi-institucional hoje existente no setor, responsável, em grande medida, pela duplicação de esforços, descoordenação, ausência de cobertura em algumas regiões e pela inoperância do Sistema Único de Saúde, com a criação de comandos únicos em cada esfera do Governo. Ao que tudo indica, os Estados serão os primeiros a unificar seus sistemas de saúde, mas a unificação completa requer, no longo prazo, sua extensão aos municípios e ao Governo Federal.

Por regionalização/hierarquização, entende-se a forma de assegurar o acesso dos recursos tecnológicos necessários ao atendimento de todo e qualquer cidadão, na complexidade que cada caso mereça. Isto requer a criação de condições técnicas, políticas e financeiras para que cada localidade possa desenvolver e prestar, com autonomia, um patamar mínimo de ações de saúde adequadas a um dado perfil sócio-epidemiológico e com um nível satisfatório de complexidade tecnológica e resolutividade.

A distritalização seria a forma de caracterizar a unidade espacial-operacional básica do Sistema Único de Saúde, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área quanto às ações básicas de promoção, proteção e recuperação da saúde voltadas tanto para as pessoas quanto para o meio.

Por fim, a gestão colegiada é o instrumento básico tanto da articulação entre os interesses das várias esferas do Governo, com o da participação de vários segmentos sociais na formulação e controle da política e das práticas institucionais'. (COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA, 1987, p.66)

Para o avanço do projeto político da Reforma Sanitária no Brasil e o alcance em última instância de seus princípios finalísticos impõem-se, portanto, as estratégias organizativas cujo caráter político extrapola os planos meramente técnicos. Faz-se necessário recuperar todos os componentes infra-estruturais dentre os quais destaca-se a questão de recursos humanos.

1.3. Recursos Humanos em Saúde na Reforma Sanitária com Ênfase na Enfermagem.

O dimensionamento de uma nova política de recursos humanos constitui um imenso desafio, pois trata-se de reverter as distorções já apontadas na equipe de saúde e construir um novo perfil de compromisso e capacidade entre os trabalhadores de saúde. Essa política deverá contemplar a valorização do trabalhador e garantir condições dignas de trabalho com planos de carreira e salários compatíveis.

Para a enfermagem brasileira o movimento da reforma sanitária apresenta dificuldades imensas no encaminhamento das propostas de reformulação setorial.

Esta categoria em função de sua representação majoritária no setor (cerca de 50% da força de trabalho em saúde), foi certamente a que sofreu o maior impacto do projeto hegemônico de modernização capitalista do setor.

A assistência de enfermagem em geral foi fragmentada, desqualificada e descaracterizada em função da racionalidade do modelo. O processo de trabalho específico foi fragmentado introduzindo-se um contingente numeroso de trabalhadores sem qualificação específica para realizar atos isolados, sem vinculação com a totalidade da assistência à saúde e a atenção aos clientes. Este contingente de trabalhadores também causou desequilíbrio na composição da equipe de enfermagem e inviabilizou o desenvolvimento de processos de treinamentos e supervisão competentes, visto que a categoria de enfermeiro era insuficiente para manter o devido equilíbrio entre o número de supervisor/supervisionado.

Em conseqüência, a assistência de enfermagem foi desqualificada, isto é, esse contingente de trabalhadores sem qualificação específica descaracterizou científica e tecnicamente a prática profissional da categoria, oferecendo uma assistência com riscos para a população. É importante ressaltar que esses trabalhadores sustentaram e sustentam a assistência de enfermagem no país, e sua prática empírica desprovida de conhecimentos e técnica é realizada com um total compromisso de serviços, pois a esse trabalhador, até o momento foi negada a necessária qualificação, somando-se este fato os aspectos de desvalorização do seu trabalho que é extremamente mal remunerado. Nesse sentido, tal grupo de trabalhadores está incluído na dívida social que necessita ser resgatada no processo de democratização da sociedade brasileira.

