

O Ensino da Cirurgia Plástica na Graduação em Medicina no Contexto da Realidade Brasileira

Plastic Surgery Training at Medical School in the Context of Brazil

Julio Wilson Fernandes¹

PALAVRAS-CHAVE

- Currículo;
- Cirurgia Plástica;
- Educação de Graduação em Medicina;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Curriculum;
- Surgery, Plastic;
- Education, Medical, Undergraduate;
- Education, Medical.

RESUMO

Apesar do grande número de cirurgiões plásticos no Brasil, o formando egresso/médico generalista necessita conhecimentos de Cirurgia Plástica que possibilitem sua adequada atuação em situações de emergência ou eletivas, referindo pacientes ou proporcionando proteção e suporte básico da vida. Esta educação deve ainda considerar o ambiente socioeconômico brasileiro, suas necessidades e limitações na escolha das atitudes, habilidades e conhecimentos em Cirurgia Plástica que o aluno deve absorver na escola médica. O ensino da Cirurgia Plástica na graduação requer esta ótica particular, além de levar ao estudante de Medicina o espectro integral da especialidade, estimulando vocações para a adequada residência médica e posterior titulação como especialista. Este artigo apresenta o programa de Cirurgia Plástica e a metodologia de ensino que vêm sendo oferecidos aos alunos do curso de Medicina da Universidade Positivo, em Curitiba, há dez anos, por meio da integração das disciplinas Clínica Cirúrgica II e Cirurgia Ambulatorial. As avaliações institucionais discentes, relatos pedagógicos de situações extracurriculares vivenciadas por alunos e a existência de cinco especialistas/residentes em Cirurgia Plástica entre 265 ex-alunos inicialmente formados sugerem uma produtiva funcionalidade do programa apresentado.

ABSTRACT

Despite the large number of qualified plastic surgeons in Brazil, young doctors and general practitioners need to have a basic knowledge of plastic surgery to enable them to act appropriately in first aid, emergency or elective clinical situations, either to refer patients or provide basic life support and protection. Plastic surgery training for undergraduate medical students has to consider the aforementioned situations as well as the socioeconomic environment of Brazil and the requirements and restrictions on the choice of plastic surgery skills and knowledge that the student must absorb at medical school. Furthermore, such programs should encourage plastic surgery-inclined students to pursue the adequate residence training and later board examination. This article reports on 10 years of experience in plastic surgery education for medical students, at Universidade Positivo in Curitiba, Brazil. The integration between the disciplines of Outpatient Surgery and Clinical Surgery resulted in the students' positive evaluation of the program, interesting feedback regarding its successful application outside the medical school and at least five specialists/plastic surgery residents out of the 265 students who graduated in the first five classes.

Recebido em: 01/07/2014

Reencaminhado em: 08/11/2015

Aprovado em: 05/04/2016

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Educação, em 3 de junho de 2014, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – as DCN¹ –, totalizando 41 artigos em três capítulos. No Capítulo I, definiu as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina e o desdobramento dessa formação em Atenção, Gestão e Educação em Saúde. No Capítulo II, tratou das Áreas de Competência da Prática Médica. No Capítulo III, definiu o Conteúdo Curricular e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina e particularmente o Internato Obrigatório (Artigo 24), o eixo do desenvolvimento curricular centrado nas exigências de saúde do indivíduo e das populações (Artigo 29) e as avaliações baseadas em conhecimentos, habilidades e atitudes (Artigo 31). O formando egresso/médico deve estar capacitado a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde e ainda estar em condições de realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos, indispensáveis ao atendimento ambulatorial e inicial das urgências e emergências. No pleno reconhecimento de suas limitações, como médico generalista, deve ainda entender os fatores socioculturais e psicocomportamentais do indivíduo e da comunidade em que vive.

