

TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS MAIS FREQUENTES CONTRIBUIÇÃO PARA A DEFINIÇÃO DE TEMAS DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO DE NEUROLOGIA, PARA A GRADUAÇÃO MÉDICA

JOÃO ELIEZER FERRI-DE-BARROS*, JOSÉ CARLOS ESTEVES VEIGA**,
ANTONIO VITOR MARTINS PRIANTE***, CESAR AUGUSTO CARDOSO***,
FÁBIO LUIZ ALVES***, MARINA FERRI-DE-BARROS****, ROSALIA MATERA TURRINI***,
SÍLVIA DANIELA SCARPEL OLIVEIRA****, SILVINO FONTANA JUNIOR***

RESUMO - Introdução: O acúmulo de conhecimentos tem sobrecarregado o conteúdo curricular do curso de graduação médica. As escolas médicas devem estar preocupadas em definir um conteúdo temático mínimo, relacionado com os transtornos mais frequentes; buscamos sugerir o conteúdo temático mínimo, para o curso de Neurologia na graduação médica. **Método:** 1. Identificamos os locais de trabalho dos médicos jovens, fora do Hospital Escola(HE) pela análise de resposta às cartas enviadas a 6415 médicos residentes (MR) do Estado de São Paulo e de 201 entrevistas pessoais com MR; 2. Verificamos quais os transtornos neuro-psiquiátricos (TNP) mais frequentes na população, através da análise dos registros diagnósticos de pacientes que procuraram o Pronto Socorro (PS) de três instituições: Municipal de Taubaté-SP, Municipal de São José dos Campos-SP e Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo-SP. **Resultados:** 1. Os MR são jovens e, fora do HE, trabalham em PS. 2. Os diagnósticos mais frequentes nas três instituições foram: alcoolismo, cefaléia, coma, demência, desmaio, doença encéfalo-vascular, epilepsia, hemiplegias ou paraplegias, meningite, neuropatia periférica, paralisia facial, tontura, transtornos psíquicos e traumatismo craniocéfálico. **Conclusão:** Estes diagnósticos mais frequentes são os temas relevantes para o conteúdo programático do curso de Neurologia na graduação médica.

PALAVRAS-CHAVE: ensino em neurologia, conteúdo curricular mínimo, currículo sociocêntrico, neuroepidemiologia.

The most frequent neurologic disturbances: a contribution to the definition of topics for the programmatic content to the program of neurology in medical graduation

ABSTRACT: Introduction: Knowledge accumulation is overfilling the thematic content of medical graduation. Medical Schools must be alert to define a minimal content related with the most frequent disturbs. We intent to suggest topics for the minimal content, to the program of Neurology in medical graduation. **Method:** 1. To identify the places where young doctors are working outside the School Hospital (SH): we analysed the answers of the letters sent to 6415 resident - doctors (RD) in São Paulo's State and we made personal interview with 201 RD. 2. To verify the most frequent neuropsychiatric disturbs (ND) in the population: we made the analysis of the patient's diagnostic records in emergency room of three institutions: Municipal of Taubaté-SP, Municipal of São José dos Campos-SP and Faculty of Medicine of São Paulo Santa Casa de Misericórdia. **Results:** 1. The RD are young and, outside the SH, they work in other emergency services. 2. The most frequent diagnosis in institutions were listed: alcoholism, cerebrovascular disease, coma, cranial trauma, dementia, dizziness, epilepsy, facial

Estudo realizado na Disciplina de Neurologia e Neurocirurgia do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté (UNITAU): *Professor Titular de Neurologia, Doutor em Neurologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); **Professor Titular de Neurocirurgia, Professor Assistente de Neurocirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Santa Casa de São Paulo, Doutor em Neurologia pela FMUSP; ***Acadêmico de Medicina da UNITAU, bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP); ****Acadêmico de Medicina da FCM da Santa Casa de São Paulo, bolsista da FAPESP. Pesquisa desenvolvida com apoio da FAPESP. Aceite: 27-outubro-1999.