Como resultado da fragmentação e desqualificação a enfermagem sofre um processo de descaracterização marcado principalmente pelos seguintes aspectos: o pessoal sem qualificação específica recebeu das estruturas administrativas nomenclaturas distintas, embora a natureza do trabalho permanesse a mesma. Assim, surgiram inúmeros equivalentes do "tradicional" atendente de enfermagem, tais como: auxiliar operacional de serviços diversos, agente de saúde, promotor de saúde, atendente rural, agente rural, auxiliar de saúde, etc. Estas denominações genéricas aparentemente desvinculadas da equipe de enfermagem propiciaram a entrada de outros profissionais como supervisores/instrutores deste grupo e ao mesmo tempo afastaram o enfermeiro da sua função específica no controle do processo de trabalho, descaracterizando a equipe de enfermagem em um processo coletivo de trabalho.

Este processo de descaracterização de equipe de enfermagem foi também fortalecido pela ideologia da corporação de enfermeiro, a qual, ao longo das duas últimas décadas, tentou percorrer os cânones da prática liberal médica para assegurar prestígio social co-

mo elite dirigente. Dessa forma racionalizou idealisticamente o que deveria ser a prática de enfermagem sem contextualizá-la na realidade concreta que se estruturava. Assim, reproduziam-se profissionais hegemônicos ao sistema dominante incapazes de buscar alianças na equipe, para reverter a situação apontada acima, e, ao contrário, os enfermeiros isolaram-se e distanciaram-se dos problemas concretos da assistência, inclusive isentando-a da responsabilidade social de promover qualidade à prática de enfermagem em sua totalidade.

2. A PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SEM QUALIFICAÇÃO ESPECÍFICA.

Atualmente, o contingente de trabalhadores em enfermagem sem qualificação específica totaliza cerca de 150.000 pessoas empregadas no setor saúde, na área hospitalar e de saúde pública. Estes trabalhadores representam mais de 50% da força de trabalho em enfermagem e como já foi assinalado anteriormente assumem grande parte da assistência de enfermagem, sem a justa valorização social e institucional pelo seu trabalho. No plano social não possuem identidade de categoria profissional e no prazo de nove anos estará excluído da prática legal por força da nova lei do exercício profissional de enfermagem promulgada em 25.06.86, sob o nº 7.498 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08.06.87.

Em função da falta de identidade esses trabalhadores constituem-se clientela cativa das instituições, sem possibilidade concreta de mobilidade de emprego no Território Nacional além de perceber os mais baixos salários do conjunto de trabalhadores do setor e de não terem um plano de carreira profissional.

Frente ao contingente de trabalhadores apontado, às características das habilitações profissionalizantes e à legislação do exercício profissional em vigência é fundamental buscar estratégias que possam dar respostas factíveis para toda a problemática exposta. Como afastar do serviço 150.000 trabalhadores para um longo período de formação? Que instituições escolares profissionalizantes estariam em condições de assumir esta tarefa?

Considerando as condições atuais dos serviços de saúde cada vez mais pressionado a dar respostas à população torna-se inviável pensar no afastamento a curto prazo desse contingente de profissionais e mesmo que fosse possível, o sistema de educação não possui Instituições Escolares em número e qualidade suficientes para atender esta demanda com a competência necessária. As instituições escolares que oferecem ensino regular profissionalizante não apresentam em geral condições de ensino adequadas, há insuficiência de docentes, campo de prática e material didático. A alternativa do ensino supletivo, via exame de suplência profissionalizante, tem demonstrado na prática dois

problemas: o primeiro refere-se ao baixo índice de aprovação nos exames, em decorrência das características do exame e de falta de preparo científico e técnico dos postulantes. Segundo, aqueles que logram aprovação, não apresentam na prática, nenhuma alteração em sua performance, estando portanto, habilitados mas não qualificados. Além disso, o trabalhador na maioria das vezes tem que financiar, à custa de seus baixos salários, os cursos preparatórios altamente questionáveis, para o exame.

Dessa forma, pode-se concluir que a estratégia a ser definida, deve superar a proposta de ensino regular e do exame de suplência profissionalizante.

Desde a década passada, essa categoria vem manifestando o interesse em receber habilitação específica para conquistar sua legitimidade social e o reconhecimento institucional.

