

## INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL: ABORDAGEM CONCEITUAL

Maria Azuma Rodrigues\*\*

RODRIGUES, M.A. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 27, n.1, p.15-24, abr. 1993.

*Descreve-se a origem da medicina comunitária, a sua difusão e o surgimento de Programa de Integração Docente-Assistenciais - PIDA. Procura-se reconhecer os conceitos fundamentais que identificam a IDA como uma proposta de integração e serviço.*

UNITERMOS: Integração docente-assistencial e Medicina Comunitária.

A origem conceitual da integração docente-assistencial está estreitamente ligada à difusão da medicina comunitária.

Nos países europeus, a expressão "medicina comunitária" é utilizada onde prevalece a medicina estatal e socializada, indicando a saúde pública avançada que necessita dos conhecimentos de disciplinas como sociologia, ecologia, psicologia, etc. Alguns vêem a medicina comunitária como a realização de medicina integral, onde as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde são realizadas por uma equipe multidisciplinar.<sup>17,18</sup>

A medicina comunitária originou-se nos Estados Unidos, na década de 60, identificando-se com os propósitos dos Programas de Ação Comunitária destinados às populações pobres, urbanas e rurais, e seguindo a orientação da prática social que responde às tensões sociais surgidas com os movimentos dos direitos civis e conflitos sociais.<sup>10</sup> Ela atende às necessidades de saúde dos grupos sociais e é executada por agências voluntárias ou organismos estatais, preenchendo os vazios deixados pela medicina de empresa, a pública ou a articulada às escolas médicas.<sup>17</sup>

Tem como características principais<sup>17</sup>:

- desenvolver-se como trabalho multiinstitucional e multiprofissional;
- apoiar o desenvolvimento de formas simplificadas de atendimento comunitário;
- incluir a participação comunitária no planejamento, execução e administração;
- buscar expansão da rede de serviços, principalmente a extensão da cobertura; e

---

\* Parte da Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, 1986.

\*\* Enfermeira. Assistente do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. COREN-SP 9709.

- buscar a mobilização dos recursos locais e a utilização racional dos recursos disponíveis da medicina institucionalizada.

Com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), na década de 70, propaga-se para a América Latina, como prática alternativa paralela à organização dominante de assistência médica.<sup>10</sup>

No Brasil, difunde-se, inicialmente nas universidades, originando alguns projetos-piloto, financiados por fundações estrangeiras, tais como: Rockefeller, Kellogg e Ford<sup>5</sup>, tendo como objetivo principal estender a cobertura assistencial à saúde e, secundariamente, a formação de recursos humanos.

Nesse processo de transposição, os programas de medicina comunitária perdem algumas de suas particularidades originais, principalmente aquele caráter restrito de atuação. Diferencia-se pela extensão do universo a ser trabalhado. Assim, de um programa complementar passa a constituir programas de extensão da cobertura de caráter mais amplo<sup>20</sup>, que são incorporados pelos organismos oficiais como o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Afirma MENDES<sup>14</sup> que os elementos estruturais da medicina comunitária, na dinâmica de sua interação, determinam a configuração teórica e operacional desse paradigma.

A finalidade é racionalizadora, "exclui o ambiente mediato no processo saúde-doença, onde se dá a sua determinação social, e incorpora à sua prática o ambiente imediato, procurando atuar nele, principalmente, através de ações simplificadas."<sup>14</sup>

No processo de adaptação, agrega-se às linhas gerais da proposta "a idéia de racionalização, que supõe, em quase todas as propostas de saúde comunitária transplantadas, fundamentalmente, uma redivisão administrativa, a regionalização segundo um critério de cobertura, e a hierarquização das ações em níveis de complexidade crescente"<sup>3</sup>. A organização institucional introduz a lógica do funcionamento do sistema econômico, critérios objetivos de decisão, análise do custo-benefício, controle da produtividade e uma política racional de investimentos.

Como variante dos programas de extensão da cobertura, aquelas experiências-piloto, principalmente de natureza acadêmica, isoladas, constituem os Programas IDA, ao lado de outros que estão sendo desenvolvidos baseados no modelo teórico de medicina comunitária.