Dr. João Eliezer Ferri-de-Barros - Av. São João 1770 - 12242-000 São José dos Campos SP - Brasil.

paralysis, faint, headache, hemiplegia or paraplegia, meningitis, others paralysis, peripheral neuropathy and psychiatric disorders. *Conclusion:* Those diagnostics most frequent are relevant topics of the programmatic content to the program of Neurology in medical graduation.

KEY WORDS: neurology teaching, minimal curricular content, sociocentric curriculum, neuroepidemiology.

Um dos grandes problemas atuais da prática da medicina está diretamente ligado ao despreparo dos médicos para o exercício da profissão (é evidente que muitos outros fatores contribuem para agravar os problemas da prática da medicina nos dias de hoje; não é propósito deste estudo discutí-los). Este despreparo pode estar relacionado, entre outras coisas igualmente relevantes, ao acúmulo de aquisições cognitivas que lhes é exigido durante a graduação. É este possível acúmulo de informações que pretendemos discutir.

O grande avanço do conhecimento tornou impossível que tudo seja ensinado a todos. Compreendendo esta realidade atual temos tentado estabelecer qual a frequência relativa dos transtornos neurológicos. Acreditamos que essas informações possam ser de relevância para o ensino da neurologia nos cursos de graduação médica.

Nosso objetivo é contribuir para a definição do conteúdo temático mínimo para o curso de neurologia na graduação médica.

METODO

Dividimos a pesquisa em duas vertentes fundamentais:

Determinar quais os locais de trabalho dos jovens médicos, fora do Hospital Escola.

Para verificar quais os locais de trabalho dos jovens médicos, fora do hospital escola, enviamos cartas a 6415 médicos-residentes (MR) do Estado de São Paulo e realizamos 201 entrevistas pessoais com MR.

As cartas enviadas solicitavam resposta a um questionário, elaborado para essa finalidade. O planejamento do envio dessa correspondência foi embasado em informações da FUNDAPE e das Comissões de Residência Médica (COREME) das 65 instituições credenciadas no Estado. Foi anexado à cada carta enviada, um envelope já selado e endereçado à COREME do Hospital Universitário da UNITAU, no qual o MR enviaria o questionário devidamente respondido.

Para as *entrevistas pessoais com MR*, definiu-se uma amostra significativa dentro do universo do total de vagas credenciadas para MR. A partir de dados da FUNDAPE selecionaram-se 18 instituições, que englobam cerca de 70% dos MR. Calculamos o número de MR a ser entrevistado em cada instituição respeitando a representatividade da instituição para o universo de 4631 vagas credenciadas (70%). Para a realização das entrevistas, utilizou-se protocolo em forma de questionário. Estas entrevistas foram aplicadas diretamente pelos bolsistas, nos locais onde os MR desenvolvem o seu programa de Residência Médica, sendo que cada entrevistado recebia uma xerocópia do protocolo e uma relação de transtornos para auxiliar no preenchimento das questões 8 e 12. A relação de transtornos foi constituída a partir da análise do CID-9.

Determinar os transtornos neurológicos mais frequentes na população

Para averiguar quais os transtornos neuro-psiquiátricos mais frequentes no nosso meio, escolhemos como população alvo os pacientes atendidos, durante o período de um ano, no Pronto Socorro (PS) de três instituições: Municipal de Taubaté-SP (PSMT) que atende adultos e crianças, em 1993; Municipal de São José dos Campos-SP (PSMSJC), que atende adultos e crianças, em 1995; e da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo-SP (PSSANTA), no setor de adultos, em 1996. Nos PSMT e PSMSJC os diagnósticos foram verificados pela consulta de livros próprios de registros. No PSSANTA os diagnósticos foram verificados pela consulta ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (padronização CID-9). Da comparação dos diagnósticos mais frequentes nas três instituições, adveio a sugestão do conteúdo temático mínimo para o curso de neurologia na graduação médica.

