

## Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde

Physician training, university hospitals, and the Unified Health System in Brazil

Gastão Wagner de Sousa Campos <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Unicamp, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP 13083-040, Brasil. gastao@mpc.com.br

**Abstract** *There are 80 medical schools in Brazil, of which 14 were selected for this study based on their regional distribution and representative characteristics. A survey in 1995 showed a heavy concentration (86%) of in-house practical training in major university hospitals. Only 14% of the hands-on training of students occurred in primary health or community-based clinics or other services related to the nationwide Unified Health System (SUS). University hospitals have been organized according to the specialized ward model, with extensive fragmentation of health care. This article makes several proposals for improving medical training. Changes in medical care are considered crucial to improvement of physician training. Reforms in medical care in such hospitals would be more important than reformulating the medical school itself. A move towards other health care services is recommended; more time devoted to teaching in primary health care systems and other extramural services is crucial for achieving better physician responsibility and competence.*

**Key words** *Medical Education; Hospitals, University; Health System*

**Resumo** *Realizou-se levantamento em 14 faculdades de medicina, selecionadas entre as 80 existentes em 1995, objetivando-se esclarecer em que modalidades de serviço de saúde ocorreria a formação de estudantes de medicina. Encontrou-se que 86% do treinamento prático se passavam em Hospitais Universitários e que apenas 14% ocorriam em centros de saúde, hospital-dia ou programas de saúde pública. Analisou-se o perfil assistencial destes Hospitais, concluindo-se que estão estruturados segundo a lógica de hospitais especializados voltados para a atenção de problemas de maior complexidade, embora praticassem variedade mais ampla de procedimentos. Partindo-se do pressuposto de que a principal qualidade dos médicos deveria ser sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que implicaria sua competência para realizar o que se denominou de clínica ampliada (saber e prática que envolveriam aspectos biológicos, subjetivos e sociais), conclui-se pela inadequação do atual modelo de treinamento clínico. Recomenda-se que as Escolas deveriam integrar-se ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de co-gestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistencial.*

**Palavras-chave** *Educação Médica; Hospitais Universitários; Sistema de Saúde*

## Considerações metodológicas

Realizou-se estudo objetivando esclarecer em que modalidades de serviço de saúde ocorreria a formação dos alunos de medicina. Para isto foi selecionada uma amostra qualitativa (não-probabilística) entre a quase centena de Faculdades de Medicina (80 credenciadas pelo Ministério da Educação e Cultura) existentes no Brasil durante o ano de 1995.

Dois critérios dirigiram esta escolha: um primeiro, regional – que nenhuma região geográfica ficasse fora da pesquisa; e um segundo, inspirado na noção de tipo ideal, ou seja, foram eleitas escolas consideradas modelo pelas próprias instituições médicas.

Nestas instituições procedeu-se a levantamento da carga horária curricular transcorrida em cada uma das três classificações em que foram enquadrados os serviços onde ocorriam estágios práticos. A saber: a) serviços especializados vinculados a Hospital Universitário – ambulatórios, enfermarias, centros de diagnóstico ou de terapia, segundo quaisquer das especialidades médicas reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); b) serviços gerais vinculados a Hospitais Universitários, ou seja, todos espaços ligados diretamente às denominadas quatro especialidades raízes (Campos, 1997) ou básicas: clínica médica, cirurgia geral, pediatria e gineco-obstetrícia; e c) serviços extramuro, ou seja, todos aqueles externos à estrutura dos Hospitais Universitários, isto é, postos ou centros de saúde, hospitais-dia, equipes de saúde pública ou de internação domiciliar etc.

Esleu-se trabalhar com 14 faculdades públicas – 10 federais, faculdades ligadas às Universidades Federais dos estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Goiás, Pará, Ceará, Pernambuco, Bahia, Mato Grosso e a Escola Paulista de Medicina em São Paulo –; e 4 estaduais – Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual de São Paulo (Unesp) e da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em São Paulo, e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no Rio de Janeiro. Estudou-se a distribuição de estágios conforme a modalidade de serviço em que ocorreram durante o ano de 1995.

