

ARTIGO ORIGINAL

Contextualizando as Políticas de Educação Médica

Luiz Roberto Agea Cutolo¹, Demétrio Delizoicov²

Resumo

O artigo contextualiza a educação médica contemporânea articulada com as propostas de entidades organizacionais dentro de uma perspectiva histórica.

Descritores: 1. *Educação Médica;*
2. *Currículo;*
3. *Educação superior.*

Dados da Federação Mundial de Educação Médica¹, sugerem que existem mais de 1300 escolas médicas em todo o mundo, preparando médicos para cooperar na assistência à saúde de cerca de cinco bilhões de pessoas, em países cuja relação médico/habitante situa-se entre 1/300 a 1/10.000; e os orçamentos dos serviços nacionais de saúde variam de US\$1/pessoa/ano a mais de US\$1.500/pessoa/ano.

Durante cerca de 300 anos, o ensino de medicina no Brasil deu-se na informalidade. Os práticos como boticários e cirurgiões-barbeiros exerciam a profissão e realizavam procedimentos. A elite da sociedade colonial era tratada por médicos formados nas escolas portuguesas ou espanholas, os negros pelos curandeiros africanos e os índios pelos pajés. Os jesuítas ajudavam nos cuidados da população geral junto com os práticos. As primeiras escolas de medicina na Bahia e Rio de Janeiro, respectivamente inauguradas em 1808 e 1809, só foram possíveis após a fuga da corte portuguesa ao Brasil, sob a ameaça da expansão napoleônica. Os primeiros médicos formados aqui seguiram o modelo francês de prática médica.²

Entende-se que os cursos médicos são os mais longos e dispendiosos de todos os cursos universitários.

Abstract

The article contextualizes contemporary medical education articulated with organizational entity proposes in a historical perspective.

Keywords: 1. *Medical Education;*
2. *Curriculum;*
3. *Undergraduate education.*

A admissão a estes cursos é dificultada pelo nível de exigência dos testes de seleção e pela grande demanda de candidatos. No Brasil, a simples obtenção do diploma universitário habilita o graduado ao exercício da profissão. Ao contrário, nos EUA, o exercício profissional fica condicionado à aprovação do graduado frente a um exame de qualificação (*State Board of Examination*).⁴

A complexidade do conhecimento médico torna-o esotérico, no sentido atribuído por Fleck⁵, exigindo a superação de várias e extenuantes etapas de estudos formais, estágios e exames ao longo dos seis anos em que acontece o curso de graduação.⁴ Com muita frequência, após este período, o médico sente-se impulsionado, por questões de mercado ou insegurança, a desenvolver complementação de seus estudos através dos programas de residência médica. Essas pós-graduações são desenvolvidas, em sua maioria, em ambientes hospitalares e visam a especialização do médico. Dependendo da especialidade escolhida, as residências podem ter duração de dois a cinco anos.

As repercussões da intensificação do desenvolvimento tecnológico na área médica e da expansão do pensamento especializado, ocorridas na década de 50, puderam ser sentidas na organização curricular dos cursos de graduação em medicina. Um dos resultados imediatos foi a introdução do modelo flexneriano nas escolas médicas...

1. Doutor em Educação, Prof. do Programa Mestrado em Saúde da UNIVALI e Programa Mestrado em Ciências Médicas da UFSC.

2. Doutor em Educação, Prof. do Programa de Pós-graduação em Educação da UFSC.

“...mediante apoio à criação de novas escolas apoiadas em sólida base científica e na prática da investigação...”^{7:52}

Neste período, a Organização Pan-Americana da Saúde, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg influenciaram diretamente sobre os governos e suas políticas educacionais na formação dos profissionais da saúde. Foram promovidos diversos encontros com os ministérios da saúde e entidades educacionais no sentido de introduzirem a nova ordem, que incluía o estímulo às políticas que ampliassem o número de médicos.⁷

Como o número de médicos está relacionado com o número de vagas nas escolas médicas, verificou-se um crescente surgimento de novos cursos de graduação em medicina. No Brasil, a partir da década de 50, várias escolas privadas, predominantemente laicas, foram abertas.⁷