RESULTADOS

Os locais de trabalho dos jovens médicos, fora do Hospital Escola.

Recebemos 267 cartas-resposta de MR. A distribuição do sexo foi 45,86% feminino e 54,14% masculino. Esses MR estavam cursando residência em 31 das 65 instituições credenciadas no Estado.

Tabela 1. Atividade remunerada e locais de trabalho, fora das respectivas instituições, dos médicos residentes que responderam as cartas.

Atividade remunerada	Frequência	Percentil
Sim	184	71,59%
em Pronto Socorro	143	71,72%
outros locais	105	57,06%
Total	248*	128,78%*
Não	73	28,41%
Total	257**	100%

*vários residentes trabalham em mais de um local. **Dez (10) respostas anuladas e/ou em branco.

Tabela 2. Atividade remunerada e locais de trabalho, fora das respectivas instituições, dos médicos residentes que foram entrevistados.

Atividade remunerada	Frequência	Percentil
Sim	102	50,75%
em Pronto Socorro	88	86,27%
outros locais	24	23,53%
Total	112*	109,80%*
Não	99	49,25%
Total	201	100%

*Vários residentes trabalham em mais de um local.

32,20% eram MR de primeiro ano-R1, 27,27% R2, 31,82% R3, 6,44% R4, 1,90% R5 e 0,38% R6. A maioria dos MR tem menos de 30 anos (88,98%). Na Tabela 1 mostramos os MR que trabalham fora do HE e em que locais. Dos 201 MR entrevistados, 40,30% eram mulheres e 59,70% homens, 96,02% dos MR têm menos de 30 anos. Na Tabela 2 mostramos os MR que trabalham fora do HE e em que locais.

Transtornos neurológicos mais frequentes na população.

No PSMT foram atendidos 137939 pacientes (28,83% crianças); desses, 4,10% tiveram hipótese diagnóstica de algum transtorno neuro-psiquiátrico (TNP).(Tabela 3). No PSMSJC foram atendidos 125190 pacientes (33,07% de crianças); desses, 7,61% tiveram hipótese diagnóstica de algum TNP. (Tabela 4). No PSSANTA foram atendidos 113888 pacientes (apenas adultos); desses, 10,96% tiveram hipótese diagnóstica de algum TNP. (Tabela 5).

Considerando as três populações, os diagnósticos mais frequentes foram: alcoolismo, cefaléia, coma, demência, desmaio, doença encefalo-vascular, epilepsia, hemiplegias ou paraplegias, meningite, neuropatia periférica, paralisia facial, tontura, transtornos psíquicos e traumatismo craniocéfálico. Outros diagnósticos de TNP representaram apenas 0,49% no PSMT, 0,38% no PSMSJC e 1,20% no PSSANTA.

DISCUSSÃO

“... é sabido que na atividade clínica há um indivíduo que se entrega, quase sem reservas, a quem credita capacidade de apoio, e outro que deve atuar sempre com todas as suas armas de auxílio. E o objetivo fundamental é a qualidade de vida do primeiro¹. O médico jovem deve estar capacitado. O extraordinário acúmulo de conhecimentos tornou quase impossível saber todos os detalhes de uma determinada especialidade durante o decorrer do curso médico, tão extenso seria o programa. Existem fortes tendências das especialidades identificarem cada vez mais e mais áreas do conhecimento por elas consideradas essenciais, congestionando assim o conteúdo curricular²⁻⁵. Diante

Tabela 3. Hipóteses diagnósticas de transtornos neuro-psiquiátricos em doentes atendidos no Pronto Socorro Municipal de Taubaté no ano de 1993.