A habilitação profissionalizante é um processo de formação em que o indivíduo percorre um currículo aprovado pelos Conselhos Federal e Estadual de Educação (CFE e CEE), e é executado por uma Instituição de ensino previamente autorizado pelo sistema de educação. Na área de enfermagem estão aprovadas pelo CFE as seguintes habilitações profissionais: técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e visitador sanitário.

Técnico de Enfermagem é uma habilitação plena de 2º grau onde o aluno percorre um currículo composto do núcleo comum aprovado pelo Parecer CFE nº 853/71 e dos mínimos profissionalizantes determinados pela Resolução CFE nº 07/77. Neste caso, o aluno recebe o diploma de técnico.

Auxiliar de enfermagem é uma habilitação parcial de 2º grau, derivada do técnico de enfermagem, onde o aluno cursa as mesmas disciplinas obrigatórias pelo Parecer CFE nº 853/71 e Resolução CFE nº 07/77.

Visitador sanitário é habilitação parcial de 2º grau, também derivada do técnico de enfermagem, onde o aluno cumpre o determinado pelo parecer CFE 853/71 e os mínimos profissionalizantes da habilitação plena, ajustados ao perfil profissional voltado para o campo de atuação em saúde pública.

Em ambos os casos, para o Auxiliar de Enfermagem e Visitador Sanitário são conferidos certificados.

A habilitação plena do Técnico de Enfermagem difere das habilitações parciais de Auxiliar de Enfermagem e Visitador Sanitário pelo nível de aprofundamento de estudos e carga horária.

Estas habilitações podem ser oferecidas tanto pelo ensino regular como pelo supletivo, sendo, cada uma dessas modalidades de ensino, regidas por legislação específica.

Excepcionalmente, a área de enfermagem teve aprovação do Conselho Federal de Educação, através da resolução CFE nº 08/77 e Parecer CFE nº 184/83, para oferecer cursos de Auxiliar de Enfermagem e Visitador Sanitário também a nível de 1º grau.

O currículo do técnico de enfermagem abrange co-

nhcimentos, habilidades e destrezas no âmbito dos processos tecnológicos hospitalares e de saúde pública, enquanto, o currículo do auxiliar de enfermagem centra-se nos processos tecnológicos do cuidado de enfermagem hospitalar; o do visitador sanitário centra-se no processo tecnológico no âmbito das atividades de saúde pública, ou seja, aquelas dirigidas às unidades ambulatoriais com extensão para a comunidade.

Conseqüentemente, o técnico de enfermagem está habilitado para trabalhar em ambas as áreas de atuação de enfermagem - hospitalar e de saúde pública, enquanto, o auxiliar de enfermagem só está habilitado para a área hospitalar e o visitador para a área de saúde pública.

Diante dessa perplexidade, como definir uma estratégia capaz de recuperar a lacuna de educação geral e profissionalizante, de um grupo cujo acesso à educação foi negado histórica e socialmente?

Há que se pensar em uma estratégia que, sem afastar o trabalhador do serviço, considere por um lado, o seu ambiente de trabalho como locus de aprendizagem que propicie a sistematização e integralização dos conhecimentos e a aquisição de habilidades e destrezas requeridas pelo seu perfil profissional. Por outro lado, em se tratando de clientela heterogênea em termos de experiência e nível de escolaridade e, em alguns casos especialmente dispersa é fundamental que o currículo e metodologia propostos dêem resposta ao ritmo de aprendizagem do aluno.

A legislação brasileira através do parecer CFE nº 699/72 que define a modalidade de ensino supletivo, isto é, educação de adultos, tem em uma de suas funções, QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL - a resposta para essa questão em termos quantitativos e qualitativos.

Uma vez superada a questão da qualificação profissional, torna-se imperativo enquadrar esses trabalhadores em planos de cargos e salários e somente dessa forma pode-se concluir o processo de profissionalização. Os planos de cargos e salários das instituições necessitam de ajustamentos, de modo a contemplar essas habilitações da área de enfermagem.

