

PALMYRA JUNGBLUT GEISSLER

**MOTIVOS MAIS FREQUENTES DE CONSULTAS EM
AMBULATÓRIO NOS POSTOS DE SAÚDE
DO DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL – UFSC
NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2003.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Ernani Lange de S. Thiago
Orientador: Marco Aurélio da Ros

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

PALMYRA JUNGBLUT GEISSLER

**MOTIVOS MAIS FREQUENTES DE CONSULTAS EM
AMBULATÓRIO NOS POSTOS DE SAÚDE
DO DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL – UFSC
NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2003.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Ernani Lange de S. Thiago
Orientador: Marco Aurélio da Ros

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

Geissler, Palmyra Jungblut.
Motivos mais freqüentes de consultas em ambulatório nos Postos de Saúde do Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina / Palmyra Jungblut Geissler – Florianópolis, 2004.
16p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)- Universidade Federal de Santa Catarina- Curso de Graduação em Medicina.
1.Consultas 2..Atenção Primária 3.Ensino Médico

RESUMO

Introdução: este trabalho trata da problemática existente entre a formação adquirida pelos acadêmicos do curso de graduação de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a realidade atual da prática médica nos postos de saúde integrantes do Distrito Docente Assistencial (DDA) da UFSC. **Objetivos:** 1 - Descrever o elenco dos motivos mais freqüentes realizadas nos postos de saúde pertencente ao DDA da UFSC durante o internato de saúde público no semestre de 2003-2. 2 – Relacionar a consistência dos resultados obtidos com o aprendizado teórico prático oferecido neste curso de graduação visando à formação do profissional médico. **Método:** foi realizado um estudo descritivo, transversal, onde foram colhidos os dados referentes aos motivos das consultas ambulatoriais realizadas nos postos de saúde pertencentes ao DDA da UFSC, durante o internato de saúde pública no semestre 2003/2. **Resultados:** Os dez motivos mais freqüentes de consulta foram: exame de rotina de saúde da criança, hipertensão arterial sistêmica primária, dorsalgia, supervisão de gravidez normal, aconselhamento não-especificado, infecções múltiplas das vias aéreas superiores, nasofaringite aguda, cefaléia, aconselhamento geral sobre anticoncepção e amigdalite aguda. **Conclusão:** As patologias mais freqüentes, juntamente com os motivos de consultas a pacientes saudáveis, não são representadas de forma proporcional no currículo do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Espera-se que esse trabalho possa contribuir para a adequação do novo currículo a realidade das necessidades da população

ABSTRACT

Introduction: this research focus is on the difference between skills learned by the medicine students from Federal University of Santa Catarina (UFSC), and the medical practice current reality over the general scenario found out in the health clinics of the Educational Assistance Districts (DDA) of UFSC from the municipality of Florianópolis, SC. **Aims:** 1 - Describe the cast of the most frequent reasons accomplished in the health care attended by DDA of UFSC during the public health training in the second semester of the year 2003. 2– test the consistency of the results obtained within the medicine skills and practice offered in this graduation and its main goal, the general practitioner in the medical profession. **Method:** was developed a descriptive, traverse study, in which were selected the referring data due to attendance near to the DDA clinics of UFSC. **Results:** The ten more frequent attendance reasons in these clinics were: child's health care, primary systemic arterial hypertension, dorsal pain, supervision of normal pregnancy, unspecified attention, multiple infections of the upper airways, nasopharyngitis, migraine, birth control methods use instructions and tonsillitis. **Conclusion:** The most frequent pathologies identified in this research in addition to the healthy patients care are not proportioned represented on medicine graduation study at Federal University of Santa Catarina (UFSC). The idea is that research can supply additional support to change the new general practitioner curriculum according to the real needs of Florianópolis and its population.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Marco e Ligia pela vida
A Heloyse pelo exemplo de dedicação à Medicina.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Marco Aurélio da Ros, pelo apoio e paciência.

Ao amigo Daniel Mello, pela amizade e por toda sua ajuda incansável durante a realização deste trabalho.

