
DIRETRIZES CURRICULARES, CERTIFICAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO: O CAMINHO SE FAZ AO ANDAR?

Francisco Barbosa Neto¹

Palavras-chave: Diretrizes curriculares; Hospitais de ensino.

In seed time learn, in harvest teach, in winter enjoy.

WILLIAM BLAKE,
The Marriage of Heaven and Hell

INTRODUÇÃO

Abraham Flexner há um século revolucionou o ensino da medicina ao situar o hospital como cenário indispensável à formação do médico. O sentido social desta revolução, iniciada nos Estados Unidos e no Canadá e que se estendeu progressivamente a outros continentes, ainda gera polêmica¹. Demonizado por muitos, relativizado por outros e devidamente contextualizado por poucos, o Relatório ou Informe Flexner adquiriu estatuto de documento de grande referência nas análises da educação médica².

Michel Foucault situa no final do século 18 a transição do hospital como instituição de assistência aos pobres para um “hospital médico, terapêutico”³.

Um século após o início desta transição, o ensino da medicina ainda constituía um processo heterogêneo, que variava de um empirismo primário, com inúmeras incursões ao charlatanismo, até uma busca incessante de desenvolvimento de tecnologias do cuidado, ancoradas em conceitos anatomoclínicos, na emergente “teoria microbiana” e na cultura geral pela leitura dos “clássicos”^{4,5}.

No entanto, o contexto socioeconômico e cultural para a implementação das recomendações de Flexner

não poderia ser mais favorável no primeiro quarto do século 20: as descobertas e invenções de Röntgen e Einthoven, a nascente indústria farmacêutica e de equipamentos, a disseminação da imprensa crítica e denunciadora, como um “quarto poder” emergente e, por que não dizer, a autoridade médica de Sir William Osler, que, já em 1900, afiançava que:

*na mente dos responsáveis por certos hospitais prevalece a noção estúpida e errônea de que a presença de estudantes é prejudicial aos interesses do paciente. É exatamente o contrário (...) Eu iria mais longe e diria que nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for um centro de instrução de estudantes e médicos*⁶.

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

No Brasil, os hospitais das Santas Casas de Misericórdia albergaram professores e alunos numa frágil simbiose até o início da II Guerra Mundial. “Porque não se articulavam, convenientemente, os objetivos educacionais da escola médica aos objetivos assistenciais do hospital, a partir de certo momento surgiram e tomaram corpo conflitos muito sérios entre as duas instituições”⁷.^{**} Esta situação tornou-se crítica após o término do conflito mundial em função do grande desenvolvimento da ciência médica,

^{*} Citado por Comissão de Ensino Médico (Documento nº 2): *Ensino médico e instituições de saúde*, 1974, DAU/MEC in Documentos do Ensino Médico – MEC, 2ª Edição, Brasília, 1982.

^{**} Citado por Comissão de Ensino Médico (Documento Nº 5): *Hospital de ensino – Diretrizes para seu funcionamento*, 1979. Documentos do Ensino Médico – SESu/MEC, 3ª Edição, Brasília, 1989.

¹ Professor da Universidade do Grande Rio, Rio de Janeiro, Brasil. chibarnet@gmail.com

da indústria farmacêutica e de novos equipamentos disponibilizados no mercado dos países industrializados a um custo inacessível às mesas diretoras das Santas Casas. Não tardou o surgimento de lideranças acadêmicas que reivindicavam a construção de hospitais de clínicas próprios para suas escolas médicas.

Nas duas décadas que se seguiram a 1945, iniciou-se a construção de muitos hospitais de clínicas para as faculdades de Medicina, assim como a destinação de outros hospitais gerais para cumprirem este papel. Antecipando-se aos custos crescentes do ensino médico, o legislador educacional buscou evitar a demanda por recursos de custeio hospitalar ao dispor, na Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, alínea a do parágrafo 2º do artigo 93, que “não são consideradas despesas com o ensino: as de **assistência social e hospitalar, mesmo quando ligadas ao ensino**” [grifo nosso]. É possível que tal diretriz tenha reforçado mais ainda uma cultura acadêmica de dissociação ensino-serviço, com a falta de compromisso de grande parte dos docentes com os custos crescentes da assistência médica, assim como a percepção mantida de que pacientes eram meros objetos de ensino.