Pode-se concluir pelo exposto, que a profissionalização de trabalhadores de enfermagem sem qualificação específica é uma questão complexa. A definição da estratégia de superação é legal e tecnicamente factível, entretanto, a sua viabilidade depende essencialmente do envolvimento institucional na condução do processo de profissionalização e de pressão das entidades de classe da sociedade civil nessa direção.

As instituições de saúde, as quais empregaram esse contingente de trabalhadores frente ao movimento da reforma sanitária, além de terem o dever de desenvolver seus recursos humanos, dispõem de condições objetivas tais como, serviços e instrutores/supervisores, dentre outros para realizar este projeto.

As entidades de classe como instituições da sociedade civil, vigilantes dos direitos dos trabalhadores e

da qualidade da assistência prestada ao usuário, não pode se omitir da condução política desse projeto arbitrando no sentido de apoiar a definição urgente da política institucional.

Este projeto de profissionalização para os trabalhadores sem qualificação específica não pode ser pensado isoladamente, faz-se necessário remeter à questão da assistência de enfermagem como um todo. Nesse sentido, os programas de graduação e pós-graduação devem ser objetos de uma política que reorienta a enfermagem em sua totalidade para dar as respostas ao movimento da reforma sanitária.

3. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DAS ENTIDADES DE CLASSE DE ENFERMAGEM

Para a condução deste projeto, em primeira instância, são necessárias articulações entre as diversas entidades a fim de encaminhar as seguintes questões:

- Discussão do documento e definição de uma carta concensual programática e de princípios organizativos para o projeto de profissionalização.
- Criar um mecanismo de coordenação nacional e estadual.

Como sugestão apresentam-se alguns objetivos programáticos e princípios organizativos.

Objetivos Programáticos:

- Criar condições para que a ABEn, UNATE, ABEE, COFEn, todos os sindicatos da área e associações similares atuem articuladamente.
- Discutir e refletir sistematicamente a proposta de profissionalização de modo a criar uma base concensual para a ação.
- Buscar o apoio de outras entidades da área de saúde tais como ABRASCO, CEBES, associações e sindicatos de outros grupos profissionais assim como partidos políticos democráticos.
- Colaborar com o levantamento da clientela desse projeto por estados, municípios e instituições.

Princípios de Organização:

- Respeito ao pluralismo político-ideológico.

A profissionalização é uma questão supra partidária, cuja essência é a democratização da qualificação profissional de classes populares e portanto, é fundamental considerar o pluralismo da representatividade dos grupos de coordenação. O consenso deve ser alcançado tomando por base a relevância desse projeto para a população e os trabalhadores.

- Manutenção da Unicidade.

A intervenção política que supõe pressão e negociação requer unidade de modo a evitar fracionamentos e perda de força política. Faz-se mister para tanto, a disciplina, a coordenação e a articulação que só ocorrem em clima de diálogo democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *A "nova" lei do exercício profissional da Enfermagem*. Brasília, 1987.
2. BRASIL. leis, decretos, etc. *Legislação e normas do ensino de 2º grau*. Brasília, MEC/SEPS, 1979-1980 e 1981, 3v.
3. _____. *Legislação do ensino supletivo*. Brasília, MEC, Departamento de Documentação e Legislação, 1978.
4. _____. *Legislação brasileira do ensino de 2º grau*. Coletânea de Atos Federais. 2. ed. Brasília, MEC/SEPS, 1979.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Recursos Humanos para os serviços básicos de saúde*. Brasília, 1982.
6. BRASIL. Ministério de Previdência e Assistência Social. *Programa de formação de pessoal de médio e elementar*. Rio de Janeiro, 1987.
7. COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA, *Documentos III*, Rio de Janeiro, 1987.
8. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. *Anais...* Brasília, Centro de Documentação Ministério da Saúde, 1987.
9. NOGUEIRA, Roberto Passos. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983*. Brasília, OPS - Acordo MS/MPAS/MEC/MCT, 1986.
10. SCHUCH, Victor Francisco. *Educação no Brasil*. Legislação mínima. 2. ed. Porto Alegre, Sulina, 1976.
11. XAVIER, Iara de M. et alii. Subsídios para a conceituação da assistência de Enfermagem rumo a reforma sanitária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 40(2/3):177-80, abr./set. 1987.