A minha irmã, Helenne Jungblut Geissler pelo apoio, colaboração e pelas sugestões preciosas.

A Charles Morgan Cardoso, que com seu jeito único de superar as dificuldades da vida contribuiu muito para meu crescimento pessoal.

A Charlão, Marcos e Charlyston, pela alegria e pelas risadas durante todo o curso.

Aos meus colegas Freddy, Ricardo, Gustavo e André De Lucca, pelas histórias hilárias.

A Marise Nolasco Pereira, pela atenção sem a qual teria sido impossível realizar este trabalho.

A Jason e Daniel Moreira pela colaboração.

A Taísa, pela amizade, que tornou a realização deste trabalho mais descontraída.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	4
3 MÉTODO.....	5
4 RESULTADOS.....	6
5 DISCUSSÃO.....	9
6 CONCLUSÃO.....	14
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata da problemática existente entre a formação adquirida pelos acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e a realidade atual da prática médica na comunidade dos Postos de Saúde integrantes do Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina¹ contidas em publicação do Conselho Nacional de Educação. (2001):

“ ... a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.” (CNE et al., 2001).

Conforme a Pro-Reitoria de Ensino da UFSC o objetivo do curso de graduação em medicina é:

“...formar profissional que possua conhecimentos adequados para enfrentar a realidade com atitude crítica e criativa, de maneira que possa junto com outros profissionais de equipe de saúde atuar num mundo dinâmico e em permanente evolução, visando à promoção e proteção, recuperação e reabilitação de saúde do paciente, família e comunidade. Objetivando formar um profissional capaz de identificar, as bases da conduta do ser humano, seu desenvolvimento e sua função normal”².

Logo, a função desta instituição é a de formar médicos gerais definido como

“aquele que não limita suas atividades a certos processos patológicos, nem a grupos de idade, sendo capaz de resolver uma alta porcentagem

*de problemas patológicos a quem os doentes têm acesso direto e fácil e que tem a responsabilidade de prestar assistência médica integral que abrange aspectos preventivos e curativos, hoje denominados cuidados primários”.*³

Porém, durante o estágio ambulatorial de internato em saúde pública, notei a dificuldade dos alunos em como conduzir a consulta médica. A partir desse ponto observei a grande discrepância entre o conhecimento teórico dos alunos e o conhecimento exigido para as atividades práticas.

De maneira contrária ao pensamento formado durante o curso observou-se que um grupo pequeno de queixas juntamente com o atendimento preventivo em saúde comunitária foi responsável pela grande maioria dos motivos de atendimento. Baseado nesse fato o presente estudo pretende comprovar a disparidade entre o ensino oferecido pelo curso e a realidade do médico generalista. Através de uma listagem de motivos mais frequentes de consultas realizadas durante o internato de Saúde Pública nos postos de Saúde participantes do Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina.

O ensino médico na UFSC assim como nas escolas brasileiras seguiu influencia do Relatório Flexner, cujos elementos estruturais são:

*“ o mecanismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa, a concentração de recursos.”*⁴

O relatório foi realizado em 1910 nos Estados Unidos da América e recomendava basicamente: a criação de departamentos, a compartimentalização do ensino de ciências básicas, a criação de hospitais escolas para serem utilizados como principais campos de treinamento clínico. Conforme esse modelo o ensino médico definiu suas ações somente na linha de saúde individual, não se vinculando ao interesse da comunidade.

É inegável que a má utilização de recursos técnicos favorecido pela pressão das indústrias de equipamentos médicos e de medicamentos favoreceu este modelo, levando a conseqüências indesejáveis como: o excesso da subespecialização, sem o preparo geral necessário, muitas vezes distanciando o médico do ser humano a quem deve atender,

limitando sua capacidade de relacionar-se com o doente, a subestimação dos dados colhidos em anamnese e pelo exame clínico; o custo exagerado dos serviços assistenciais.