Hipótese diagnóstica	Número	Percentil
Transtornos psiquiátricos	1888	33,40%
Cefaléia	1553	27,48%
Alcoolismo	893	15,80%
Trauma craniocéfálico e/ou raquimedular	483	8,54%
Epilepsia	412	7,29%
Tontura	228	4,03%
Doença encéfalo-vascular	111	1,96%
Desmaio ou síncope	16	0,28%
Neuropatias periféricas	20	0,35%
Paralisia facial	8	0,14%
Paralisias	7	0,12%
Cervicalgia	4	0,07%
Paralisia cerebral	4	0,07%
Encefalopatia	3	0,05%
Hipoacusia	3	0,05%
Deficiência mental	2	0,04%
Doenças inflamatórias ou infecciosas	2	0,04%
Sequela de meningite	2	0,04%
Toxoplasmose em sistema nervoso central	2	0,04%
Distúrbio sensorial	1	0,02%
Amnésia	1	0,02%
Autismo	1	0,02%
Dislalia	1	0,02%
Distúrbio neurológico	1	0,02%
Miastenia	1	0,02%
Overdose	1	0,02%
Parestesia	1	0,02%
Sequela de poliomielite	1	0,02%
Síndrome de Down	1	0,02%
Tremores	1	0,02%
Total	5652	100%

de tão extenso conhecimento, encarando com realidade a situação de ministrar um programa adequado na área de neurologia, estamos buscando identificar “o que ensinar”. Segundo Broad (apud Huxley⁶) “... A função do cérebro e do sistema nervoso é proteger-nos, impedindo que sejamos esmagados e confundidos por essa massa de conhecimentos, na sua maioria inúteis, e sem importância, eliminando muita coisa que, de outro modo, deveríamos perceber ou recordar constantemente, e deixando passar apenas aquelas poucas sensações selecionadas que, provavelmente, terão utilidade na prática.” Deve-se compreender claramente a necessidade de filtrar as informações que são oferecidas aos estudantes. Procuramos identificar o mínimo de informações que são necessárias à prática clínica cotidiana (designado, por educadores, conteúdo temático de um currículo do tipo nuclear).

É evidente que não se pretende que os conhecimentos ministrados no curso médico de graduação, sejam os únicos que os médicos devam ter a respeito de qualquer assunto; mas, pretende-se sim, que pelo menos conhecimentos básicos os médicos recém graduados saibam. São cada vez mais frequentes os cursos de educação continuada, de atualização, de reciclagem, organizados por

Tabela 4. Hipóteses diagnósticas de transtornos neuro-psiquiátricos em doentes atendidos no Pronto Socorro Municipal de São José dos Campos no ano de 1995.

Hipótese diagnóstica	Número	Percentil
Transtornos psiquiátricos	2448	25,70%
Cefaléia	2873	30,17%
Alcoolismo	1509	15,84%
Trauma craniencefálico e/ou raquimedular	606	6,36%
Epilepsia	598	6,28%
Tontura	725	7,61%
Doença encéfalo-vascular	618	6,49%
Desmaio ou síncope	48	0,50%
Doenças inflamatórias ou infecciosas	50	0,52%
Hidrocefalia	33	0,35%
Paralisia facial	9	0,09%
Coma	4	0,04%
Tumor cerebral	3	0,03%
Total	9524	100%

Tabela 5. Hipóteses diagnósticas de transtornos neuro-psiquiátricos em doentes atendidos no Pronto Socorro Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no ano de 1996.

Hipótese diagnóstica	Número	Percentil
Transtornos psiquiátricos	3214	25,74%
Cefaléia	3007	24,08%
Trauma craniencefálico ou raquimedular	1534	12,29%
Alcoolismo	1452	11,63%
Doença encéfalo-vascular	849	6,80%
Tontura	614	4,92%
Epilepsias	490	3,92%
Neuropatia periférica	435	3,48%
Síncope ou desmaio	166	1,33%
Demência	140	1,21%
Paralísias	129	1,03%
Doenças inflamatórias ou infecciosas	113	1,03%
Paralisia facial	98	0,78%
Coma	95	0,76%
Doenças héredo degenerativas	75	0,60%
Doenças desmielinizantes	31	0,25%
Tumores encefálicos	24	0,19%
Síndrome vestibular	3	0,02%
Outros	17	0,14%
Total	12486	100%