### **Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA)**

Os programas IDA, sempre apoiados no ensino universitário, mantêm as características da medicina comunitária, inclusive no sentido de dirigir as

ações assistenciais para grupos populacionais limitados em áreas rurais ou urbanas e, especialmente, metropolitanas.<sup>8,19</sup>

Mediante a aplicação da política de extensão da cobertura, no Brasil, foram implantados em regiões extensas, programas de iniciativa estatal, baseados no conteúdo e forma organizacional da medicina comunitária, abrangendo principalmente áreas rurais. Para operar estes sistemas ficou evidente a necessidade de se preparar novos tipos de recursos humanos, em quantidade e em curto espaço de tempo<sup>19</sup>, de forma a suprir a insuficiência ou inadequação técnica dos profissionais existentes.

Estes programas surgem a partir de 1974, com o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas Gerais<sup>16,22</sup>; em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PI-ASS)<sup>20</sup>, cobrindo a região nordeste do país.

Na área de preparação de recursos humanos, em convênio com a OPAS, os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura criaram em 1975 o Programa de Preparação Estratégia de Pessoal de Saúde (PPREPS)<sup>13</sup>. O principal programa de extensão da cobertura com o qual a PPREPS cooperou foi o PIASS.<sup>13</sup> O PPREPS teve três objetivos principais:<sup>13</sup>

- preparar o pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar para suprir os déficits existentes e previstos, incluindo a educação continuada dos quadros existentes;
- apoiar a constituição, implantação e funcionamento das regiões docente-assistenciais e criar mecanismos de articulação e integração estrutural e funcional entre os sistemas de saúde e educação; e
- apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, integrados no planejamento setorial de cada Estado, mediante ações complementares e instrumentais.

Uma relação dos projetos que, a partir de 1970, estiveram ou estão sendo desenvolvidos na América Latina e no Caribe, é apresentada por CHAVES<sup>8</sup>, em 1982. Nesta relação constam 23 Universidades e 2 Fundações brasileiras. Apesar de ser parcial, pois se refere apenas àqueles que receberam a colaboração direta ou indireta da Fundação Kellogg, mostra o grau de adesão das universidades brasileiras ao movimento IDA.

Um dos projetos do PPREPS, que também recebeu colaboração da Fundação Kellogg, foi o de Tecnologia e Desenvolvimento Educacional, para apoio ao desenvolvimento dos projetos docente-assistenciais, realizado pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde e o Centro Latino-americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/CLATES), mantidos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e OPAS<sup>8,13</sup>. O NUTES/CLATES é considerado um centro de movimento de modernização pedagógica, que traz como parte integrante o desenvolvimento da tecnologia instrucional.<sup>18</sup>

O IDA pode ser conceituado como "...reunião de esforços em um processo de crescente articulação, entre instituições de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino"<sup>11</sup>.

Segundo MENDES<sup>14</sup>, foram criados dois projetos pedagógicos baseados na concepção de medicina comunitária: o NUTES/CLATES e o IDA. O NUTES/CLATES contribui apresentando efeitos modernizantes no processo de ensino, sem implicar na mudança educacional real. Parte da hipótese de que os problemas educacionais são de natureza metodológica e a sua preocupação é a eficiência e a produtividade no ensino. O IDA, da forma como foi incorporado pelas escolas, em geral pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, não afetou a entidade educacional como um todo, tornando-se um projeto de valor limitado porque se localizava num departamento, constituindo uma extensão do curso em ambientes extramurais, paralela ao curso intramural. O autor considera que o IDA não pode continuar como um segmento dual com o do ensino de medicina científica tradicional. Reconhece também que essa proposta não se realiza aprioristicamente, mas é recriada constantemente num processo de entrelaçamento de interesses, de formas de influências e pressões políticas. Considera, ainda, que o processo pode configurar num processo de transição em busca de uma real integração de docência e serviço.