O resultado deste levantamento surpreendeu mais pela homogeneidade do que pela distribuição de frequência das diversas modalidades de estágio prático. Encontrou-se que 86% dos estágios práticos ocorriam em serviços pertencentes aos próprios Hospitais Universitários. Destes, 46% eram realizados em uma das

quatro áreas básicas ou raízes e 40% em unidades especializadas. Portanto, apenas 14% do treinamento se passavam em espaços externos às Faculdades (Campos, 1995).

## O intramuro das faculdades de medicina no Brasil

Se 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de Hospitais Universitários, são estes, pois, os espaços que compõem o denominado “interno” das faculdades. Durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro dos denominados Hospitais Universitários. Algumas escolas têm estágios em centros de saúde, ou em outras modalidades de serviços do SUS; mas, seguramente, pode-se afirmar que seu peso qualitativo e quantitativo (14% na amostra levantada) na composição curricular é pequeno.

Que lógica presidira a organização destes Hospitais Universitários? Que responsabilidades assistenciais estariam assumindo? E a que lógica assistencial obedeceriam? Enfim, que imaginário estariam conformando entre os futuros médicos?

Bem, embora haja sensíveis distinções entre as localidades, são serviços estruturados para atender casos complexos. Deveriam ocupar o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado, constituindo o nível terciário da atenção. Todos os 16 Hospitais Universitários pesquisados (vinculados às Universidades Federais ou Estaduais acima citadas) declaram esta missão em seus estatutos, ou regimentos ou atas de fundação.

Entretanto, confrontando-se este discurso com o perfil real da produção percebe-se a relevância destas unidades também no atendimento de casos simples ou de outros típicos do denominado nível secundário. A realidade, portanto, quase nunca está estritamente de acordo com esta racionalia dos planejadores e muitos destes hospitais têm funções muito mais amplas, realizando atendimentos de complexidade média ou até primária.

De qualquer maneira, a lógica que os estrutura é a da especialização, com todas as consequências daí decorrentes. Em primeiro lugar, sempre que possível, prioriza-se trabalhar com uma certa fase do processo saúde-doença, tendendo a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento; o que, progressivamente, iria dificultando ao aluno acompanhar tanto o comum prevalente em cada região, como a evolução inteira da maioria dos casos.

Para darem conta de sua missão, estes Hospitais estariam obrigados a operar com alta e velocidade incorporação de tecnologia e com importante grau de fragmentação do processo de trabalho entre dezenas de especialidades. Assim, quase todos estes Hospitais Universitários têm o mesmo desenho organizacional: estando divididos em tantos serviços quantas são as especialidades médicas, o que complica bastante qualquer integração do ensino clínico.

Sem dúvida, há diferenças importantes entre a quantidade de recursos investidos nestes vários hospitais conforme a região do país. Contudo, a lógica que os estrutura é a mesma. Um aparece como o modelo-ideal ao qual o outro pretenderia chegar um dia.

Estes serviços valorizam uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” e pouco cultivam aquela clínica trabalho-humano concentrada (Camargo, 1992; Campos, 1992; Schraiber, 1993).

Infelizmente, sabe-se que freqüentemente a utilização de onerosos arsenais diagnósticos e terapêuticos nem sempre implicam uma responsabilidade integral com a cura ou reabilitação dos pacientes (OPS, 1992; Banco Mundial, 1993). E isso vem ocorrendo, em parte, pelo excesso de demanda – um retorno a um ambulatório ou uma transferência de um paciente de um setor responsável por diagnósticos para outro encarregado de proceder cirurgias ou quimioterapias, por exemplo, pode demorar meses –; mas também pela fragmentação e desintegração do ato clínico.