escolas médicas e/ou associações médicas diversas; esses cursos, agora sim, têm a finalidade de reforçar e ampliar os conhecimentos médicos. Lembremos que o exercício da medicina pressupõe estudos continuados, que a clínica é soberana e fundamentada necessariamente na anamnese⁷ e que “Na medicina, como na arte e na literatura, o estudo dos clássicos pode fornecer orientação e conhecimento que ainda hoje são relevantes”⁸. Muitos autores enfatizam a importância de as escolas

médicas redirecionarem seus currículos em função de um compromisso social básico, ou seja, estarem voltadas às reais necessidades de saúde da população⁹⁻¹⁹.

A Comissão de Ensino da Academia Brasileira de Neurologia¹⁰ enfatiza que se deve ter em mente a formação não especializada, de tal modo que os ensinamentos estejam voltados para o relevante, isto é, o frequente, o prevalente e o que intenciona prevenção e reabilitação.

Byrne e Rozental¹², propondo elementos básicos para elaborar um plano estratégico com base na Organização Panamericana de Saúde, definem as escolas médicas como construções sociais e a educação médica como uma prática social, cujo principal objetivo é produzir profissionais capazes de contribuir para melhorar a condição humana. Chastonay e col.²⁰ defendem um currículo de graduação centrado nas necessidades da comunidade. Hansen e Roberts¹³ relatam que algumas escolas médicas estão reconsiderando a educação dos médicos sob a óptica de necessidades da comunidade. Shahabudin¹⁷, discutindo educação médica na Malásia, discute a necessidade de produzir médicos “na Malásia, para a Malásia.” O conhecimento da prevalência de transtornos neurológicos em Cuba²¹, na Nigéria²² ou na Índia²³, é fundamental para o planejamento de ações de saúde e correções de conteúdos curriculares naqueles países.

Embora existam discordâncias, como Kurtzke e Houff²⁴ que apontam no sentido de transformar os neurologistas em “médico de atendimento inicial”, o cerne da bibliografia sugere aos especialistas “ensinar o que é relevante para o atendimento inicial ao doente”, como sugerido por Porter²⁵. Parece que o caminho a seguir, no sentido de se estabelecer o conteúdo temático mínimo de um currículo voltado às reais necessidades da população (tipo nuclear e sociocêntrico), está bem delineado: basta verificar quais são os transtornos neurológicos mais frequentes, elegendo o estudo desses distúrbios como cerne daquele conteúdo.

Atia-Romdhane e col.²⁶, na tentativa de estabelecer a prevalência das principais doenças neurológicas na Tunísia, comentam que os critérios de definição de doenças neurológicas e de diagnóstico diferem de um estudo para outro, tornando difícil a comparação dos resultados de países diferentes. Uma doença como a poliomielite, de alta prevalência na Nigéria²² e na Índia²³, no nosso meio está virtualmente erradicada. É necessário que se busque estabelecer o relevante a partir de informações nacionais, talvez até mesmo regionais. Este caminho é o adotado por Alvarenga¹¹, que busca como perfil epidemiológico a casuística do Hospital da Lagoa e do Hospital Bonsucesso, no Rio de Janeiro.

Dentro da nossa proposta de melhorar a capacitação dos jovens médicos, devíamos saber qual o local de atuação desse grupo. Temos constatado que muitos médicos recém graduados vão trabalhar em PS, porque, em decorrência de necessidades pecuniárias mínimas, em um plantão de PS eles acabam conseguindo aferir maior remuneração em menor tempo. Muitos destes jovens médicos estão em fase de especialização em suas áreas de interesse, não tendo tempo disponível para atividades ambulatoriais fora da área de interesse. Se acreditarmos em “deve-se sempre tratar, algumas vezes diagnosticar e jamais prognosticar”, talvez fique claro que situações de urgência não permitam consultas bibliográficas. Seriam então, estas “urgências” o fundamento do *conteúdo temático de um currículo nuclear sociocêntrico*.