Seus programas definem normas para adequar e estender a rede de serviços de saúde como modelo de prestação de assistência, de ensino e de pesquisa.

Neste sentido, os serviços de saúde passam a ser utilizados como campo de prática e ensino, com o objetivo de formar recursos humanos para prestação de melhores serviços, significando um compromisso compartilhado entre instituições formadoras e utilizadoras. Quanto à pesquisa, tradicionalmente restrita ao ambiente acadêmico, passa a ter participação do pessoal de serviço de saúde. Dessa forma, a apropriação e divulgação do conhecimento produzido beneficia os profissionais que fazem parte do processo<sup>11</sup>.

A partir da estruturação da prática de medicina comunitária, o modelo de educação em saúde terá, entre seus elementos, a mudança das funções educacionais, com docência, serviço e pesquisa, totalmente integrados<sup>14</sup>.

Para a concretização dessa mudança, MENDES<sup>14</sup> parte do princípio de que é necessária a reformulação do conceito do pesquisador e do locus de pesquisa. Tradicionalmente, o pesquisador é aquele "expert" de alto nível de conhecimento que trabalha em institutos ou universidades e tem o apoio de equipamentos de alta densidade de capital. O limite de espaço de produção de pesquisas deve ser ampliado, abrangendo também os serviços e desmistificando o trabalho científico. Este deverá ser desenvolvido por trabalhadores de

quaisquer níveis e não somente por pequeno grupo de cientistas. Para que esta situação se torne realidade, toda a equipe de saúde deve ter um preparo básico em pesquisa científica.

A articulação docente-assistencial pode se dar "em três graus de intimidade no relacionamento: a cooperação, a coordenação e a integração. A cooperação seria o grau menor, em que o serviço cede ou permite o uso deste ou daquele hospital, desta ou daquela unidade, para este ou aquele fim, em resposta a pedidos específicos. A coordenação representa um grau intermediário, em que cada instituição mantém a sua identidade própria, as suas responsabilidades, e as duas entram em acordo sobre atividades a serem desenvolvidas colaborativa e continuamente na área. A integração é um passo além; implica em comando único,...ou transferência de responsabilidade de uma instituição para outra...; a forma que mais atende às necessidades das instituições participantes e da sociedade é a coordenação."<sup>8</sup>

Recomenda-se que o relacionamento entre as instituições participantes ocorra sob a forma de coordenação ou integração, não se limitando à simples utilização do serviço, competindo às escolas proporcionarem, além da educação formal, o exercício permanente de ensino de forma continuada na prática, constituindo uma interação permanente dos dois sistemas e de suas responsabilidades<sup>16</sup>.

Nos hospitais de ensino, a aprendizagem fica restrita à unidade hospitalar e ao mesmo profissional, faltando a integração inter-profissional; a tendência desses hospitais, de estenderem o campo de ação a uma atuação comunitária com benefícios para a população de uma área programática pré-determinada, é recente<sup>8</sup>. As universidades há muito tempo utilizam os serviços locais de saúde cedidos cooperativamente, sem reconhecimento oficial por parte das instituições, por um período de tempo determinado, para a prática de assistência, sem muita preocupação em aproximar a formação dos profissionais de uma realidade sócio-sanitária mais objetiva<sup>19</sup>, mantendo um distanciamento entre o ensino acadêmico e a realidade da prestação de assistência. O objetivo do IDA, seja a nível de graduação ou de pós-graduação, é adequar a formação dos profissionais às reais necessidades da saúde da população. Por meio de contato de profissionais e técnicos de saúde com alunos e docentes, promove o aperfeiçoamento dos padrões de assistência das unidades envolvidas, ampliando a capacidade de cobertura desses serviços.<sup>9</sup>

Apesar de alguns projetos objetivarem, principalmente, a formação de médicos generalistas, é enfatizado o trabalho interdisciplinar, com constituição de equipes multiprofissionais de composições diferentes, não se restringindo a determinadas categorias profissionais e que seja efetivado em todos os níveis de formação e de todos os níveis do sistema de prestação de serviços<sup>8,9,16</sup>.