Em quase todos estes serviços ocorre um enfraquecimento das equipes mais generalistas; pediatras, internistas ou cirurgiões são deslocadas por professores envolvidos com aspectos muito específicos da clínica. Em consequência, tanto o atendimento, quanto o ensino perdem seus eixos integradores, compartimentalizando-se em esferas privadas com pequena integração entre si. Em geral, o quarto ano de medicina transformou-se em um *pot-pourri* de mini-cursos, procedendo-se a uma divisão dos estágios entre dezenas de especialidades que pouco dialogam entre si. Além do mais, cada uma destas disciplinas estrutura-se segundo uma lógica inadequada. Ao estruturar cursos, estes professores-especialistas procedem como se todos os alunos fossem ser especialistas naquela área. A questão sobre o que um médico geral ou de qualquer outra especialidade necessitaria saber sobre o tema não é a lógica que preside a construção dos conteúdos dos estágios e da abordagem teórica. Cursos de psiquiatria ou de medicina preventiva, ou de hematologia, quase todos são estruturados para

formar especialistas em cada uma destas áreas: o que um médico pediatra, ou clínico necessitaria saber sobre psiquiatria, ou saúde pública, esta lógica não comanda a organização de estágios e do currículo.

O poder nestes Hospitais está também muito esfacelado. A ordenação universitária – por departamentos –, potencializada pela lógica médica de se organizar em dezenas de especialidades, acabam criando instituições difíceis de governar. Em geral, os superintendentes, ou diretores clínicos, ou até mesmo os dirigentes do SUS, todos podem pouco em relação aos serviços universitários. A fragmentação atinge tal grau que, em muitas localidades, vários destes departamentos se autonomizaram tão radicalmente que se transformaram em novos serviços, os famosos Institutos. Há exceção, mas em geral, esta autonomia excessiva não resulta necessariamente em progresso. Em alguns casos aproveitou-se esta liberdade para a livre invenção e para a criação de serviços com reconhecida excelência ética e técnica. Na maioria das situações, contudo, identifica-se uma tendência de progressivo descompromisso dos docentes com a assistência, com o ensino e com a pesquisa. Boa parte dos professores de medicina – falta levantamento franco sobre isso – tem dupla militância profissional, combinando atividades privadas com obrigações públicas. Ultimamente, o público estaria sendo relegado a segundo plano, de tal maneira que a assistência nestes Hospitais passou a ser realizada predominantemente por residentes; e o ensino diretamente supervisionado por professores, em consequência, tenderia a recuar para aulas expositivas ou discussões semanais de casos clínicos. Em regra geral, a convivência diária do professor com o aluno reduziu-se muito.

Algumas faculdades têm procurado reter professores mais tempo dentro dos espaços intramuros oferecendo-lhes a alternativa de trabalhar com pacientes particulares ou de convênios privados. Isto, que poderia até aliviar a situação econômica dos professores, não tem melhorado o ensino. Aos alunos de graduação, em geral, não se lhes permite “treinar” em pacientes “diferenciados”.

A conclusão que se pretende não é sobre a total inconveniência deste modelo organizacional. Ao contrário, o Brasil precisa de hospitais especializados. O que se advoga, sim, seria a inadequação destes hospitais para o ensino de graduação de medicina ou de enfermagem. São serviços ótimos para residência, pós-graduação e realização de pesquisa de ponta. Mas não estariam servindo para formar médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral.

Neste sentido, e somente neste sentido, ter-se-ia que proceder a um deslocamento dos espaços práticos de ensino. Como ensinar cirurgia geral, pediatria, clínica médica, psiquiatria e saúde pública em serviços estruturados para o atendimento especializado? Haveria que se formar profissionais de saúde, treinando-os também em centros de saúde, hospitais-dia, em domicílios, na comunidade, em escolas etc.

Esta constatação é velha, porém a demora em superá-la somente tem demonstrado, à náusea, a urgência em corrigi-la (Feurwerker, 1997). E, seria exatamente este o ponto de fracasso da maioria dos projetos reformadores do ensino médico. Como realizar este movimento, contudo, quando a maioria dos professores tem, cada vez mais, uma vocação e um tino sempre mais especializado. Onde estariam os professores de clínica? Os pediatras, que antes foram sobretudo pediatras e agora são cada vez mais pediatras em alguma coisa: cirurgiões infantis, neuropediatras, neonatólogos etc. Que pedaço da Saúde Coletiva ensinar aos futuros clínicos? E onde se meteram os sanitaristas, que agora somente se encontram epidemiólogos, especialistas em ambiente, em toxicologia, em saúde ocupacional ou administração? Que ator social poderia capitanear esta diáspora, este movimento de mudança do ensino de espaços altamente especializados para hospitais gerais, ambulatórios de cirurgia, centros de saúde, hospitais-dia, serviços de atenção domiciliar etc.? Como obrigar professores a ensinar de dentro da lógica de um saber transdisciplinar? Como constranger os solitários e arrogantes médicos especialistas a operar em equipes articuladas, centralmente, segundo o problema que pretendem resolver e, portanto, ensinar?