De tal maneira os currículos das escolas médicas acabaram por compor-se de dezenas de disciplinas, numa seriação nem sempre consistente, muitas vezes, com total desarticulação entre o ensino de matérias básicas e o das profissionais, e o ostensivo descompasso entre o estudo da patologia, da epidemiologia, da clínica, dos métodos de investigação e da terapêutica; os conteúdos programáticos são extensos, definidos, exclusivamente, com base na percepção dos especialistas na matéria, sem confronto com dados de morbimortalidade, sem preocupação com as inter-relações dos assuntos com outras áreas de conhecimento; os procedimentos didáticos dominantes são a aula expositiva e a demonstração; os locais de ensino são as salas de aula e as enfermarias; o instrumento de avaliação é a prova escrita.

Atualmente, existem em processo, reformas curriculares em todo Brasil, e também aqui na Universidade Federal de Santa Catarina, onde a turma com aprendizado não baseado no modelo Flexneriano se encontra no terceiro semestre do curso de graduação. Entretanto o modelo antigo ainda conta com respaldo de muitos professores. Esta é uma das motivações principais para a elaboração desta pesquisa, uma vez que pode contribuir para ampliar o uso sobre o tema currículo versus realidade dos serviços de atenção primária à comunidade.

OBJETIVOS

1. Descrever o elenco dos motivos mais freqüentes das consultas médicas realizadas nos Postos de Saúde pertencentes ao Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina, durante o internato de Saúde Pública, no semestre de 2003-2.
2. Relacionar a consistência dos resultados obtidos com o aprendizado teórico-prático fornecido por este curso de graduação visando à formação do médico geral.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo transversal, onde foram colhidos os dados referentes aos motivos das consultas ambulatoriais realizadas nos Postos de Saúde pertencentes ao Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina, durante o internato de Saúde Pública, no semestre de 2003-2.

Estes dados foram registrados pelos acadêmicos da décima fase do curso de Medicina da UFSC e pela equipe médica durante o internato de Saúde Pública, no semestre de 2003-2 através do preenchimento do Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual – RAAI.

O Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual é preenchido em todos os Postos de Saúde da cidade de Florianópolis, tendo reservado dois campos para o preenchimento dos motivos de consulta médica, de acordo com os códigos determinados pelo 10ª revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10).

Os alunos foram divididos em sete grupos. Estes sete grupos foram distribuídos entre os postos de saúde do município de Florianópolis que faziam parte do Distrito Docente Assistencial atuando sob supervisão da equipe médica comunitária dos respectivos postos, conforme a seguinte lista: Centro de Saúde Córrego Grande, Centro de Saúde Itacorubi, Centro de Saúde Costeira do Pirajubaé, Centro de Saúde Lagoa da Conceição, Centro de Saúde Saco Grande, Centro de Saúde Fazenda do Rio Tavares e Centro de Saúde Rio Tavares.

As informações registradas pelas equipes nas RAAIs foram armazenadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, sendo os dados utilizados para este estudo liberados mediante autorização da Divisão de Informação e Avaliação do Departamento de Planejamento desta secretaria.

As informações registradas referentes aos motivos das consultas foram armazenadas num banco de dados e, através do software Excel, foi obtida uma lista geral dos motivos de consultas por ordem de frequência, que foi então relacionada com o número total de consultas realizadas nos Centros de Saúde.

Em seguida foi realizado um levantamento bibliográfico para confrontar os dados da literatura mundial com as informações colhidas, visando comprovar a dissociação entre o currículo de graduação em Medicina da UFSC e a realidade da prática médica na comunidade.