A entrada em funcionamento de muitos hospitais-escola na década de 1960, sem definição da origem dos recursos para sua sustentabilidade, coincide com a primeira grande explosão de abertura de novas escolas médicas, o que, em consequência, implicaria novos hospitais-escola de acordo com o paradigma vigente. O legislador do regime autoritário lança mão de dispositivos restritivos no Decreto-Lei nº 63.341, de 1º de outubro de 1968, que dispõe:

Evitar-se-á a construção de novos Hospitais de Clínicas. Os alunos que se destinarem ao ciclo profissional poderão prosseguir sua formação em unidades não necessariamente pertencentes às Universidades, mas por elas utilizadas mediante convênios (...) aos já existentes, o INPS deverá reservar quota substancial de seus convênios.

A receita de crise dos hospitais de ensino continuou sendo prescrita.

Em 1971, foi criada no âmbito do MEC a Comissão de Especialistas do Ensino Médico, coordenada pelo professor Roberto Figueira dos Santos, da UFBA, com a finalidade de analisar a complexa situação acarretada pelo crescimento exponencial do número de escolas

médicas – de 31 escolas em 1962 para 73 em 1972 –, além do grande aumento do número de ingressantes em muitas outras. Além disto, a situação do internato e da residência médica, ambos carecendo de regulamentação, a relação da escola médica com as instituições de saúde e a indefinição de uma política do MEC para os hospitais de ensino ampliaram, também, a agenda da Comissão⁸. Nos 16 anos seguintes, a Comissão produziu seis documentos de grande relevância para a compreensão do ensino médico no Brasil e de suas consequências, mas com baixo impacto nos processos decisórios do MEC e das políticas públicas da educação e da saúde.

O ESBOÇO DE UMA POLÍTICA

Em 1974, surge a primeira tentativa de uma política para os hospitais de ensino, com as primeiras assinaturas do Convênio MEC-MPAS, o então denominado “Convênio Global”, que envolvia tanto internação como atendimento ambulatorial⁹, num contexto em que Juan César Garcia, na América Latina, e Carlos Gentile de Melo, no Brasil, propugnavam por uma aproximação da educação médica com o sistema de saúde, ambos defendendo posições contra-hegemônicas, mas de grande visibilidade para muitas lideranças acadêmicas.

Em 1º de setembro de 1977, com o agravamento da crise previdenciária, reformula-se o MPAS com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) – Lei nº 6.439, de 1977 –, com vinculação das seguintes autarquias, fundações e empresa estatal: lapas (administração patrimonial e arrecadação previdenciária); INPS (previdência e benefícios); Inamps (assistência médica previdenciária); Funabem e LBA (assistência social) e Dataprev (empresa de processamento de dados)¹⁰.

Em 2 de setembro de 1981, aproximando-se o apagar das luzes do regime autoritário, o Decreto nº 86.329 institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que desempenhou um importante papel na reorientação da política de saúde ao implantar as Ações Integradas de Saúde (AIS) e suas instâncias de encontros formais entre as instituições responsáveis por atividades de atenção à saúde, entre elas as Instituições de Ensino Superior: escolas médicas isoladas e universidades^{11,12}.

OS HOSPITAIS DE ENSINO E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A estratégia das Ações Integradas de Saúde foi mantida e aprofundada no período de redemocratização do País apesar de suas ambigüidades e, enriquecida pelas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, desembocou no Programa do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987, um verdadeiro embrião operacional do SUS.

Esta rápida e sintética descrição da sucessão de eventos da Reforma Sanitária Brasileira é de suma importância, pois traz em seu bojo a segunda tentativa de formulação de uma política para os hospitais de ensino, por intermédio da Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987, que estabeleceu, no âmbito do Convênio MEC/MPAS, critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD) – índice exclusivo para os hospitais de ensino e composto pelo somatório do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) com os Índices Adicionais de Valorização (IAVs). Estes consistiam em incentivos indutores para os hospitais de ensino (e as escolas médicas) pautarem atividades extramuros (como o internato rural, por exemplo), integração à rede regional de serviços e realização de procedimentos de altos custos, incorporação tecnológica e avaliação tecnológica em saúde (ATS). Também delegou à Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), instância máxima de deliberação das AIS, constituída pelo secretário geral dos Ministérios da Educação, da Previdência, da Saúde e do Trabalho, a atribuição de classificação dos hospitais universitários e de ensino para a adequada aplicação dos índices. Apesar do escopo mais ampliado desta política, poucos hospitais de ensino foram alavancados por ela, sendo que alguns destes com nítidas distorções¹³.