A Cirurgia Plástica é uma das mais conhecidas especialidades médicas no Brasil. Tal popularidade deve-se possivelmente à extrovertida cultura latina do nosso povo, ao clima tropical, à extensa orla litorânea, que favorece a desinibida exposição do corpo, e principalmente à excelência da cirurgia plástica brasileira, que, cronologicamente considerada a quarta escola mundial, tornou-se a primeira em formação de especialistas.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica conta com 5.845 cirurgiões (2015), disputando com os Estados Unidos da América a primeira posição no *ranking* em número de profissionais. Embora não exista consenso sobre o número ideal de cirurgiões plásticos por habitante, nos Estados Unidos tem sido recomendado um especialista para cada 50 mil habitantes. Em São Paulo, temos um cirurgião plástico para cada 12.508 habitantes, enquanto em Jaboatão (Pernambuco) temos um para cada 644.699 habitantes (2012)². A distribuição geográfica irregular destes especialistas no Brasil clama por uma educação médica eficiente, que possibilite ao generalista o primeiro atendimento e encaminhamento destes pacientes. No entanto, o extenso e amplo espectro de ação da Cirurgia Plástica na recuperação de diferentes defeitos e deformidades é pouco conhecido da nossa população e até mesmo de alguns médicos mais antigos, devido à massiva divulgação dos seus aspectos estéticos, o que, muitas vezes, vem ofuscando o amplo campo de atuação da especialidade.

A Cirurgia Plástica é a especialidade médica voltada ao tratamento dos defeitos e deformidades da superfície corporal e estruturas ósseo-musculares subjacentes, regulamentada pelo Artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.621/2001³: “A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente”.

Na realidade, não existe uma divisão na especialidade; a Cirurgia Plástica, pela própria natureza do seu treinamento, não é uma especialidade topograficamente limitada a uma particular região anatômica do corpo humano. Nem existe uma dicotomia entre Cirurgia Plástica “Estética” e Cirurgia Plástica “Reparadora ou Reconstructiva”. Converse⁴, já em 1977, caracterizava a Cirurgia Plástica Reparadora como a dos defeitos maiores, em que a reconstrução é o foco; e a Cirurgia Plástica Estética como a dos defeitos menores, em que o aprimoramento é o objetivo.

A estética é intrínseca ao moderno conceito de saúde, que evoluiu da simples ausência de doenças para o bem-estar físico, mental e psicossocial, entre outros ângulos existenciais. Destarte, é incomensurável o alcance da Cirurgia Plástica na saúde e na integração e harmonização do indivíduo consigo mesmo, com a família e com a sociedade em que vive. Para este efeito, o aspirante a cirurgião plástico necessita uma sólida base em todas as disciplinas médicas, uma residência de pelo menos dois anos em Cirurgia Geral, seguida de mais três anos de residência em Cirurgia Plástica⁵. Ao término desta formação e ao longo de toda a sua vida profissional, deverá o cirurgião plástico colocar lado a lado a técnica cirúrgica e a psicologia médica, permeadas pela anatomia artística em direção a sua mais ampla contribuição no âmbito da sociologia e da moderna antropologia.

A Cirurgia Plástica apresenta cinco grandes áreas de atuação: Estética, Defeitos e Deformidades Congênitas, Trauma, Queimados e Reparação após tumores. Tem sido relevante o interesse dos alunos da graduação em Medicina pela especialidade e notória a procura por cursos de extensão e ligas acadêmicas de Cirurgia Plástica, evidenciando a necessidade e o anseio dos alunos pela complementação dos conteúdos ministrados nas escolas médicas. Numa análise retrospectiva, ao longo de 22 anos de existência, 4,6% dos alunos que cursaram regularmente o curso de extensão “Ciplast – Curso Interuniversitário de Cirurgia Plástica de Curitiba”⁶ cursaram residência em Cirurgia Geral e abraçaram a especialidade, como residentes/especializando-se em serviços de Cirurgia Plástica credenciados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/MEC.