A proposta IDA apresenta duas dimensões muito discutidas: a racionalizadora e a inovadora.

Como é tradição das escolas deter recursos e instalações - laboratórios, hospitais e unidades de saúde - próprios, duplicando, onerando e limitando a capacidade de expansão do ensino, o IDA seria a racionalidade requerida para diminuir os custos de ensino da área de saúde e dar um papel mais utilitarista e imediatista à escola. A integração serviço e ensino é, na proposta original, uma proposta eminentemente racionalizadora de custos, e portanto propulsora de extensão da cobertura às populações a preços mais acessíveis. Essa dimensão é realçada por CHAVES<sup>8</sup> quando coloca que "...a nossa responsabilidade é a de participar em sua orientação com vistas à racionalização do sistema, otimizando-o sob o ponto de vista do custo-benefício, dentro do atual 'estado da arte' e dos recursos disponíveis".

O papel inovador é conferido ao IDA, por CHAVES<sup>8</sup>, da seguinte forma: "estimularmos o desenvolvimento sincrônico de dois processos: o de modernização administrativa do setor saúde e o de inovação educacional na área das profissões de saúde"<sup>7</sup>; "a área docente-assistencial é uma área singular, em que podem ser testadas... duas propostas de mudança: a de um 'modelo de serviço' e a de um 'modelo de ensino', ambas com um potencial de influência recíproca,..."; e "a relação docente-assistencial é uma relação dialética, havendo momentos em que o agente de mudança é o serviço, que retroalimenta mudanças curriculares, e outros momentos em que se adianta o ensino,..., induzindo a mudança nos serviços por seus achados, demonstrações e trabalho na área"<sup>8</sup>.

O documento do MEC<sup>16</sup> questiona a pretensão dos programas IDA de atuarem como agentes transformadores da realidade e classifica-os como extensão de ensino em ambiente extramural da escola. Segundo o mesmo, a reformulação dos currículos "deve ser construída por um pensamento crítico-dialético em face à realidade da prática".

Os fatores que determinam a formação de recursos humanos em saúde são amplamente discutidos no trabalho de RODRIGUES NETO<sup>19</sup>. ABATH<sup>1</sup>, baseado em vários autores, chega à conclusão de que o mercado de trabalho e as pressões econômicas reinantes no mercado é que exercem a função hegemônica e norteadora na formação de recursos humanos.

Os instrumentos que efetivam a integração institucional podem ser acordos ou convênios<sup>9,16</sup>, que explicitam os objetivos e as funções de cada instituição. São complementados por planos de ação conjunta para melhor articulação entre os responsáveis pelas atividades docentes e de assistência<sup>6</sup>. Os critérios para a forma de relacionamento devem ser estabelecidos por

---

\* 5,20% da Proposta Orçamentária do Ministério da Educação e Cultura (MEC), para o ano de 1986, é destinada à Residência Médica e Hospitais Universitários.

comissões conjuntas confrontando o desempenho real com a assistência ideal pretendida, programas de educação continuada e outros.<sup>11</sup>

A forma padrão de participação de cada instituição e as funções integradas são especificadas a seguir:<sup>6</sup>

A Universidade deve participar em dois níveis:

- a nível de sistema como um todo, em sua organização, planejamento, apoio técnico e avaliação; e
- a nível das práticas ou da prestação de serviços, em supervisão, capacitação permanente e realização eventual dos serviços.

Os serviços de saúde assumem uma responsabilidade concreta em relação às atividades de ensino, particularmente por meio de:

- provisão de campo de prática real, em todos os níveis de complexidade e no contexto das realidades sociais da região;
- orientação do aprendiz no exercício de uma prática geral;
- definição das necessidades e, em função delas, das características dos recursos humanos necessários, que servirão de base ao planejamento educacional das entidades de ensino; e
- desempenho de papel complementar no planejamento educacional e na formação direta de recursos humanos (elementar e médio).