Um dos instrumentos de planejamento do Suds para ampliar o envolvimento e a inserção orgânica das instituições de ensino no projeto unificante foi o processo denominado Programação-Orçamentação Integrada (POI), que, a título de integrar os hospitais de ensino e as universidades, assim dispôs:

A participação institucional do MEC nas atividades de desenvolvimento de recursos humanos, integração docente-assistencial, assessoria técnica, pesquisa opera-

cional, acompanhamento e avaliação do SUDS deve somar-se à sua integração nas atividades de prestação de serviços de saúde, peça fundamental para a consolidação do sistema. Assim, as instituições prestadoras de serviços de saúde vinculadas ao MEC deverão se integrar cooperativamente às demais unidades componentes da rede de serviços, explicitando seu caráter de ensino e pesquisa bem como seu papel assistencial no sistema prestador de serviços, na região onde está inserida 14.

A Carta Magna de 1988 dispôs o preceito fundamental da “saúde como direito de todos e dever de estado”, estabeleceu princípios e diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde e definiu como uma das competências do Sistema: “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Este espírito da lei deveria ser um forte estímulo à inserção automática dos hospitais de ensino no SUS. Mas não foi o que ocorreu. Com raras exceções, os hospitais de ensino não se perceberam como parte indissociável do SUS, com papel protagônico em sua construção e consolidação; pelo contrário, não raro se situaram ao largo do sistema, freqüentemente o tratando como uma “repartição burocrática” ou como um mero “comprador” (e mau pagador) de serviços médicos. Este comportamento chegou a ser denominado “inampização do SUS”, uma referência à autarquia Inamps prestadora e compradora de serviços médicos para segurados da Previdência Social. Por outro lado, os gestores do Sistema negligenciaram a atribuição de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, não procurando nos hospitais de ensino e nas instituições de ensino, de modo geral, uma estratégica aliança para desenvolver esta competência. Pelo contrário, trataram os hospitais de ensino como prestadores mais dispendiosos e infensos aos mecanismos de controle ou aos interesses do grupo político no poder.

O artigo 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, procura regular a inserção dos hospitais de ensino, assim dispendo:

Os serviços de saúde dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas Instituições a que estejam vinculados.

Este dispositivo, comemorado como uma grande conquista por dirigentes de hospitais de ensino e pela infante Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), resultante direta de pressões e lobbies junto a parlamentares, reforçou, na prática, ao lado das várias autonomias garantidas, o efeito colateral da autonomia assistencial, bastião de resistência à regulação ampla do hospital pelo SUS.

Em 1991, ocorreu a terceira tentativa de estabelecer uma política para os hospitais de ensino com a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (Fideps), através da Portaria SNAS/MS nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que incidia apenas sobre a receita das internações, em duas faixas apenas: 25% e 50% sobre o faturamento de internações. De maneira muito sucinta, procurou-se estabelecer os critérios de acesso a estas faixas. Posteriormente, uma terceira faixa foi adicionada (75%) e critérios mais numerosos e detalhados foram explicitados (Portaria Conjunta SESu/MEC-SAS/MS nº 1, de 16 de agosto de 1994). O enquadramento de cada hospital a cada faixa de índice do Fideps era efetivado num processo relativamente sumário e cartorial¹⁵. As distorções deste processo não tardaram a se acumular, assim como este adicional, que deveria ser aplicado fundamentalmente no apoio ao ensino e à pesquisa, especialmente em investimentos, passou a fazer parte do custeio geral, subvencionando as iniquidades das tabelas de procedimentos e outras disfunções gerenciais.