O curso de Medicina da Universidade Positivo, em Curitiba, foi criado em 2003 e reconhecido pela Portaria 386 de 22 de setembro de 2011 do MEC, e obteve conceito 5 no Enade e conceito 4 no CPC em 2013. A grade curricular, no quarto ano médico, integra as especialidades de Cirurgia Plástica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Pediátrica na disciplina de Clínica Cirúrgica II, dando sequência à Clínica Cirúrgica I ministrada no terceiro ano médico e voltada para a Técnica Operatória e para a Cirurgia do Aparelho Digestivo. Assim constituída, a Clínica Cirúrgica II do curso de Medicina da Universidade Positivo possui uma carga horária total de 240 horas anuais: 200 horas em aulas expositivas e 40 horas de atividades práticas supervisionadas, ministradas em seis horas semanais. O objetivo da disciplina é proporcionar conhecimento das afecções cirúrgicas em diversas áreas cirúrgicas e permitir de modo prático e objetivo o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes para o diagnóstico e tratamento das ocorrências nas mencionadas especialidades e seus recentes avanços. Estimulando a interdisciplinaridade, a evocação dos anseios profissionais e a solidificação do conhecimento dinâmico, a disciplina se desenvolve em quatro módulos para todas as especialidades ministradas:

- Aspectos específicos da especialidade;
- Defeitos congênitos;
- Emergências/urgências;
- Patologias tumorais.

Desde a primeira turma de alunos que cursou o quarto ano médico, em 2006, o autor elaborou um programa de Cirurgia Plástica para a disciplina de Clínica Cirúrgica II, partindo da seguinte premissa: “O que deve o formando egresso/médico generalista saber de Cirurgia Plástica para o seu adequado exercício profissional na realidade brasileira, respeitadas as características das DCN de 2001?”

O presente artigo descreve este programa, coerente com as DCN de 2014¹, e as ferramentas idealizadas para a sua aplicação no curso de Medicina da Universidade Positivo, em Curitiba.

CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES EM CIRURGIA PLÁSTICA

Os Quadros de 1 a 6 revelam os conteúdos ministrados nas bases e em cada grande área da Cirurgia Plástica, com destaque para os assuntos relevantes no trabalho do médico generalista no panorama sociocultural do nosso país. O Quadro 7 apresenta os instrumentos pedagógicos empregados no ensino da Cirurgia Plástica na Universidade Positivo

QUADRO 1 Bases históricas, técnicas e filosóficas da Cirurgia Plástica

Síntese histórica desde o Egito de 2200 a.C. até o presente
Imagem corporal no conceito moderno de saúde*
Noções de Anatomia artística, unidades estéticas e aplicações práticas
A especialidade, regulamentação (CFM) e formação do especialista*
Cicatrização, suturas*, úlceras*, queloides* e linhas de força*
Enxertos, retalhos e zetaplastias
Princípios de cirurgia de mão*
Princípios de cirurgia craniomaxilofacial
Princípios de microcirurgia

* Assuntos relevantes para a atividade profissional do médico generalista no Brasil.

QUADRO 2 Cirurgias plásticas “estéticas”: indicações*, técnica básica, riscos* e complicações*

Abdominoplastia
Blefaroplastia
Braquioplastia
Cirurgias da ginecomastia
Gluteoplastia
Lipoaspiração e lipoenxertia
Mamoplastia de aumento
Mamoplastia redutora e mastopexia
Mentoplastia e osteotomias faciais
Otoplastia
Rinoplastia
Ritidoplastia
Torsoplastia
Tratamentos estéticos adjuvantes na face

* Aspectos relevantes para a atividade profissional do médico generalista no Brasil.

DISCUSSÃO

Grande área estética (Quadro 2)

O conceito moderno de saúde ultrapassou a ideia milenar de ausência de patologias para um estado de pleno bem-estar e funcionalidade, abrangendo os aspectos sensorial, motor, intelectual, emocional/afetivo, sexual, laborativo, lúdico e até mesmo transcendental. A estética pode ser considerada uma entidade quase tão antiga quanto o próprio ser humano: nos cabelos da Vênus de Wilendorf, 25 mil anos antes de Cristo (Paleolítico Superior), nas esculturas e pinturas do Egito (2200 a.C) e da Grécia antiga (1100 a.C), são evidentes os traços que valorizam o corpo e seus adornos. Na sociedade moderna, a associação consciente e inconsciente entre estética e saúde, e entre estas e a felicidade e produção está notoriamente presente em múltiplos segmentos da mídia global. Poderíamos

ainda inferir psicanaliticamente a estética como padrão ideologicamente pertinente à valorização dos atributos da jovialidade e de um semblante que relembra feições e traços faciais característicos da infância⁷, como antítese da senilidade, morte e sofrimento humano frente ao inexorável.