RESULTADOS

A amostra pesquisada foi de 19676 motivos de consultas ocorridos entre agosto e dezembro do ano de 2003 nos Postos de Saúde pertencentes ao Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina nos quais foi realizado o internato de Saúde Pública. Os 50 motivos gerais mais freqüentes de consultas foram responsáveis por 63,66% das consultas, totalizando 12525 motivos de atendimento. Conforme a tabela 1, tais motivos foram:

TABELA 1- Principais motivos de consulta médica

CID - 10	%	Total geral
Exame de rotina de saúde de criança	9,52%	1874
HAS primária	5,34%	1051
Dor abdominal e pélvica	4,37%	859
Supervisão de gravidez normal	3,85%	758
Aconselhamento não especificado	3,80%	747
Dorsalgia	3,11%	612
Infecções múltiplas das vias aéreas superiores	2,54%	500
Nasofaringite aguda	2,05%	404
Cefaléia	1,82%	358
Aconselhamento geral sobre anticoncepção	1,67%	329
Amigdalite aguda	1,62%	319
Exame ginecológico geral de rotina	1,42%	279
Anemia Ferropriva	1,38%	272
Náusea e Vômitos	1,26%	247
Vaginite Aguda	1,25%	245
Diabetes Não-Insulino Dependente	1,20%	237
Exame Médico Geral	1,17%	231
Cistite	1,07%	210
Dermatite por Fungos	0,76%	150
Episódios depressivos	0,76%	149
Visão sub-normal de ambos os olhos	0,74%	146
Exame de Laboratório	0,66%	130
Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa presumida	0,58%	115
Gastrite e duodenite	0,57%	113
Sinusite aguda	0,56%	111
Impetigo	0,55%	109
Artropatias Reacionais	0,54%	107
Parasitose intestinal não especificado	0,54%	106
Influenza devido a vírus não identificado	0,52%	102
Dermatite Alérgica de Contato Não-especificado	0,50%	99

Escabiose	0,49%	97
Exame especial para rastreamento de doenças infecciosas ou parasitárias	0,47%	92
Vaginite sub-aguda e crônica	0,47%	92
Outras dores abdominais não-especificados	0,45%	88
Transtornos da menopausa e perimenopausa	0,44%	87
Dor em Membro	0,43%	84
Asma	0,42%	82
Poliartrite não-especificada	0,40%	78
Seguimento pós-parto de rotina	0,39%	77
Dor Articular	0,39%	77
Desnutrição leve (1º Grau)	0,39%	77
Conjuntivite aguda não-especificada	0,38%	75
Bronquite Aguda Não Especificada	0,38%	74
Anorexia	0,37%	73
Amenorréia não-especificada	0,37%	73
Infecção aguda de vias aéreas superiores não-especificado	0,36%	70
Outras Afecções inflamatórias da vagina e da vulva	0,34%	66
Influenza devido a vírus identificado	0,34%	66
Amigdalite aguda não-especificada	0,33%	64
Otite Média não-supurada	0,33%	64
	63,66%	12525
Total	100,00%	19676

Fonte: PMF- Secretaria de Saúde (2004)

Na tabela 2 encontram-se listados em ordem decrescente de frequência os 10 motivos originários de consultas a pacientes saudáveis. Tais motivos foram responsáveis por 23,18% dos motivos de consultas ambulatoriais e totalizaram 4560 registros.

TABELA 2 – Motivos de consulta em pacientes saudáveis

CID - 10	Total geral	%
Exame de rotina de saúde de criança	1874	9,52%
Supervisão de gravidez normal	758	3,85%
Aconselhamento não especificado	747	3,80%
Aconselhamento geral sobre anticoncepção	329	1,67%
Exame ginecológico geral de rotina	279	1,42%
Exame Médico Geral	231	1,17%
Exame de Laboratório	130	0,66%
Exame especial para rastreamento de doenças infecciosas ou parasitárias	92	0,47%
Seguimento de pós-parto de rotina	77	0,39%
Problema não-especificado relacionado com o estilo de vida	43	0,22%
	4560	23,18%
Total	19676	100,00%

Fonte: PMF- Secretaria de Saúde (2004)

Na tabela 3 estão listadas em ordem decrescente de frequência as 25 principais patologias responsáveis por consultas.

Essas patologias perfizeram 6810 registros ocasionando 34,61% do total de motivos de consultas durante o internato em Saúde Pública.