EMPURRANDO A CRISE PARA O NOVO MILÊNIO

A transição do milênio encontrou os hospitais de ensino em franca crise institucional, de sustentabilidade, de identidade, de hegemonia e, até, de legitimidade, na assistência, no ensino, na pesquisa e na gestão. Muitos iniciaram o século 21 apresentando dívidas superiores a R\$ 10 milhões. Outros, com serviços desativados por carência de recursos humanos e materiais. O movimento Cinaem (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), a nova LDB* e as Diretrizes Curriculares Nacionais, aliados à Reforma Sanitária Brasileira,

*Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei Darcy Ribeiro), que "estabelece as diretrizes e bases da educação nacional".

deslocaram, conceitualmente, o hospital de ensino de sua privilegiada centralidade como cenário de formação médica. Ainda que mais retórica que prática. Fundações de apoio aos hospitais de ensino, muitas criadas nos anos 1970 e 1980 como estratégias de sobrevivência ou de "agilização administrativa", passaram a sofrer cerrado cerco por parte dos Sistemas de Controle do Público (Auditorias Ministeriais, TCU, TCEs, Ministério Público, etc.)¹⁶, além de corporações internas, grupos organizados vinculados ou não a partidos políticos ou sindicatos e até manobras oposicionistas internas, especialmente em períodos eleitorais.

Com dez anos de atraso em relação ao movimento interinstitucional que proporcionou um clima de preparação para mudanças nas escolas médicas (Cinaem/Abem) e mais de vinte anos de atraso em relação ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, se tomarmos o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980 (Cebes, Abrasco, Prev-Saúde, AIS, etc.) como marcos iniciais deste processo, a Abrahue desencadeou um processo mais sistêmico de alianças estratégicas, visando buscar soluções para a crônica crise dos hospitais de ensino.

Seria de todo injusto não reconhecer que, já na segunda metade dos anos 1990, lideranças dos hospitais de ensino buscavam reorientar a estratégia solitária e isolacionista de reuniões em gabinetes de autoridades governamentais na busca desesperada por emendas parlamentares, procurando atuar em fóruns mais abrangentes – Conselho Nacional de Saúde, Frente Parlamentar da Saúde, reaproximação com a Abem, Conass e Conasems –, além da realização de oficinas de trabalho em busca de soluções mais coletivas para questões comuns. Instâncias jurídicas e de controle administrativo desempenharam importante papel ao pressionarem por soluções.

A abrangência destes movimentos, o contexto político, econômico e social, as mudanças impulsionadas pelas diretrizes curriculares da área da saúde, programas indutores de mudanças curriculares (Promed, Pits, entre outros) e as consistentes críticas ao ensino médico centrado nas enfermarias, aliados às disfunções gerenciais e desvios funcionais de muitos hospitais, criaram as condições de aproximação formal de ministérios mais diretamente envolvidos e entidades que ao longo do processo se comprometeram a construir soluções para a crise.

Em 12 de maio de 2003, a Portaria Interministerial nº 562, assinada pelos ministros de Estado da Educação,

da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Ciência e Tecnologia, constituiu uma ampla “Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor”. Além de diversos representantes de cada um dos quatro ministérios (em função das secretarias envolvidas), faziam parte desta Comissão representantes do Conselho Nacional de Saúde, Conass, Conasems, Abrahue, Andifes, Abruem, Abem, ABEn, Denem e da Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem*. Foi garantida à Comissão “uma atuação ampla, com autonomia para determinação de subgrupos, de acordo com o tema e a necessidade de trabalho”.

O trabalho da Comissão resultou na proposta de uma política mais abrangente para a rede de hospitais de ensino, denominada “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde”, com variantes em função do vínculo ou da natureza jurídica do hospital. Portarias interministeriais MEC/MS e do próprio Ministério da Saúde desenharam um arcabouço de implementação desta nova política, substantivada nos termos: certificação e contratualização dos hospitais de ensino**.

Até o segundo semestre de 2007, 213 hospitais em todo o Brasil haviam solicitado certificação como hospital de ensino, 7 aguardavam avaliação da documentação para dar início à visita *in loco*, 139 foram certificados como hospitais de ensino, 11 se encontravam em “termo de ajuste”, 25 não foram certificados, 31 sem condições de visita ou documentação incompleta. Dos hospitais já certificados, 108 efetivaram a contratualização até agosto de 2007 (fonte: SAS/MS).