É importante que todo formando egresso/médico tenha o pleno conhecimento epistemológico do corpo como instrumento do prazer no sentido mais amplo da libido junguiana, ou seja, prazer pelo viver. Com tal conhecimento, o médico pode ter atitudes mais convenientes com seus pacientes, não prejudicando suas atitudes por vieses ou preconceitos frente às demandas dos seus consulentes. Todo médico, seja um laboratorista, clínico ou cirurgião, inevitavelmente sempre será em alguma ocasião o médico de confiança de alguém. Nesse momento singular, é fundamental o conhecimento técnico das indicações, limitações e riscos das chamadas cirurgias “estéticas”, permeados pelo mencionado conceito de bem-estar, como nos exemplos descritos a seguir.

Uma criança com “orelha de abano” e seus pais necessitam do adequado apoio para antes dos seis anos prepararem esta criança para o primeiro desafio que é a escola do primeiro grau. Inúmeras inseguranças e sociopatias podem ser evitadas ao pouparmos estas crianças do escárnio que lhes confere cruéis adjetivos no dia a dia escolar. Por certo, estas crianças não querem um alento à vaidade, apenas a possibilidade de existir em igualdade de condições com os seus pares. A literatura baseada no exercício clínico da otoplastia é profícua em frequentes relatos de pacientes que somente em idade adulta tiveram suas orelhas operadas e enfaticamente relatam o sofrimento escolar na infância⁸, nem sempre valorizado e atendido pelos pais e pediatras assistentes.

O envelhecimento facial precoce, particularmente o das pálpebras, traz para algumas pessoas um aspecto de cansaço e até de pressuposto etilismo, prejudicando-lhes a apresentação adequada no dia a dia laborativo. O pescoço flácido e a perda do contorno facial para outros alimentam a perda da autoestima com suas deletérias consequências, que poderiam ser evitadas por uma ritidoplastia.

Um nariz ou um mento desproporcionais à face, para certos indivíduos, podem conferir um estigma, que uma rino-plastia ou uma mentoplastia poderiam evitar.

Na imagem corporal encontraremos situações marcadamente notórias, em que a onipresente sexualidade pode esbarrar em mamas muito pequenas, flácidas ou muito grandes, na complexidade das respostas pessoais e do cômigo aos estímulos psicológicos atrelados ou não ao afetivo conjugal. As mamoplastias podem não apenas melhorar a autoestima feminina, como também orientar o estilo de vida em uma di-

reção mais saudável, estimulando as práticas esportivas e os cuidados estéticos inerentes ao convívio social.

As lipoaspirações e abdominoplastias podem recuperar as alterações sofridas com as gestações e, dentro de certos limites, conferir melhor tônus à musculatura abdominal e uma postura mais adequada.

Pelos exemplos mencionados, é absoluta a necessidade de conhecer as indicações das cirurgias plásticas “estéticas” e principalmente suas limitações e riscos, para que o egresso/médico possa esclarecer seus consulentes sobre o “custo-benefício” de cada procedimento, referindo o seu paciente para médicos comprovadamente especialistas em Cirurgia Plástica, a fim de que estes possam pormenorizar a conveniência e as características de cada procedimento.

As impropriamente chamadas cirurgias plásticas “estéticas” não estão indicadas para qualquer nariz, mama ou abdômen que estejam fora dos padrões midiáticos de estética. Estes e outros procedimentos estão indicados onde as particularidades psicológicas do indivíduo em confronto com os padrões socioculturais de determinadas regiões os indiquem; nunca como satisfação doentia de uma vaidade, mas sempre como harmonização anímica, um mero e singelo meio com a finalidade de contribuir para a felicidade de cada indivíduo.

É importante lembrar que a sociedade brasileira apresenta elevado índice de miscigenação, com forte presença das raças negra e amarela, onde mais frequentemente encontramos cicatrizes queloidianas. Este fato impõe ao médico generalista a necessidade de um claro entendimento e diferenciação entre queloides, cicatrizes hipertróficas e cicatrizes alargadas, para o esclarecimento dos seus pacientes sobre os riscos de qualquer cirurgia, plástica ou não, e o devido encaminhamento desses pacientes ao especialista, quando necessário.