TABELA 3 – Principais patologias responsáveis por consultas

CID - 10	Total geral	%
Hipertensão Essencial	1051	5,34%
Dor abdominal e pélvica	859	4,37%
Dorsalgia	612	3,11%
Infecções agudas de vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas	500	2,54%
Nasofaringite Aguda	404	2,05%
Cefaléia	358	1,82%
Amigdalite Aguda	319	1,62%
Anemia Ferropriva	272	1,38%
Náusea e vômitos	247	1,26%
Vaginite aguda	245	1,25%
Diabetes não insulino dependente	237	1,20%
cistite	210	1,07%
Dermatite por fungos	150	0,76%
Episódios Depressivos	149	0,76%
Visão subnormal de ambos os olhos	146	0,74%
Diarréia e gastroenterite	115	0,58%
Gastrite e duodenite	113	0,57%
Sinusite Aguda	111	0,56%
Impetigo	109	0,55%
Artropatia Reacionais	107	0,54%
Parasitose intestinal não-especificado	106	0,54%
Influenza devido a vírus não identificado	102	0,52%
Dermatite alérgica de contato não especificada	99	0,50%
Escabiose	97	0,49%
Vaginite subaguda e crônica	92	0,47%
Total	6810	34,61%
	19676	100,00%

Fonte: PMF- Secretaria de Saúde (2004)

DISCUSSÃO

A distribuição dos motivos de consultas, embora de incidência universal, assume aspectos regionais, quase sempre guiados pela política de saúde coletiva atuante no município. O principal motivo de consultas nos Postos de Saúde participantes do Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina⁵ situados em Florianópolis, SC estudados foi o de puericultura, sendo provavelmente causado pela estratégia para redução de mortalidade infantil em Florianópolis: o programa Capital Criança que segundo Alba Maria Tavares visa:

*“ garantir, aos pequenos cidadãos florianopolitanos , seus direitos sociais e proteger a mulher no processo de gestação, parto e puerpério”.*⁶

Segundo esta autora, tal programa foi responsável pela redução de 21.6 para 8 em 1000 nascidos vivos, no período de maio de 1997 a maio de 2002. Tal justificativa explica também o quarto motivo de consulta: acompanhamento de gestação em curso sem complicações. Os demais motivos de consulta que diferem da literatura.

Conforme Duncan ⁷, os motivos de atendimento apresentam grandes variações dependendo da natureza do serviço. Os diagnósticos mais freqüentes foram: doenças do aparelho respiratório (19-23%), principalmente infecção de vias aéreas superiores, doenças do aparelho circulatório (11-17%), basicamente hipertensão arterial sistêmica, doenças infecto parasitárias(13%).

John Fry ⁸, médico de família inglês que realizou pesquisa sobre os motivos de consultas por ele atendidos em vinte e cinco anos, concluiu que as doenças mais comuns são as relacionadas ao meio ambiente, infecções respiratórias, infecções gastrintestinais, infecções de pele, problemas emocionais, sociais e acidentes; as que estão relacionadas com a velhice e a degeneração das artérias levando a doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais; e as associadas com a degeneração de articulações, olhos e aparelhos auditivos.

Levantamento realizado pelo National Ambulatory Medical Care Survey⁹ nos Estados Unidos, listou os vinte e cinco motivos de consultas mais freqüentes. São eles por ordem de

freqüência: hipertensão arterial sistêmica essencial, exame médico geral, infecção respiratória alta aguda, diabetes melito, gestação normal, otite média supurativa ou inespecífica, faringite aguda. Bronquite, sinusite crônica, agravos à saúde não classificados em outra parte, puericultura, entorses e distensões, distúrbios da uretra e do trato urinário, obesidade e hiperalimentação, sintomas gerais, dermatite de contato e outros eczemas, distúrbios neuróticos, osteoartrose e distúrbios relacionados, outras artropatias inespecíficas, outros distúrbios de partes moles, outras gastroenterites não infecciosas, asma, entorses e distensões da região sacro-ílica, amigdalite aguda, distúrbios do ouvido externo. Estas vinte e cinco queixas totalizaram 50% das consultas.