Tentamos buscar informações sobre quais são os transtornos neurológicos mais frequentes no nosso meio e até o momento atual, parece-nos que os dados epidemiológicos não são satisfatórios. Na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, buscamos com Maria Lúcia Lebrão alguns dados (informações através de entrevista aberta). Existem, já informatizados, dados relativos às internações hospitalares-SUS, reunidos em períodos anuais, todos os diagnósticos, segundo a CID-9; seria então exequível separarmos os diagnósticos neurológicos e estabelecer a frequência relativa das diversas doenças. A mesma pesquisadora tem dados relativos às internações hospitalares-SUS no Vale do Paraíba²⁷. Tais resultados, entretanto, serviriam apenas como dados comparativos, visto que não deverá ser apenas a população de pacientes com problemas neurológicos internados-SUS nosso conjunto em estudo. Parece claro que a maior parte dos que padecem de

problemas de ordem neurológica não está internada; apenas para citarmos exemplos de problemas muito frequentes nesta área, pacientes com cefaléia e epilepsia usualmente não requerem internações.

Também revimos um trabalho que analisa o diagnóstico inicial de 1815 pacientes encaminhados à triagem de um ambulatório de neurologia, num hospital público universitário em São Paulo, Brasil²⁸. Parecia-nos, entretanto, que as populações estudadas em hospitais universitários, especialmente em ambulatórios de especialidade, não são o alvo correto, ou seja, o conjunto de pessoas que padecem de distúrbios neurológicos comuns. Alvarenga¹¹, busca sua população alvo em ambulatórios de neurologia ou pacientes internados. De novo nos parece que pode ser uma população específica, que não traduz exatamente o aspecto sociocêntrico que buscamos.

Buscar a “população alvo” em PS está de acordo com as recomendações que o curso de graduação deve preparar o médico para situações de emergência^{10,15}. Além disso, de modo geral, os PS não são lugares que recebem apenas urgências médicas. Por motivos que não cabe aqui discutir, a maioria dos pacientes procura os PS como se ali fosse um ambulatório ou, na melhor das hipóteses, um pronto atendimento. Este grande conjunto de pacientes é então submetido a um atendimento tipo “porta” (usualmente constituído de vários consultórios, onde um médico jovem ou um estudante em regime de internato estabelece diagnóstico e conduta). Um reduzido subconjunto é constituído de pacientes que necessitam de “pronto atendimento” e serão então medicados e encaminhados para os diversos ambulatórios. Um outro subconjunto, menor ainda, necessitará de internação de urgência. A maior parte do conjunto total será atendida no regime tipo “porta”. Elegemos nossa população alvo este grande conjunto de pessoas que procuram os PS. Seria desejável ou necessário que trabalhássemos com um critério diagnóstico rigoroso baseado no Código Internacional de Doenças (CID). Entretanto o CID não é utilizado rotineiramente e já discutimos em outra ocasião esta dificuldade²⁸. Elegemos nossa população alvo dentro da realidade do país. As hipóteses diagnósticas foram formuladas por médicos jovens que atuam nos PS onde a população foi atendida. Se concluíssemos pela necessidade da utilização do CID, estaríamos obrigados a aguardar que todos os médicos fizessem uso desse critério diagnóstico, para elaborarmos nossa pesquisa. Esta limitação, entretanto, não invalida o método. É exatamente nosso intento melhorar a capacitação dos jovens médicos e, assim sendo, fica claro que partimos do pressuposto que existem deficiências na sua formação; uma dessas deficiências há de ser erros diagnósticos. Se adotássemos o conteúdo curricular sugerido pelos nossos resultados estaríamos enfatizando o estudo das cefaléias, melhor capacitando os jovens médicos para um correto diagnóstico dos pacientes com cefaléia.