Ainda no âmbito das cirurgias plásticas, é importante lembrar que médicos de plantão nos hospitais e clínicas, em particular os plantonistas noturnos, são geralmente jovens médicos generalistas, que serão responsáveis pelo acompanhamento do pós-operatório imediato da maioria das cirurgias plásticas realizadas. Saber identificar as principais complicações das cirurgias “estéticas” deve estar entre suas competências: um hematoma pós-ritidoplastia ou uma epistaxe pós-rinoplastia são tão importantes quanto a possibilidade de um hematoma retrobulbar numa blefaroplastia ou um tromboembolismo em qualquer cirurgia realizada.

Relato pedagógico

A mãe de uma aluna que cursava a disciplina seria submetida a uma abdominoplastia, associada a extensa lipoaspiração, numa cidade distante da capital. A aluna instruiu a mãe

para o adequado questionamento ao cirurgião sobre o uso de botas de compressão pneumática, meias antitrombo e uso de heparina no pós-operatório, contribuindo para a escolha de um cirurgião plástico e clínica diligentes quanto a este importante aspecto num procedimento da “grande área estética” da Cirurgia Plástica.

QUADRO 3

Deformidades congênitas: etiologia*, diagnóstico*, orientação aos pais*, encaminhamento*, tratamento* e complicações*

Fissuras labiopalatinas
Sequência de Pierre Robin
Principais síndromes craniofaciais
Cistos e fístulas cervicais
Pectus excavatum e *carinatum*, Síndrome de Poland
Hipospádias e epispádias
Sindactilia e congêneres

* Aspectos relevantes para a atividade profissional do médico generalista no Brasil.

Grande área defeitos congênitos (Quadro 3)

No Brasil, de 1975 a 1994, nasceram pelo menos 16.853 crianças com fissuras labiopalatinas, principalmente nas regiões Centro-Oeste e Sudeste⁹. Tais deformidades e outras têm uma magnitude social muito ampla, pois, além da criança com a deformidade, envolvem o equilíbrio emocional de pais e irmãos, repercutindo no ambiente em que vivem: as limitações no falar, ouvir, entender e trabalhar eclodem na esfera social e afetiva. Em regiões remotas do nosso país, frequentemente estes recém-natos são atendidos pelo médico local após o trabalho de parto, sem a presença imediata do cirurgião plástico ou do pediatra, cabendo ao médico generalista assegurar a sobrevivência do fissurado, seu encaminhamento e o indispensável apoio e orientação aos pais. Tal situação é mais grave ainda quando imaginamos um generalista frente a um recém-nato com Sequência de Pierre-Robin, patologia que incide a cada 2 mil ou 30 mil nascimentos¹⁰, dependendo da estatística analisada. Nestes casos, a retrognatia, associada à glossoptose e eventual fissura, pode exigir atitudes e habilidades que ultrapassam o âmbito do generalista, mas podem ser por ele aplicadas se tiver o conhecimento adequado e a capacidade de improvisação que a localidade exija. A simples orientação aos pais sobre a posição prona e o uso de um bico de mamadeira adequado pode fazer a diferença entre a asfixia pela aspiração ou pela glossoptose ou a sobrevivência, possibilitando posteriormente uma glossopelexia ou uma traqueostomia nos casos mais graves. Em outro cenário, o diagnóstico de uma fissura submucosa pode

elucidar uma dificuldade escolar numa criança aparentemente normal, mas com incapacidade para emitir certos fonemas, e o consequente retraimento e prejuízo cognitivo e motor do aluno. Por sua complexidade, as fissuras labiopalatinas e outras fissuras mais complexas podem levar a uma gama ampla de patologias no aspecto estético e funcional, com eventual perda de audição e incapacidade para a fonação, afetando totalmente a existência do indivíduo no grupo local em que vive.