Em geral, em quase todo o país, estas modalidades "alternativas" de atenção, onde deveria ocorrer a maior parte do trabalho clínico e sanitário, estão sob responsabilidade dos sistemas municipais ou estaduais. As universidades, é importante insistir, gerenciam Hospitais Universitários, que, por sua vez, dispõem apenas de ambulatórios e enfermarias especializadas, e, em alguns casos, também contam com pronto-socorro. Concluindo, para deslocar o ensino até outras instâncias do SUS haveria que se sair do intramuros. Haveria que se desenvolver a maior parte do ensino de clínica, pediatria, gineco-obstetrícia e saúde pública, em centros de saúde e hospitais gerais. Como ensinar psiquiatria moderna sem acesso dos alunos a Hospitais-dia ou aos Centros de Apoio Psicossocial? Como ensinar cirurgia sem cirurgia ambulatorial? Como tratar diabetes sem

serviços com programas de atenção integral ao diabético, o que pressupõe equipe multidisciplinar, acesso a laboratórios, consultas individuais, trabalho de grupo etc., etc. Alguns Hospitais Universitários tentam compensar estes problemas desenvolvendo, no nível terciário, programas semelhantes, mas as dificuldades citadas limitam e dificultam o sucesso e a continuidade destes esforços bem intencionados.

O lógico, o mais acertado, estaria na expansão do espaço de ensino. Do predomínio do Hospital Universitário, na graduação, dever-se-ia caminhar para uma preponderância destes outros espaços durante a formação prática dos alunos de medicina, ou de enfermagem, ou de fisioterapia, ou de psicologia etc.

### De que médico necessitaria o sistema público de saúde?

Generalistas ou especialistas, esta discussão também é velha, contudo, ela não trata do essencial até mesmo porque ambos os tipos de profissionais são necessários ao SUS, desde que distribuídos em proporções equilibradas conforme necessidades sanitárias e disponibilidade de recursos.

O essencial seria discutir a capacidade de produzir saúde por parte dos médicos formados. São potentes para promover a saúde, ou seja, para prevenir, curar e reabilitar doenças? São capazes de se integrar a variados modelos de serviço, conforme variem as necessidades de saúde? Saberiam trabalhar em centros de saúde, hospitais gerais, em atenção domiciliar etc., utilizando-se do que houver de mais moderno, eficaz e acessível em tecnologias médicas e/ou sanitárias?

Entretanto, mesmo quando se fala de generalista não se deveria estar sempre pensando num certo padrão homogêneo de saberes. Se para pequenas localidades do interior se precisaria do velho profissional "faz-de-tudo", desde pré-natal a parto, cirurgia à visita domiciliar, curativo à prevenção; para a maior parte da população, que vive em conglomerados urbanos, necessitar-se-ia de serviços básicos (centros de saúde, policlínicas etc.), de hospitais, de serviços voltados para urgência, saúde mental, etc., com um número grande de "especialistas-gerais" (pediatras, clínicos, gineco-obstetras, cirurgiões gerais, psiquiatras e sanitaristas), todos apoiados por especialistas localizados em ambulatórios e hospitais terciários.

A crise contemporânea da clínica explica-se em grande parte pelo fato de tanto o ensino, quanto a assistência e a pesquisa terem se cen-

trando quase que exclusivamente na última modalidade de serviço acima citado.

Procede-se como se a especialização fosse toda a medicina, como se o atendimento especializado fosse toda a assistência. O resultado é uma crise de eficácia da clínica, somada, paradoxalmente, a uma outra crise denominada de custos crescentes – para mesmos resultados se gasta cada vez mais dinheiro, consultas, exames, etc. (Ribeiro, 1995).