A análise detalhada da amostra dos pacientes com hipóteses diagnósticas de transtornos psiquiátricos mostrou-nos que a maioria delas era representada por distúrbio neurovegetativo (DNV), o que nos pareceu uma imprecisão diagnóstica. Tal inferência encontra respaldo na tese de Lebrão²⁷, que também atribuiu a queda de incidência do diagnóstico de alta hospitalar transtornos psiquiátricos em 1988 comparada ao ano de 1975, ao correto diagnóstico de DNV em 1988. Tal análise sugere-nos que é necessário maior ênfase em capacitação diagnóstica. “A distinção entre doenças do cérebro e da mente, entre problemas *neurológicos e psicológicos ou psiquiátricos*, constitui herança cultural infeliz que penetra na sociedade e na medicina”²⁹. Todo neurologista poderá lembrar-se das ocasiões em que diagnosticou erradamente como distúrbio psiquiátrico pacientes com encefalite, hemorragias e outros transtornos.

Os MR caracterizam bem os médicos jovens, visto que pelo menos 88,98% tinham menos de 30 anos. A maior parte dos MR que trabalham fora do hospital escola, fazem-no em PS, o que é coerente com nossa escolha de estudar os TNP nas populações de pacientes que procuram PS. O percentil de TNP foi diferente nos três PS (4,10% no PSMT, 7,61% no PSMSJC e 10,96% no PSSANTA). Esse fato é decorrente do PSMT não ser referência para área de neurologia, ao contrário dos dois outros PS; além disso o PSSANTA é referência para trauma na região central de São Paulo.

Sugerimos que o conteúdo temático de um currículo nuclear sociocêntrico, em neurologia no curso de graduação médica, deve contemplar os transtornos alcoolismo, cefaléia, coma, demência, desmaio, doença encéfalo-vascular, epilepsia, hemiplegias ou paraplegias, meningite, neuropatia periférica, paralisia facial, tontura, transtornos psíquicos e traumatismo craniocéfálico.

É necessário que o raciocínio do médico seja embasado não só num “pensar intuitivo”, mas principalmente num “pensar dedutivo”³⁰. Neste sentido é necessário que enfatizemos nossa crença num processo educacional que dê ênfase em aspectos formativos mais do que informativos. Acreditamos que podemos poupar tempo precioso utilizado para apresentação de muitas informações, utilizando-o na discussão do raciocínio diagnóstico que passa pelas etapas bem estruturadas de análise dos sintomas e sinais, identificação das síndromes e da topografia, para a busca dos diagnósticos nosológico e etiológico. Vemos com reservas mudanças radicais. A discussão de um processo educacional é extensa e polêmica; não está restrita à discussão de um currículo e muito menos do conteúdo temático deste currículo. Neste contexto, nosso estudo apenas tenta contribuir para a observação, sob uma óptica peculiar, de uma das pontas de um iceberg.

Agradecimentos - ao Departamento de Apoio à Pesquisa e Divulgação Científica da Fundação FMUSP, na pessoa da Sra. Elaine Cotrin; à FUNDAP, na pessoa da Sra. Sílvia Sampaio e às COREMES do Estado; aos médicos residentes que responderam às cartas e/ou foram entrevistados; ao CEDEM (Centro de Desenvolvimento do Ensino Médico da FMUSP), na pessoa do Prof. Eduardo Marcondes; ao CEDESS (Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da EPM-UNIFESP), na pessoa do Prof. Nildo Alves Batista; à colega Dra Hiroko Saito (coordenadora do SAME da FCM-SANTA); aos funcionários dos serviços de arquivo dos PSMT, PSMSJC e da FCM-SANTA.