Nota-se o grande percentual de motivos de consultas onde se lida com indivíduos teoricamente saudáveis confirmando a definição de Anita Berlim:

*“um médico de atenção primária está calibrado mais para o normal que para o patológico”.*¹⁰

No currículo de medicina da UFSC¹¹ em que estudaram os acadêmicos participantes do internato de saúde pública no segundo semestre de 2003 há 64 matérias obrigatórias, num total de 7686 horas aula mais um mínimo de 108 horas aula de matérias optativas, num total de 37 horas semanais. O plano de ensino de cada disciplina é elaborado, por especialistas na sua área que por sua vez centram o tema da aula na patologia. Existe, portanto necessidade de mudar o enfoque do ensino médico das escolas para proporcionar um melhor direcionamento do ensino adequando-o as necessidades da comunidade e conseqüentemente otimizando o aprendizado da medicina.

É importante lembrar que essa não é uma discussão unicamente das escolas brasileiras. Nas últimas décadas vem sendo tema polemico em âmbito mundial. Farei aqui uma breve retomada histórica dos fatos de maior relevância.

Estudo realizado por García¹² em 1967 nas 107 das 135 escolas médicas da América Latina, considerado a pesquisa mais abrangente e aprofundada realizada até hoje situou dois pontos cruciais da educação médica. O primeiro é a dissociação entre ensino e trabalho e, o segundo é a problemática da escola medica que por um lado tende a ser inovadora em conseqüência com a “proximidade” com o desenvolvimento social e político cultural

enquanto é pressionada a se manter conservadora frente aos interesses e exigências do mercado de trabalho médico, do qual significativa parcela dos professores faz parte.

As décadas seguintes (70/80) foram repletas de acontecimentos e de processos no campo de acadêmico e de educação médica, nos campos teórico e prático, em âmbito tanto nacional como internacional. E prepararam o terreno para o desenvolvimento, nos anos 90, de novas propostas de mudança da educação médica latino – americana.¹³

Segundo ALMEIDA(2001)¹⁴ durante a década de 90, os acontecimentos relevantes na educação médica foram: em 1991, a coordenação do Programa para a América Latina e o Caribe, da Fundação Kellogg, comunicou e convidou as instituições universitárias da área da saúde detentoras. No mínimo, de cursos de graduação de medicina e de enfermagem a participar de “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, referida mais comumente pela sigla UNI¹⁵. Nesse mesmo ano, realizou-se em Havana a etapa final da “Universidad Latino-Americana Y Salud de la Población”.

Com base na 15ª. Conferencia Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina, promovida pela Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Alafem) realizou-se a etapa final desta conferência Integrada, em Havana, Cuba.

A conferencia foi, sem dúvida, um processo importante de (re) afirmação ideológica e aprofundamento teórico conceitual das questões vigentes na América Latina no contexto do amplo temário tratado. A aproximação entre Alafem e Fepafem ocorreu no contexto da realização da 2ª. Conferencia Mundial de Educação Médica.

Esta Conferência foi realizada em Edimburgo, Escócia em 1993 e contou com 240 participantes. Esses eram provenientes de 80 países, 42 deles (17%) pertenciam à região das Américas, constituindo dentre as regiões da Organização Mundial de Saúde e da WFME, a delegação mais numerosa. Dentre as 42, havia 21 latino-americanas, convidados e financiados pelo OPS/ Fepafem e pela fundação Kellogg.

A conferência foi organizada e coordenada pela WFME, contando com o apoio da OMS/OPS, do Unicef, Da Unesco, do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, do Banco Mundial, da Fundação Kellogg, da Fundação Robert Wood Johnson e de várias outras organizações britânicas. O tema central do evento foi:

“A mudança na profissão médica: implicações para a educação médica”

Outros temas discutidos naquela referida conferência foram:

- a) a crise econômica;
- b) o desenvolvimento tecnológico e
- c) a necessidade de equidade.