Ainda na década de 50, dois seminários ocorridos, respectivamente no Chile, em 1955, e no México, em 1956, destacaram a importância das escolas médicas incorporarem o ensino de medicina preventiva em seus currículos.⁸

Em 1962 foi criada a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM). A Federação gerou muita polêmica devido a sua dependência econômica de fundações privadas norte-americanas, sendo acusada como entidade não governamental, instrumento da influência dos EUA.⁹

Garcia, em 1970, coordenou um estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) realizado em 12 países com o objetivo de fazer uma caracterização geral da educação médica na América Latina. Das críticas que o estudo promoveu, destaco a compartimentalização departamental, com conseqüente...

“...separação do saber em áreas estanques...” e “...falta de coordenação entre instrumentos de formação e necessidades da comunidade...”^{7:55}

Nas conclusões do estudo considerava-se que:

“os problemas de educação médica na América Latina eram de natureza tal que não poderiam ser resolvidos satisfatoriamente sem levar em conta o sistema educacional pré-universitário, o sistema de atenção médica e a formação dos demais profissionais que compõem as equipes médicas. Como conseqüência, o planejamento da formação dos recursos humanos em saúde deveria constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir os

esforços coordenados de todas as instituições que tenham a ver com formação e utilização do pessoal de saúde.”^{7:55}

O trabalho de Garcia teve como importância histórica o fato de questionar o modelo flexneriano fechado, que até então parecia navegar em mares seguros.

Um segundo estudo, em 1974, reiterou o fato de que as instituições de ensino de graduação em medicina atuavam de forma dissonante das políticas educacionais e políticas de saúde dos Estados.⁷

Repercutindo os resultados dos estudos anteriores, a Organização Pan-Americana da Saúde promoveu, em 1976, reuniões sobre “Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e Caribe”, objetivando modificações na formação médica, relacionando-a com a atenção médica e políticas de saúde.⁸

Já na época, o documento fazia uma crítica às investigações em educação médica de caráter meramente descritivo. Condenava o reducionismo das investigações que não permitiam trabalhar o determinismo da estrutura social e sua relação com educação e prática médica.⁸

Destaco os seguintes aspectos, que foram revisados pelo documento, em relação às sugestões de modificação na educação médica nos anos que o antecederam⁸:

- Ensino de medicina preventiva e social.
- Integração entre as ciências básicas e clínicas.
- Ensino da prática de medicina comunitária.
- Uso das instituições da rede pública de atenção médica.
- Integração das diferentes profissões da saúde.
- Enfoque de ensino interdisciplinar.
- Mudanças para métodos alternativos de ensino.

O documento reconhecia a dificuldade de execução destas modificações (em pauta há anos), devido à rigidez da estrutura curricular das escolas latino-americanas, que reforçavam os conteúdos conceituais que caracterizam a estrutura da prática médica dominante. A escola trazia, em si, contradições difíceis de serem superadas. Como obter como produto um médico generalista, se os modelos docentes eram especializados? Como incentivar os alunos a se tornarem generalistas se o consumo mercadológico de médicos prestigiava o especialista?⁸

O produto destas reuniões foi um conjunto de recomendações relativas a quatro itens principais: Relação da formação médica e as políticas de saúde; relação da formação médica e as práticas de saúde; formação médica e número de alunos; e, finalmente, sobre a implantação e a organização das escolas médicas.⁸

Em relação ao último aspecto, recomenda que:

- as escolas médicas interajam com as políticas públicas de saúde;
- flexibilizem seus currículos;
- estruturem as práticas em níveis crescentes de complexidade;
- atendam à demanda epidemiológica local;
- tracem objetivos claros em relação ao perfil de seus produtos;
- mantenham programas continuados e formação docente;
- e que,

“...toda instituição formadora deve determinar a concepção da saúde e da doença...” ^{8:132}

...permitindo ao educando uma percepção de homem em seus níveis biológico, psicológico e social.