O conhecimento, ainda que rudimentar, de síndromes craniofaciais complexas pode evitar a tragédia da amaurose pela proptose e/ou aumento da pressão intracraniana numa Síndrome de Crouzon ou levar ao diagnóstico de deformidades viscerais a partir da identificação de uma sindactilia na Síndrome de Appert. Cistos e fístulas, sejam branquiais ou do duto tireoglossal, requerem diagnóstico e encaminhamento adequados, como também todos os casos de hipospádias e epispádias.

Em suma, no universo dos defeitos e deformidades congênitas em um país continental e de nuances socioculturais como o Brasil, o generalista precisa saber diagnosticar, prestar o primeiro atendimento, prevenir os fatores de risco gestacionais e principalmente poder orientar paciente, familiares e comunidade para que os portadores não fiquem escondidos pela própria família, à margem da sociedade e de suas possibilidades de integração social.

Grande área trauma (Quadro 4)

O Brasil apresenta um elevado índice de acidentes automobilísticos, agressões e acidentes de trabalho. Estar apto a prestar o primeiro atendimento *in loco* ou em ambiente hospitalar é dever de qualquer médico, independentemente de sua especialidade. A elevada ocorrência de traumas craniofaciais em acidentes automobilísticos impõe ao egresso a necessidade de conhecimento, habilidade e especialmente atitude que lhe permitam avaliar e desobstruir as vias aéreas de um acidentado, preservando sua segurança, o que pode salvar uma vida nos momentos críticos que antecedem a disponibilidade de uma cânula e a oferta de oxigênio pela equipe móvel pré-hospitalar. O mesmo cenário numa localidade remota poderá exigir do generalista uma traqueostomia, a drenagem de um pneumotórax, tamponamentos, hemostasia e outros procedimentos de maior complexidade, além de uma semiologia apurada, a fim de definir o nível do centro de trauma adequado ao caso e a preparação do paciente para o transporte. Uma simples sutura na face ou na mão exige do médico conhecimento de anatomia cirúrgica para não desperdiçar a conveniência de uma microcirurgia, tenorrafia ou cateterização do ducto da glândula parótida ou das vias lacrimais se indicado.

QUADRO 4

Cirurgia plástica no trauma: primeiro atendimento*, diagnóstico*, cirurgias, complicações*, sequelas

Craniofacial
Membros Inferiores / úlceras de pressão
Mão
Parede abdominal

* Aspectos relevantes para a atividade profissional do médico generalista no Brasil.

O primeiro atendimento no trauma grave dos membros superiores e inferiores pode fazer a diferença entre uma reconstrução ou implante bem-sucedidos, perda do membro ou graves sequelas. Atitudes simples, como, por exemplo, uma imobilização em posição funcional ou o adequado acondicionamento e transporte de um segmento amputado, podem fazer uma grande diferença no prognóstico do caso atendido.

Não podemos ainda esquecer que todo médico deve identificar a possibilidade de úlceras de pressão em diferentes enfermidades, preconizando os aspectos básicos de sua prevenção e seu tratamento pré-cirúrgico, no hospital ou fora dele.

Relato pedagógico

A “aluna G”, que cursava a disciplina, realizava plantões extracurriculares num pronto-socorro em Curitiba. Recebeu em seu plantão um trabalhador com severo trauma no segundo dedo da mão direita. A perda de partes moles provocou exposição da falange distal, impossibilitando o fechamento direto por sutura. Usando seus conhecimentos adquiridos sobre retalhos em Cirurgia Plástica, evitou qualquer tentativa de ressecção óssea, encaminhando o paciente para o especialista realizar um retalho em V-Y, evitando assim um encurtamento do dedo, que, embora mínimo, poderia trazer algum prejuízo funcional ao paciente.

Grande área queimados (Quadro 5)

A maior ocorrência de queimaduras em crianças no Brasil deve-se a escaldaduras, seguidas pelas decorrentes do emprego de álcool líquido¹¹. Entre adultos, o álcool lidera as causas de queimaduras em todas as faixas etárias¹². Como em outras formas de trauma, o primeiro atendimento é pertinente a qualquer médico, para evitar o agravamento do quadro pelo uso frequente e absurdo de “remédios” do folclore popular, mesmo em grandes centros. Havendo apenas 57 centros de referência no atendimento a queimados, é praticamente inevitável que em algum momento um generalista tenha que prestar o primeiro atendimento a um queimado em nosso país. Instituir o plano de hidratação para o período de choque, possibilitam

do transferir a vítima para uma unidade de queimados, ou realizar escarotomias/fasciotomias para prevenir uma possível amputação posterior estão entre as habilidades que um generalista poderá ser chamado a exercer.