A prática e a educação médica foram abordadas como realidades sociais, intimamente relacionadas com os processos dinâmicos de desenvolvimento. Foi previsto que a prática médica, estando subordinada a função da organização e dinâmica do Estado, da economia, do desenvolvimento científico e das necessidades sociais. Esses condicionantes que se associam de forma direta ou por meio da prática profissional, orientam as diretrizes e mecanismos do processo da formação médica.

Atualmente a situação institucional da educação médica na América Latina é vista como crítica. As metas do momento se restringem a buscar inovações educativas e recursos financeiros para responder a demanda de funcionamento e requerimento corporativo, em detrimento das necessidades efetivas do entorno social.

O aspecto mais grave observado concerne a uma crise de liderança e de governabilidade nas escolas de medicina, baixa capacidade de planejamento e de gestão administrativa, baixa autocrítica sobre a educação acadêmica médica muitas vezes limitando-se a reformas curriculares eventuais e superficiais.

A OPS indicou ser deficiente o método utilizado no ensino médico baseado na aprendizagem de problemas ou em orientação à comunidade.

No que tange a aprendizagem baseada em problemas, percebe-se que necessita estar atrelada a aprofundamento das explicações dos problemas de saúde detectados e a incorporação de conceitos provindos das ciências básicas e sociais. A diagnose estreita baseado apenas em manifestações superficiais de fenômenos isolados é incapaz de identificar a real causa s do problema, ou seja, da enfermidade.

Ainda que a princípio possa parecer um método mais integrador, de fato se mostra deveras insuficiente e sujeito a distorções, como justifica a citação;

“o ensino orientado à comunidade não pode significar uma medicina diferenciada, de médico a pobres para populações pobres...nem substituir um imprescindível arsenal científico, teórico e metodológico, necessário para permitir que os estudantes conheçam as realidades sociosanitárias,

*pelo mero contato com a comunidade, como se este, por si só, tivesse o poder de revelar a dinâmica social.”*¹⁶

O posicionamento das Américas é de que há necessidade de gerar um novo modelo acadêmico, educativo, científico e biomédico e social projetado em função do indivíduo e da sociedade. Faz-se imprescindível o trabalho interdisciplinar congregado ao estudo e trabalho médico. Outro aspecto importante se refere a

*“ superação da contradição entre formação de especialistas e de médicos gerais exige que a educação médica enfrente criticamente a determinação tecnológica do critério médico de qualidade, que envolve tanto a ética profissional como a equidade. É necessário continuar a formar melhores especialistas e., ao mesmo tempo, resgatar e fortalecer a formação geral na graduação, colocando-os adequadamente nas equipes de saúde, promovendo igualmente suas funções e reconhecimento sociais.”*⁹.

Os eventos internacionais de Havana em 1991 e o de Edimburgo em 1993, relacionados por ALMEIDA (2001), no campo acadêmico subsidiaram para acumular conhecimentos e recursos de poder por parte dos atores latino-americanos envolvidos na educação médica. Esses acontecimentos supramencionados viabilizaram a construção e a divulgação de propostas de mudança e de disputas no movimento brasileiro da educação médica. Ressalva seja feita que integram os aspectos envolvidos nem sempre possuem visibilidade ou conhecimento por parte da classe médica. Aqueles processos internacionais fizeram parte de um momento histórico de cisão nas tentativas de mudança na plataforma teórica-prática médica.⁹

CONCLUSÃO

Com base na análise dos dados encontrados, conclui-se que:

1. Os dez primeiros motivos de consulta são: exame de rotina de saúde da criança, hipertensão arterial sistêmica primária, dorsalgia, supervisão de gravidez normal, aconselhamento não-especificado, infecções múltiplas das vias aéreas superiores, nasofaringite aguda, cefaléia, aconselhamento geral sobre anticoncepção e amigdalite aguda;
2. As patologias mais freqüentes, juntamente com os motivos de consultas a pacientes saudáveis, não são representadas de forma proporcional no currículo do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Espera-se que esse trabalho possa contribuir para a adequação do novo currículo a realidade das necessidades da população.