Após um lapso de tempo, que Ferreira¹⁰ pontua como coincidente com a chamada década perdida do desenvolvimento latino-americano, chegamos às Reuniões de Edimburgo de 1988 e 1993, de Havana em 1991 e do “Encontro Continental de Educação Médica” realizado no Uruguai em 1994, patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde.¹¹

A temática central do encontro uruguaio foi “Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais – Uma Nova Visão de Qualidade”. O encontro produziu um relatório que caracteriza o modelo hegemônico de educação médica, aponta sugestões de encaminhamentos e relata experiências de diferentes países do continente americano.

Ao longo dos últimos anos, seguindo uma tendência particularmente desenvolvida na América Latina, muito se tem discutido no Brasil sobre Ensino Médico.¹²

Em 1963, foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que realiza congressos a cada ano, edita uma revista especializada (Revista Brasileira de Educação Médica) e promove fóruns e debates. Objetivando o desenvolvimento da Educação Médica brasileira, a associação trabalha junto a organismos governamentais e instituições de ensino de medicina promovendo assessorias.³

A “Revista Pediatria São Paulo” da faculdade de Medicina da USP dedica uma seção de seus conteúdos à abordagem do tema ensino médico, onde visita a formação na graduação e pós-graduação. Os artigos ali contidos, em geral, contemplam a produção dos membros do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica – FMUSP, que coordenaram a edição de um livro sobre educação médica.¹³

Apesar dos grandes avanços que especialmente a ABEM tem proporcionado no âmbito de discussões, ampliando e reconceituando educação médica, muitos dos artigos brasileiros publicados tratam de assuntos como distribuição de carga horária, alteração de grade curricular e experiência de disciplina. O paradigma técnico-linear de Tyler¹⁴ e os programas educacionais das décadas de 60 e 70 ainda se fazem presentes.¹⁵ A questão epistemológica relacionada com a didática e a pedagogia histórico-crítica não figuram como temas de relevância na bibliografia até o momento pesquisada. Poucos artigos discutem que talvez...

“...um enfoque mais viável para se desenvolver uma teoria da prática de sala de aula terá que se basear numa fundamentação teórica que reconheça o jogo dialético entre interesse social, poder político e poder econômico, de um lado, e conhecimento e prática escolar, de outro.”^{16:28}

Em 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta por onze entidades, assim definida no V Fórum de Avaliação do Ensino Médico:

“Processo nacional de avaliação contínua e permanente, construída coletivamente pela comunidade acadêmica e por seus atores ligados às políticas de saúde, que utiliza parâmetros metodológicos subsidiadores de práticas transformadoras das escolas médicas, respeitando sua singularidade e realidade social, visando uma formação integral em medicina, sintonizada com as demandas sociais existentes.”^{17:5}

Atendendo a solicitações da sociedade civil, entidades de classe e, principalmente, da comunidade universitária, o projeto já se insinua em vários cursos de graduação do país, já produziu os seus relatórios^{18:19} e aponta como uma possibilidade de mudança.

O projeto foi executado em três fases. Na primeira fase foi aplicado um questionário a 76 escolas que participaram optativamente do projeto. Vale lembrar que o curso médico da UFSC não participou. O questionário versava sobre a estrutura político-administrativa e econômico-administrativa, recursos materiais e humanos, modelo pedagógico, atividades de pesquisa e extensão e características dos médicos formandos.^{18: 19}

Numa segunda fase, os resultados colhidos foram analisados criticamente, averiguando suas determina-

ções e aprofundando os aspectos teóricos que envolvem a educação médica. Os resultados sugerem um desgaste do modelo na efetividade de executar o seu objetivo maior: formação do médico com visão generalista. Por outro lado, a perspectiva de mudança, antes latente, ganhou força com o desenrolar das discussões das oficinas realizadas.^{18;19}

A terceira fase traz propostas concretas de mudança, inclusive explicitando os instrumentos de intervenção, sugerindo disciplinas e modo de executá-las.¹⁹