PARADOXOS NA CAMINHADURA: DURA CAMINHADA

*Amplia o espaço de tua tenda e nela
Estende teus tapetes, pois há de te
Locomover em todas as direções.*

ISAIAS

* Reformulada em 19 de outubro de 2007 pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPOG/MCT n° 2.689.

** Portarias Interministeriais MEC/MS n° 1.000, 1005 e 1006, e Portarias MS n° 1.007 e 1.702 (todas de 2004), posteriormente reformuladas e condensadas nas vigentes Portarias Interministeriais n° 2.400 e 2.401.

A Reforma Sanitária Brasileira manteve o hospital de ensino no “olho do furacão da crise da saúde”. Justa punição para quem entregou o “fogo das doenças dispendiosas” aos mortais do sistema. Qual Prometeu acorrentado, o “abutre dos custos” vem devorando seu “fígado de paradoxos” que insiste em regenerar em um país de famintos e doentes. Imobilizado pelas “correntes do anacrônico modelo gerencial”, debateu-se inutilmente ao longo dos anos. Nem os “elos da cadeia” serviram de metáfora para superar seus grilhões. Solitário, qual Sísifo, seu espírito empurrará montanha acima a rocha, que rolará de volta nas crises recorrentes.

Durante décadas, paradoxos alimentaram a crise dos hospitais de ensino. Construídos e constituídos historicamente como “um palácio da morte e da doença”, passaram a ser instados, nos dois últimos séculos, a “recuperar a saúde e a ensinar como”. Uma verdadeira “conspiração de paradoxos” cerceou seus movimentos ao longo dos anos. Seus recursos de sustentabilidade sempre foram escassos, mas os desperdícios em seu interior sempre foram enormes. Sua estrutura organizacional é das mais complexas na sociedade (só comparável à de um grande aeroporto, segundo Peter Drucker), mas, na prática, se apresenta mais “como um conglomerado de grandes e pequenas rodas girando isoladamente no vazio” (recuperando aqui uma imagem de Marcos Kaplan para a administração pública). Para gerir a multiplicidade e diversidade de demandas e recursos técnicos e tecnológicos, com frequência, se improvisa seu corpo gerencial, ora por eleições corporativas, ora por “serem amigos do rei”. Seus docentes, em quase todos os períodos letivos, insistem em afirmar a seus alunos que “medicina se aprende no ambulatório”, mas preferem ensinar nas enfermarias ou nas salas de aula. Com grande frequência, seus docentes repetem aos “aprendizes de feiticeiros” o velho aforisma de que “não existem doenças, mas, sim, doentes”, porém só falam sobre doenças, dão aulas sobre doenças e, quando em presença dos “doentes” nos rounds, muitas vezes só dialogam com suas doenças. Esta série de paradoxos dá a impressão de que o problema é inerente ao hospital de ensino: cultural, administrativo, equívocos históricos, subproduto do anacronismo, etc.

Vejam, então, um bastante abrangente, do próprio rizoma do SUS: “saúde é um direito de todos e um dever de Estado”, portanto, “um bem público”. Contudo, durante todos estes anos de SUS e de relação de seus

gestores com os hospitais de ensino, o tratamento dado à atenção à saúde proporcionada por estes hospitais foi sempre como um “bem de consumo”, isto é, quanto mais procedimentos realizassem, quanto mais insumos utilizassem e mais internações fizessem, maior seria seu faturamento, principalmente se selecionassem sua clientela, como uma vantagem competitiva.

Na polifonia ruidosa do hospital – lugar de “silêncio e respeito” –, “a humanização” é um programa exigido para a “certificação como hospital de ensino”, mas é também o “padrão ouro” dos paradoxos.

Como organização de grande complexidade, o hospital de ensino constitui um verdadeiro campo minado de interesses políticos, alianças sólidas que se liquefazem rapidamente, alianças frágeis que se reforçam, entrelaçam e promovem rearranjos no âmbito da universidade e da política local. Enfim, uma trama complexa de interesses e tensões, de difícil compreensão para um observador externo e de capitulação para grande parte dos agentes internos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUAL POLÍTICA PARA OS HOSPITAIS DE ENSINO