REFERÊNCIAS

1. CNE. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina: Resolução n.º4. Brasília. 2001. nov.
2. UFSC.Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Ensino. Departamento de Administração. Currículo escolar: curso de Medicina. Florianópolis, 1998.
3. Porto, C.C. Exame Clínico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, pg.5-6. 2 ed
4. Mendes, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP,1984 p. 31-35
5. PMF & UFSC. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina Termo aditivo n. 17/97: convênio firmado entre a Universidade Federal de Santa Catarina e a Prefeitura Municipal de Florianópolis. 1997
6. Tavares, A M. Estratégias para redução na mortalidade infantil em Florianópolis. *In: Anais* do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília. ABRASCO. 2003. p. 749. v.8. supl. 8. 884p. (livro de resumos)
7. Duncan, B. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2 ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1996.
8. Fry, J. Doenças Comuns: Incidência , Natureza e Tratamento. São Paulo: Manole; 1977.
9. Barker, L.R; Burton, J. Princípios de Medicina Ambulatorial. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
10. op. cit.³
11. UFSC.Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Ensino. Departamento de Administração. Currículo escolar: curso de Medicina. Florianópolis, 1998.
12. García, J.C. La educación médica en la America Latina. Washington, OPS, 1972. (publicación científica, 255)
13. Almeida, M.J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *In: Rev. Bras.de Educ. Méd. ABEM.* 2001. Rio de Janeiro. v. 25. n.2 (mai-ago):42-51
14. Almeida, M.J. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança.Londrina. Ed.UEL;Rio de Janeiro. ABEM, 1999.196p.

15. Kisil M. Chaves, MM Programa UNI: Uma nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da saúde . Bttle Creek: Fundação W.K. Kellog, 1994. 125p.
- 16 OPS. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. Revista Brasileira Educação Médica. Rio de Janeiro. ABEM,1992; 16(1/3):48-52

-
- ¹ CNE. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR . Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina: Resolução n.º4. Brasília. 2001. nov.
- ² UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Ensino. Departamento de Administração. Currículo escolar: curso de Medicina. Florianópolis, 1998.
- ³ Porto, C.C. Exame Clínico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, pg.5-6. 2 ed
- ⁴ Mendes, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984 p. 31-35
- ⁵ PMF & UFSC. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina Termo aditivo n. 17/97:convênio firmado entre a Universidade Federal de Santa Catarina e a Prefeitura Municipal de Florianópolis. 1997
- ⁶ Tavares, A M. Estratégias para redução na mortalidade infantil em Florianópolis. *In: Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Brasília. ABRASCO. 2003. p. 749. v.8. supl. 8. 884p. (livro de resumos)
- ⁷ Duncan, B. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2 ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1996.
- ⁸ Fry, J. Doenças Comuns: Incidência , Natureza e Tratamento. São Paulo: Manole; 1977.
- ⁹ Barker, L.R; Burton, J. Princípios de Medicina Ambulatorial. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ¹⁰ op. cit.³
- ¹¹ UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Ensino. Departamento de Administração. Currículo escolar: curso de Medicina. Florianópolis, 1998.
- ¹² García, J.C. La educación médica en la America Latina. Washington, OPS, 1972. (publicación científica, 255)
- ¹³ Almeida, M.J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *In: Revista Brasileira de Educação Médica*. ABEM. 2001. Rio de Janeiro. v. 25. n.2 (mai-ago):42-51
- ¹⁴ Almeida, M.J. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina. Ed.UEL;Rio de Janeiro. ABEM, 1999.196p.
- ¹⁵ Kisil M. Chaves, MM Programa UNI: Uma nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da saúde . Bttle Creek: Fundação W.K. Kellog, 1994. 125p.
- ¹⁶ OPS. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. *Revista Brasileira Educação Médica*. Rio de Janeiro. ABEM,1992; 16(1/3):48-52