Durante os anos de 1999 e 2000, o MEC realizou dois exames de avaliação aos discentes formandos do curso médico. Um novo será realizado em 2001. O Exame Nacional de Cursos, popularmente chamado de “provão”, tem como proposta avaliar a instituição através de prova de conhecimentos médicos aos alunos concluintes. Os resultados dos exames individuais serão encaminhados aos respectivos alunos. Segundo o MEC, o exame tem por objetivo:

“...alimentar os processos de decisão e de formulação de ações voltadas para a melhoria dos cursos de graduação.”²⁰

O MEC procura deixar claro em seu documento que este não é o único instrumento de análise da educação médica, mas um complemento. De qualquer forma, o exame despertou muitas controvérsias e acaloradas discussões. A princípio, usado de forma descontextualizada, é um instrumento pobre e reducionista.

Uma outra iniciativa do MEC e sua Secretaria de Ensino Superior foi a aplicação da avaliação das escolas médicas através de visitas de seus consultores a instituições de ensino médico. Este projeto, “Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação”, foi realizado nos cursos de medicina durante os anos de 1999 e 2000.²¹

A avaliação consta de três aspectos:

1. corpo docente;
2. organização didático-pedagógica e
3. instalações.

O instrumento de pesquisa parece averiguar se as escolas estão, adequadamente, seguindo o modelo biomédico, se cumprem bem o modelo curricular flexneriano. Por exemplo, quando avalia as instalações, preocupa-se vigorosamente com os laboratórios e hospitais, levando em conta sua ventilação, saídas de emergência, quantidade de instrumentos, etc. Não há um item específico para as instalações de Postos de Saúde. Valoriza-

se, quantitativamente, mais um laboratório bem equipado do que um centro de saúde funcionando em consonância com os interesses da comunidade. É claro que este tipo de avaliação provoca distorções.

O essencial e positivo é que a Educação Médica está em pauta. Seja CINAEM e sua trajetória, seja “provão”, seja a avaliação das condições de oferta, cada qual com sua especificidade, avanços e retrocessos, mostram que a temática está mais viva do que nunca. O momento é de avaliação, reflexão e mudança.

Os países desenvolvidos economicamente também apontam para um novo delineamento e reestruturação de seus programas com o objetivo de sustentar uma base sólida para a formação do médico generalista. O discurso é universal. A França criou um programa de formação de médicos assistentes/docentes que trabalharão nos ciclos profissionalizantes de seus cursos de Graduação em Medicina visando a formação de médicos de família e comunidade.²²

É provável que o interesse por essa nova abordagem passe por critérios econômicos. O “*managed care*” não surge de forma aleatória. O “*managed care*” ou “assistência médica gerenciada” é uma iniciativa norte-americana que visa:

“... conter custos médicos por meio de medidas reguladoras da relação médico-paciente, integrando os seguintes aspectos:

1. *contratos com profissionais e serviços selecionados para a prestação integral da atenção médica a membros de planos de seguro, usualmente mediante o pagamento de um montante fixo anual ou mensal;*
2. *formas de controle de utilização e de qualidade da atenção prefixadas e aceitas pelos prestadores;*
3. *incentivos financeiros para os pacientes, com a finalidade de induzir a utilização dos prestadores associados aos planos e/ou preferenciais;*
4. *premissa de co-responsabilização dos médicos nos riscos financeiros da atenção, alterando fundamentalmente seu papel como agente da demanda – em nome do melhor para o cliente – balanceando as necessidades do paciente com as de controle de custos, uma vez que os pagamentos são globais e não por unidade de serviço;*
5. *aceitação pelos médicos e serviços de menores preços e de maiores controles sobre sua autonomia técnica e financeira, em troca de fluxo permanente e garantido de pacientes.”^{23:81,82}*

Infelizmente, não nos iludamos, esta revalorização do médico generalista nos EUA parte de pressupostos econômicos, da redução dramática de custos com assistência médica, não da qualidade de atendimento.

A medicina especializada e tecnologizada é cara, onera estados, seguros de saúde e planos de saúde. Além do mais, segundo Feuerwerker⁷, não existe uma correlação direta entre o aumento dos gastos na medicina assistencial individual e a melhoria do padrão sanitário das populações. O Banco Mundial afirma que não ocorrem, em relação direta, um aumento da esperança de vida ao nascer e diminuição da mortalidade infantil, com um aumento dos gastos em saúde. Os resultados coletivos não seguem os resultados individuais.