REFERÊNCIAS

- Décourt LV. O doente e a técnica na medicina atual. Ponto e Vírgula (Boletim FMUSP) 1995;33:2-3.
- Ferreira H. A situação real do ensino médico no curso de graduação em medicina. Rev Bras Educ Méd 1996;20(Edição Especial):29-30.
- Ferreira LF. Editorial. Rev Bras Educ Méd. 1978;2(3).
- Lanari A. Repercussão dos progresso científicos e tecnológicos na educação médica. Rev Bras Educ Méd 1983;7:42-44.
- Marcondes E. Possibilidades de aperfeiçoamento do ensino médico de graduação no Brasil. Documentos CEDEM, 4-1994.
- Huxley A. As portas da percepção e o céu e o inferno. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira 1957.
- Thibault GE. Clinical problem-solving: studying the classics. N Engl J Med 1995; 333:648-652.
- Thomas P, Lowitt NR. Clinical problem-solving: a traumatic experience. N Engl J Med 1995;333:307-310.
- Aarli JA. Neurology and public health: strategy and perspectives. World Neurol 1997;12(1):8.
- Academia Brasileira de Neurologia, Comissão de Ensino. Ensino da neurologia no curso médico: conceitos e recomendações. In: Congresso Brasileiro de Neurologia XIII: Relatório da Comissão de Ensino. São Paulo: 1988.
- Alvarenga, RMP. Pesquisa em educação médica: ensino da neurologia na graduação médica. Planejamento e execução de um método de ensino integrado: Parte 2. Definição dos objetivos educacionais para o ensino da neurologia no curso de graduação médica. Rev Bras Neurol 1995;31:175-185.
- Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. Educ Med Salud 1994;28:53-93.
- Hansen AP, Roberts KB. Putting teaching back at the center. Teach & Learn Med 1992;4:136-139.
- Harris IB. Perspectives for curriculum renewal in medical education. Acad Med 1993;68:484-485.
- Menken M, Hopkins A, Walton H. Statement on medical education in neurology. Med Educ 1994;28:271-274.
- Organización Panamericana de la Salud y Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Educ Med Salud 1994;28:125-138.
- Shahabudin SH. Medical education in Malaysia. Teach & Learn Med. 1992;4:80-86.
- Petersdorf RG, Waldman RH. Is the American system preparing the right kind of physicians? Acad Med 1993;68:48.
- Regan-Smith M. Educating generalists. Acad Med 1993;68:667.
- Chastonay P, Durieux-Paillard S, Guilbert JJ, Brenner E, Rougemont A. A learner-centered curriculum in public health at the University of Geneva. Teach & Learn Med 1991;3:15-19.
- Dupuy FI, Pedroso RD. La formación del médico general en Cuba. Educ Med Salud 1991;25:189-205.
- Osuntokun BO, Adeuja AOG, Schoenberg BS, et al. Neurological disorders in Nigerian Africans: a community-based study. Acta Neurol Scand 1987;75:13-21.
- Razda S, Kaul RL, Motta A, Kaul S, Bhatt RK. Prevalence and pattern of major neurological disorders in rural Kashmir (India) in 1986. Neuroepidemiology 1994;13:113-119.
- Kurtzke JF, Houff SA. A primary care plan for neurology. Neurology. 1995;45:1052-1061.
- Porter B. What medical schools must first do if they want to serve their communities. Acad Med 1993;68:900.
- Attia-Romdhane N, Ben-Hamida M, Mrabet A, et al.. Prevalence study of neurologic disorders in Kelibia (Tunisia). Neuroepidemiology. 1993;12:285-299.
- Lebrão ML. Evolução da morbidade hospitalar - Vale do Paraíba, 1975 e 1988 - Tese de Livre-Docência, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.
- Ferri-de-Barros JE, Nitirni R. Que pacientes atende um neurologista? (alicerce de um currículo em neurologia). Arq Neuropsiquiatr 1996;54:637-644.
- Damásio AR. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996:64.
- Boreham NC. The dangerous practice of thinking. Med Educ 1994;28:172-179.