É inegável que de todas as tentativas de elaborar e implementar uma política para os hospitais de ensino o “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do Sistema Único de Saúde” é, sem dúvida, o mais consistente, mais abrangente, mais sistêmico e de maior potencial de sucesso. Ancorada em interesses estratégicos dos quatro ministérios envolvidos (assistência de qualidade, formação humana, produção de conhecimento e gestão eficiente de organizações complexas) e das demais entidades que compõem a Comissão Interinstitucional, a estratégia da certificação como hospital de ensino, seguida da contratualização com a instância gestora do SUS, pode catalisar uma série de transformações e contribuir para reinventarmos o setor saúde. Os mesmos paradoxos que comprometem os hospitais de ensino comprometem o setor saúde como um todo, em especial aqueles mais diretamente ligados à formação em saúde em geral, e à formação médica, em particular.

É importante salientar que, nunca antes na história deste país, saúde e educação estiveram tão próximas no tocante à formulação e implementação conjunta das

políticas de grande congruência. Nem mesmo quando a função Saúde era um Departamento do Ministério da Educação. Entretanto, alguns desencontros ainda revelam a persistência de falhas de comunicação e entrosamento entre organismos ligados à avaliação institucional em ambos os ministérios. O mais gritante é a completa dissociação entre os movimentos, levantamentos e relatórios oriundos do Sinaes (Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior) e o que é realizado pelos dois ministérios em relação aos hospitais de ensino, não raro duplicando trabalho ou não agregando informações relevantes, ou, pior ainda, gerando contradições. O mesmo vale para programas indutores de transformações curriculares, tanto na graduação como na pós-graduação, como é o caso do Pró-Saúde, da Residência Multiprofissional e do PET. Isto para não falar das avaliações da residência médica e da Capes.

Vamos relativizar a crítica, entendendo que se trata de um processo e que estamos apenas no começo de uma jornada espinhosa e complexa. Que muitos encontros e reencontros acontecerão adiante. Mas isto só reforça o paradoxo de que os recursos para saúde e educação são sempre escassos, ao passo que o desperdício continua enorme, principalmente o que ocorre nas interfaces entre saúde e educação, seja pela duplicação de atividades e gastos, seja pela implementação parcial ou dissociada de políticas de interesse comum. Se capilarizarmos isto para as outras instâncias de governo, observaremos a magnitude do problema e a necessidade de matricular os movimentos, as políticas, o orçamento e sua execução.

REFERÊNCIAS

1. Molly C, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *NEJM* 2006; 355: 1339-1344.
2. Simmons JG. Médicos e descobridores: vidas que criaram a medicina de hoje. Rio de Janeiro: Record; 2004.
3. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
4. Meyer P. *A irresponsabilidade médica*. São Paulo: Ed Unesp; 2002.
5. Scliar M. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
6. Brasil. Ministério da Educação: Documentos do Ensino Médico/Comissão de Ensino Médico. 2 ed. Brasília: Ministério de Educação; 1982.
7. Brasil. Ministério da Educação: Documentos do Ensino Médico/Comissão de Ensino Médico. 3. ed. Brasília: Ministério da Educação; 1989.
8. Rosa AR, Fraga Filho C, Lopes Pontes JP. *Ensino médico: atualidades de uma experiência*. Rio de Janeiro: Ed UFRJ; 1995.

9. Landman J. Política nacional de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica; 1980.
10. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social: Dossiê sobre o MPAS, Rio de Janeiro; 1979.
11. Nicz LF. Aspectos institucionais e organizacionais: Previdência Social no Brasil In: Gonçalves EL (Org). Administração de Saúde no Brasil. (PROAHSA). São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1982.
12. Brasil. MPAS – Conasp: Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Anexo) In: Gonçalves EL (Org). Administração de Saúde no Brasil. (PROAHSA). São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1982.
13. Brasil. Ministério da Educação. AECS/SESu: Gestão 1989/1990. Brasília; 1990.
14. Brasil. CIPLAN (MS, MPAS, MEC, MTb): Programação e Orçamento Integrada – POI – 1988/1989. Brasília; 1987. (Documento Preliminar)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria, DENASUS. [online]. [capturado 27 maio 2008]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps>
16. ABRAHUE: “Carta de Londrina”, abril de 2005. [online]. [capturado em: 31 maio 2008]. Disponível em: http://www.abrahue.org.br/pdf/carta_londrina.pdf.