A necessidade de se repensar a prática dentro do contexto de sua eficiência e custo pode trazer para a mesma mesa de negociações conservadores e progressistas. A necessidade de mudança é um dos poucos consensos encontrados atualmente no plano de educação médica. A nova ordem em relação à prática médica, mediada por fatores econômicos pode trazer profundas transformações na formação de recursos humanos em saúde.

A convergência dos discursos, no âmbito político, tem sido estudada por Lima²⁴ que se interessou pelo problema e o tem estudado usando como referencial de análise a categoria Estilo de Pensamento de Fleck.⁵ Lima está trabalhando as diferentes concepções que grupos políticos, administrativos e financeiros têm do conceito de atenção primária à saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em documento, mais tarde manifesto na II Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, em 1993:

“É em função da organização e dinâmica do Estado, da economia, do desenvolvimento científico e tecnológico e das necessidades sociais, entre elas a saúde e as formas como se organiza sua atenção, que se estrutura, se mantém ou se modifica a prática médica. Por sua vez, as mesmas condições, seja diretamente ou através da própria prática, orientam e moldam os conteúdos, as estratégias e os mecanismos do processo de formação médica”.^{25:48}

Dentro deste contexto, a formação do médico generalista afinado com a realidade social onde a escola médica está inserida, torna-se necessário destacar alguns dados. A título de exemplos, me deterei sobre a saúde infantil. Dos 161.8 milhões de habitantes brasileiros, 62.1 milhões são menores de 18 anos e 17.8 milhões são menores de 5 anos.²⁶ Nascerem

anualmente 3.8 milhões de crianças no Brasil²⁷, membros de famílias sujeitas, em 53.8% dos casos, a viverem sem condições adequadas de saneamento básico.²⁷

Em cada mil nascimentos, estima-se que 51 crianças não sobrevivam até completarem um ano de idade e 60 não sobrevivam até completarem 5 anos. Isto significa dizer que morrem anualmente 229 mil crianças menores de 5 anos.²⁷ Se considerarmos as baixas notificações de nascimentos e morte, poderemos supor que esses índices possam ser ainda mais alarmantes.

Setenta por cento dos óbitos em menores de 5 anos no nordeste são evitáveis em caráter preventivo e fundamentalmente mediante medidas de caráter social, política e econômica.²⁸

O médico generalista, que proponho seja formado, em sintonia com as diretrizes da ABEM, CINAEM, OPS, não pode ficar imune a esta situação. Precisa se instrumentalizar num âmbito muito mais amplo, clínica e socialmente. A prática médica legítima a educação médica e é influenciada pela educação médica, e ambas apresentam-se como manifestações da organização social e econômica. Não se pretende, portanto, dar à escola médica um papel de poder que modifique a estrutura econômica, mas entender a contribuição que a escola tem no processo de transformação desta realidade.

McCally²⁸ descreve que, na capacitação dos estudantes de medicina, insista-se para que conheçam os fatores socioeconômicos dos pacientes, para que façam diagnósticos mais completos e prescrevam tratamentos mais apropriados às circunstâncias individuais. Afirma e enfatiza a responsabilidade social do médico na diminuição da pobreza e suas conseqüências para a saúde. Devem exercer papel conscientizador junto às populações e de pressão em suas entidades em relação às políticas públicas.

Os reflexos do contexto descrito na formação dos estudantes de medicina se fazem sentir, sobretudo, no currículo das escolas médicas, do qual decorrem práticas, veiculam-se concepções e conhecimentos.

No próximo artigo será discutida a política contemporânea de educação relacionando os Pólos de Educação Permanente do Ministério da Saúde e sua articulação com as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação.

Referências bibliográficas:

1. WFME (WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION) - Estratégias Educacionais. In: Chaves M, Rosa AR. *Educação Médica nas Américas - O Desafio dos Anos 90*. São Paulo: Cortez Editora; 1990. p. 36-45.