Os desafios da formação médica estão, portanto, ligados aos desafios da assistência. O segredo para uma formação médica adequada estaria guardado junto com o segredo dos modos como se poderia reformar a clínica e a saúde pública. A reforma do ensino depende da reforma dos saberes e práticas que deveriam reorientar a clínica e a saúde pública.

A meta das Faculdades deveria ser formar médicos com alta capacidade de resolver problemas de saúde. Formar médicos com capacidade de se integrarem em equipes multiprofissionais, com capacidade para reconhecer a determinação, ao mesmo tempo, social, subjetiva e biológica dos processos saúde e doença, e uma vez realizado este reconhecimento, serem capazes de criar projetos terapêuticos que combinassem recursos destas três esferas conforme o caso e as possibilidades existentes. E, principalmente, formar médicos capacitados a construir vínculos e a assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação dos seus pacientes, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade apenas na realização, segundo certos preceitos, de certos procedimentos técnicos. Reformular a clínica, produzindo uma clínica ampliada – ampliação do campo de saberes, de responsabilidades e de práticas (Campos, 1992).

Ou seja, a recuperação da clínica depende da ampliação dos espaços onde foi sendo encerrada. As Faculdades, em geral, mantiveram-se afastadas deste esforço de resgate. Ao contrário, em muitos episódios, têm desqualificado esforços para reformular as práticas de controle de doenças crônicas ou de reabilitação em saúde mental. Há uma tendência na medicina de fechamento à saúde pública, alunos e professores subestimam a necessidade de incorporação destes saberes para o exercício de uma boa clínica. O mesmo acontece com a dimensão subjetiva. Os médicos foram progressivamente se desobrigando desta responsabilidade, em consequência perderam resolutividade e humanidade e prazer de trabalhar.

Inevitavelmente, portanto, haveria que se proceder a um deslocamento do eixo sobre o qual é realizada a formação de profissionais da

saúde: a maior parte do ensino de graduação não pode continuar encerrada nos especializados Hospitais Universitários.

### Pequenas indicações para integração docente-assistencial

Para que este deslocamento ocorresse de fato, haveria necessidade de as Escolas articularem-se com o SUS. Procurar municípios e serviços estaduais para realização de acordos e contratos, que permitissem a utilização de centros de saúde, hospitais-dia, ambulatórios, serviços de vigilância, etc., como campo permanente de estágio para os alunos.

Há aqui uma tradição ingênua passível de crítica. Alguns professores, honestamente envolvidos com estas experiências, têm defendido um naturalismo radical. O ensino deveria ocorrer nas mesmas e, em geral, precárias condições da maior parte dos serviços públicos. O objetivo seria propiciar ao aluno o contato com a miséria e com o social.

Em primeiro lugar, para conhecer a miséria não seria preciso sair dos Hospitais, bastaria dar um pulo ao pronto-socorro! E o social é ubíquo, está em todo lugar, até em cada um dos pacientes atendidos individualmente. Não seriam estes motivos suficientes para implantação de estágios extramuros.

A razão mais forte para justificar este movimento estaria em que não é possível formar bons clínicos, nem ensinar saúde pública, apenas em serviços altamente especializados.

Tendo em vista estes fatores, defende-se ainda que as Faculdades deveriam propor às instituições do SUS contratos de co-gestão, os quais propiciassem aos serviços conveniados algum benefício: entre outros, inclusive no financiamento, em geral, haveria que ocorrer certa melhoria das condições de trabalho nestas unidades da rede para que os objetivos de ensino pudessem ser alcançados. Um serviço integrado ao ensino precisaria de mais salas, tanto para atendimento (assegurar uma boa relação aluno/paciente), como para discussões e seminários didáticos.

Por que a co-gestão?

Os Hospitais Universitários têm grande autonomia de gestão. Talvez fosse conveniente maior grau de integração e articulação com o SUS, criando-se instâncias em que usuários e autoridades sanitárias regionais pudessem opinar.