Ambos os setores Educação e Saúde, de forma integrada e cooperativa, desenvolvem as seguintes funções:

- identificação de necessidades de saúde, organização e desenvolvimento dos serviços;
- identificação de necessidades de recursos humanos (quantidade e qualidade);
- planejamento educacional, programação de ensino e a preparação desses recursos; e
- atualização e reciclagem de pessoal através de programas de educação continuada.

No Seminário Subregional sobre IDA em Saúde, realizado na Colômbia (1983), foi recomendado que:

- os docentes das universidades façam parte integrante da estrutura administrativa e assistencial dos serviços de saúde; e
- os profissionais de serviço que desempenham função docente sejam reconhecidos no escalão acadêmico, tenham acesso aos privilégios que beneficiam os docentes e participem dos comitês acadêmicos<sup>12</sup>.

No Brasil, operacionaliza-se o IDA integrando as escolas aos pequenos sistemas regionalizados de assistência primária e secundária, tendo como referência especializada no nível terciário o hospital universitário<sup>8,9</sup>. Quase todos os programas trazem junto as noções de assistência primária à saúde, a

regionalização docente-assistencial e a hierarquização dos serviços de saúde. O programa procura a coordenação das instituições que prestam serviços no setor saúde baseando-se na Lei nº 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, dando ênfase à execução efetiva local da Política Nacional de Saúde<sup>9,16,19</sup>.

A viabilidade destes projetos depende das modificações conceituais, estruturais, estratégicas e operacionais profundas da Universidade, assim como da adaptação ou criação da infraestrutura assistencial, como pode ser observado nas experiências do norte de Minas Gerais e de Londrina, no Paraná, descritos por STRALEN<sup>22</sup> e ALMEIDA<sup>2</sup>, respectivamente. O ensino profissional, na área de saúde, está condicionado à existência de bons serviços assistenciais.

BARBOSA<sup>4</sup>, partindo da consideração de que existe maior ênfase dada pelo governo para o setor educação, dotando-o de maiores recursos e, em face das tendências da modificação no sistema atual de ensino, compara a situação do ensino tradicional com a do IDA. Tece vários comentários e dentre eles destacam-se:

- a integração é examinada "sob o ângulo sociológico com implicações de ordem política e social";
- as grandes divisões didáticas deverão ser aquelas que correspondam aos níveis de assistência à saúde, em equipes interprofissionais, da menor para a maior complexidade;
- os currículos deverão ser flexíveis e dinâmicos e os conteúdos desenvolvidos em torno das vivências práticas;
- o Distrito Docente-Assistencial será o "substrato físico funcional-administrativo do processo educacional";
- a educação continuada será "uma função permanente que se deverá cumprir no exercício da prática real, específica de saúde ou social";
- "a educação deve projetar-se para o futuro, comprometida com a atividade social, aceitando os 'serviços' em seu sentido mais abrangente, atendendo aos interesses, às aspirações e aos anseios da sociedade";
- reclassificar todas as profissões de saúde, implicando isso no conhecimento das tarefas que são desenvolvidas pelos atuais profissionais;
- levantar os tipos de profissionais necessários com os novos perfis profissionais;
- propugnar mudanças estruturais e não apenas instrumentais;
- os profissionais, dentro de seu nível de competência, devem estar comprometidos com a praxis social coletiva em seu sentido mais amplo, etc.

Das dificuldades enfrentadas menciona o fato de hospitais universitários, que são melhores equipados e servidos, serem deficientes e deficitários e funcionarem geralmente sem nenhum relacionamento efetivo e, muito menos



afetivo, com o sistema local de saúde. Lamenta a duração efêmera dos programas inovadores por "falta de compreensão e estímulo das universidades onde foram implantados" e outros "sem comprometimento institucional".

O IDA como extensionismo é apontado por vários autores<sup>4,15,20,21</sup>. É um projeto de reforma dos serviços. SALGADO<sup>21</sup> recomenda cautela em adotar um compromisso que a instituição não possa sustentar. Neste particular, externa sua preocupação quanto aos serviços arcarem com a responsabilidade pedagógica. Relata a experiência de Minas Gerais, onde o Programa de Regionalização Docente-Assistencial é estendido para todas as profissões de saúde, apoiado na integração da Secretária de Saúde com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e outras escolas. Nestas condições, o autor expressa uma perspectiva de consolidar-se como uma vanguarda nas experiências do IDA.