2. UNIMED – Só em 1808 o Brasil Abre suas Primeiras Escolas de Medicina. *Revista UNIMED*. Ano XII, edição 75, dezembro de 1999.
 3. ABEM – *Escolas Médicas*. [disponível on line <http://www.abem-educmed.org.br/mapaescolas.htm>. Acessado em 2003].
 4. Coelho EC. Físicos, Sectários e Charlatães: a Medicina em Perspectiva Histórico-Comparada. In: Machado MHM. (Org.) – *Profissões de Saúde – Uma Abordagem Sociológica*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.
 5. Fleck L. *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*. Madrid, Alianza Editorial, 1986.
 6. Ferreira JR. A Educação Médica na América Latina 20 Anos Após o Estudo de Juan César Garcia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 1992; 16(1/3):11-5.
 7. Feuerwerker LCM. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1998.
 8. OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) – Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. *Educación Médica y Salud* 1976; 10(2):109-39.
 9. Andrade J. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud* 1978; 12(2):149-66.
 10. Ferreira H. A situação Real do Ensino Médico no Curso de Graduação em Medicina. *Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Porto Alegre, 1995.
 11. OPS – *Educación, Práctica Médica y Necesidades Sociales – Una Nueva Visión de Calidad*. Encuentro Continental de Educación Médica, Punta del Este, Uruguay, 1994.
 12. Fraga Filho, C. Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua Reformulação. *Divulgação em Saúde para Debate* 1991; 5:19-25.
 13. Marcondes E & Gonçalves EL. *Educação Médica*. São Paulo, Sarvier, 1998.
 14. Tyler R. *Princípios Básicos de Currículo e Ensino*. Porto Alegre, Ed. Globo, 1977.
 15. Da Ros MA. *A Presença de Tyler e Flexner no Curso de Medicina da UFSC*. Programa de Pós-Graduação em Educação, CED, UFSC, 1995. (mimeo)
 16. Giroux H. *Teoria Crítica e Resistência em Educação*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983.
 17. ABEM (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA) - *Relatório do V Fórum de Avaliação do Ensino Médico*. Porto Alegre, 1995.
 18. CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO) - Relacionando os Resultados do Projeto CINAEM. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica* 1997; 25(2):5-6.
 20. MEC/SESU – *O Exame Nacional de Cursos*. [disponível on line <http://www.inep.gov.br/enc/>. Acessado em 2001 c].
 21. MEC/SESU – *Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação*. [disponível on line <http://www.mec.gov.br/sesu/ofertas.shtm>. Acessado em 2001 a].
 22. ÉCOLE DE RIOM - *Formation en Médecine Générale - à l'Enseignement, à la Pratique, a la Recherche*. Paris, programme 1996.
 23. Almeida C. Novos Modelos de Atenção à Saúde. In: Costa NR & Ribeiro JM. *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
 24. Lima AMC. *O Impacto da Nova Ordem Econômica Mundial no Conceito de Atenção Primária à Saúde*. Projeto de Pesquisa para doutoramento, PPGE-CED/UFSC, 1997.
 25. OPS/OMS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SAÚDE) - As Transformações da Profissão Médica e sua Influência Sobre a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1992; 16(1/3):48-52.
 26. UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA) - *A Situação Mundial da Infância - 1997*. Brasília: UNICEF; 1997.
 27. Figueira F. Carta do IMIP ao Público e às Autoridades Brasileiras. In: Aguiar A; Martins RM. *História da Pediatria Brasileira*. Rio de Janeiro: Reptoarte Gráfica e Editora; 1997. p.61-5.
 28. McCally M; Haines A; Fein O; Addington W; Lawrence RS & Cassel CK. Poverty and Ill Health: Physicians Can, and Should, Make a Difference. *Ann Intern Medicine* 1998; 129(9):726-33.
- Endereço para correspondência:**
 Luiz Roberto Agea Cutolo.
 Rua: Canto da Amizade 232.
 Bairro: Porto da Lagoa da Conceição.
 CEP: 88062-518.
 Florianópolis - SC.
 E-mail: cutolo@ccs.univali.br