Por outro lado, em relação a outros serviços da rede do SUS, as Faculdades tendem a não assumir nenhum compromisso. O que não é

bom, porque nem sempre os modelos de atenção dos serviços do SUS são os mais recomendáveis e as Escolas deveriam contar com certa autonomia para experimentar coisas novas sem abdicar de compromissos com o público. Além do mais, programas em co-gestão têm mais estabilidade, diminuindo os efeitos negativos da descontinuidade administrativa dos serviços públicos. E, por último, não há como negar, que uma unidade da rede, para funcionar como campo de estágio, sempre demandaria alguns reparos e reformas. Mais espaço para concentrar um número mínimo de alunos, senão nunca haveria professores suficientes etc.

Restaria discutir-se a viabilidade política, técnica e financeira deste movimento de mudança.

As maiores resistências contrárias a esta expansão seriam internas às Universidades. Prefeituras e governos estaduais teriam a ganhar com estes movimentos. Há problemas, neste lado também, sem dúvida. A co-gestão implicaria permanentes acertos e negociações e diminuiria a autonomia dos governos locais sobre pedaços do sistema de saúde. Mas os benefícios assistenciais seriam tamanhos que, em geral, os governos têm aceitado com relativa facilidade participar de projetos de integração docente-assistencial, até mesmo porque costuma haver melhoria da qualidade dos serviços conveniados.

Já quanto às Faculdades há inúmeras dificuldades. Os professores estariam muito presos à lógica dos serviços especializados e teriam resistência a sair dos Hospitais Universitários. Os alunos, em geral, estariam também encantados pela medicina dos aparatos em que o paciente é quase um insumo a mais. É-se obrigado a reconhecer nas Faculdades de Medicina uma das instituições mais estáveis do país. Tem sido muito difícil compor uma massa crítica de docentes e de alunos a favor de mudanças que as aproximassem do SUS. No máximo, têm-se

conseguido fazer esta aproximação quando há compromisso exclusivo com o papel de retaguarda especializada. Mas daí para as Escolas assumirem papel ativo na reformulação e criação de novos modelos de atenção há uma distância incrível. No entanto, há a crise. E a crise fala todo o tempo sobre necessidade de mudanças. Talvez esta insistência reiterativa possa propiciar mudança. Assim, ainda que parciais, há possibilidade de alterar os modos como se está ensinando medicina.

Concluindo, mais do que mudanças de grades curriculares, estar-se-ia necessitando de ampliar os espaços onde ocorre a formação clínica dos alunos. Conseguir articular teoria com prática, tanto nas disciplinas das preventivas como naquelas de várias outras cadeiras, e realizar estas alterações didáticas ao mesmo tempo em que fossem inventadas novas maneiras de assegurar atenção integral às pessoas. Além do modelo Hospital Universitário, agregar outros modelos de atenção no processo de formação: o dos centros de saúde, das equipes multidisciplinares, do trabalho comunitário e no domicílio, da recuperação do social e do subjetivo na clínica e, centralmente, o da criação de estruturas que permitissem a existência de outros padrões de relação médico/paciente ou, segundo conceitos mais abrangentes, da equipe de saúde/usuários. Também nos espaços voltados para ensino, urge a invenção de dispositivos institucionais que estimulassem a produção tanto de padrões de vínculo como de responsabilidade que propicie o resgate da eficácia e da humanização do trabalho em saúde.

Em suas linhas gerais, estas conclusões poderiam ser aplicadas também à formação de outros profissionais de saúde que não os médicos. Enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, ganhariam muito com a ampliação dos espaços práticos em que fizessem estágios.

## Referências

- BANCO MUNDIAL, 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
- CAMARGO Jr., K. R., 1992. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 2:203-228.
- CAMPOS, G. W. S., 1992. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- CAMPOS, G. W. S., 1995. *Relatório de pesquisa “Características do ensino médico em serviço: aspectos da integração docente-assistencial”*. Campinas: Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- CAMPOS, G. W. S., 1997. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 13:141-144.
- FEURWERKER, L. C. M., 1997. *Residência Médica e Estratégias de Mudança da Educação Médica*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1992. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexión para el Debate*. Publicación Científica 540. Washington: OPS.
- RIBEIRO, J. M., 1995. *Ciência, Arte e Ação na Conformação da Técnica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SCHRAIBER, L. B., 1993. *O Médico e o seu Trabalho*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.