Cabe ressaltar, finalmente, que embora atualmente o movimento IDA integre muitas escolas de odontologia, nutrição, enfermagem e outras, a adesão inicial foi das escolas médicas, principalmente através dos Departamentos de Medicina Social e Preventiva, para formação de estudantes em regime de internato e médicos residentes na área de Saúde Coletiva.

RODRIGUES, M.A. Teaching-caring: fundamental concepts. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v.27, n.1, p. 15-24, apr. 1993.

*The author describes the origin of community medicine, its diffusion and the source of Teaching-Caring Integration Programs. Besides this, she points out the fundamental concepts that identify the Teaching-Caring Integration as an of teaching - service integration.*

UNITERMS: Teaching care integration. Community medicine.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABATH, G.M. Medicina geral comunitária no Brasil. *Rev.Bras.Educ.Méd.* v.8, n.3, p. 166-76, 1984.
2. ALMEIDA, M.J. de Organização de serviços de saúde a nível local: registro de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social do Centro Brasileiro da UERJ.
3. ALMEIDA FILHO, N. de O que é razão na racionalidade do planejamento de saúde? *Rev.Baiana Saúde Públ.* v.8, n.3/4, p. 65-76, 1981.
4. BARBOSA, F.S. Explicando integração docente-assistencial no contexto de mudanças da escola médica. *Rev.Bras.Educ.Méd.*, v.9, n.2, p. 105-11, 1985.
5. BOHADANA, E. Experiências de participação popular nas ações de saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Saúde e trabalho no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1982. p. 107-28.

6. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Programa de integração docente-assistencial - IDA. Brasília. MEC/Secretaria de Ensino Superior, 1981. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, nº 03).
7. CHAVES, M.M. Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. /Apresentado no Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro, Programa Nacional de Treinamento de Executivos, 1975 - mimeografado/
8. CHAVES, M.M. Saúde: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
9. COUTINHO, A. Integração docente-assistencial: uma experiência na Universidade Federal de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17º, Poços de Caldas, 1979. Anais. Rio de Janeiro, ABEn, 1981. p. 67-83.
10. DONNANGELO.M.C.F.; PEREIRA, L. Saúde e sociedade. 2.ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
11. INTEGRAÇÃO docente-assistencial: notícias. Rev.Bras.Educ.Méd., v.6, n.3, p. 189-95, 1982.
12. INTEGRACION docente-assistencial em matéria de salud; notícias. Educ.Méd.Salud, v.18, n.2, p. 214-6, 1984.
13. MACEDO, C.G. de et al. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Antologia de experiências em servicio y docencia en enfermería en América Latina. Washington, OPAS, 1980. p. 141-53. (Publ.cient. n.393).
14. MENDES, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG, 1984.
15. \_\_\_\_\_. As ações integradas de saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte, Secretaria da Saúde, 1985/Mimeografado./
16. MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas: relatório da 1ª reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, Belo Horizonte, 1976.
17. PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. Saúde Deb., n.1, p. 9-12, 1976.
18. \_\_\_\_\_. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. Saúde Deb., n.11, p. 56-9, 1981.
19. RODRIGUES NETO, E. Integração docente-assistencial em saúde. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
20. ROSAS, E.J. A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS, análise de uma experiência. Brasília, 1981. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
21. SALGADO, J.A. A integração docente-assistencial tem de realizar o que prega: fazer antes e teorizar depois, é a experiência de Minas. Inf.PAPPS, v.3, n.1, p. 4-6, 1985.
22. STRALEN, C.J.van A capitalização do campo e as políticas de saúde: o caso do norte de Minas. Belo Horizonte, Fundação do Desenvolvimento da Pesquisa/Centro Regional de Saúde de Montes Claros, 1980.