QUADRO 5

Cirurgia plástica em queimados

Fisiopatologia*
Primeiro atendimento*
Tratamento clínico*
Tratamento cirúrgico*
Sequelas*
Prevenção*

* Tópicos relevantes para a atividade profissional do médico generalista no Brasil.

Prevenir as sequelas simplesmente evitando o travesseiro num paciente com queimaduras cervicais ou evitando uma mediastinite pela contra-indicação de uma traqueostomia num grande queimado são outras atitudes do generalista frente a este particular e grave trauma.

O conhecimento da fisiopatologia das queimaduras pode ser também decisivo na presença de acidentes massivos, onde queimaduras respiratórias podem passar despercebidas ao médico desprovido de instrução em cirurgia plástica.

Nas queimaduras da mão, deve o generalista garantir a imobilização em posição funcional, prevenindo sequelas mais graves nesses indivíduos. Todo médico pode e deve ainda se empenhar junto à comunidade, pela prevenção deste grave e desfigurante trauma e seu adequado primeiro atendimento,

Relato pedagógico

Em 2009, o “aluno F”, que cursava a disciplina, fazia plantões extracurriculares num pequeno hospital de uma cidade próxima a Curitiba. Num plantão, recebeu um grave queimado com aproximadamente 25% da área corporal afetada. Utilizando os conhecimentos adquiridos, instituiu corretamente o plano de reposição hídrica aprendido em sala de aula. A atitude do aluno e sua habilidade, aceitas pelo médico responsável supervisor, possibilitaram a transferência segura de um grave paciente para uma Unidade de Queimados em Curitiba. No atendimento de queimados graves em hospitais ou postos de saúde não habituados a este atendimento, conhecimentos básicos da Grande Área Queimados são fundamentais para o suporte da vida e adequado transporte a uma unidade de queimados. O “aluno F” concluiu residência em Cirurgia Geral e considera a possibilidade de cursar no futuro residência em Cirurgia Plástica.

Grande área reparação pós-tumores (Quadro 6)

A atuação do generalista deve sempre incluir os fundamentos para o diagnóstico dos tumores benignos e malignos de pele. Embora a reconstrução após a excisão seja pertinente ao especialista, o generalista deve garantir que exames anatomopatológicos sejam sempre realizados individualmente nas peças excisadas, adequadamente marcadas e acondicionadas. Deve ainda ter uma atitude vigilante frente às lesões pigmentadas, evitando biópsias incisionais sempre que possível e encaminhando para centros especializados as suspeitas de melanoma.

QUADRO 6

Reparação nos tumores: diagnóstico*, prevenção*, cirurgias, complicações*

Lesões benignas da pele
Lesões *borderline* e melanomas
Lesões malignas da pele
Tumores na cabeça e pescoço – peculiaridades e reconstrução
Tumores nas mamas – peculiaridades e reconstrução

* Aspectos relevantes para a atividade profissional do médico generalista no Brasil.

Os tumores na cabeça e pescoço merecem importantes atitudes do generalista no que se refere a sua prevenção (uso de bebidas muito quentes, álcool, traumas repetidos e outros) e o pronto encaminhamento para centros que possam realizar cirurgias mais amplas, com radicalidade, eventual esvaziamento ganglionar e tratamentos coadjuvantes.

Um panorama análogo encontramos nos tumores de mama, em que o autoexame e exames periódicos devem ser a pauta do egresso com todas as suas pacientes. Deve ainda o médico estimular e encaminhar as pacientes pós-mastectomia para centros de cirurgia plástica, onde as melhores opções para reconstrução mamária poderão ser encontradas.

Aspectos pedagógicos (Quadro 7)

Além da técnica cirúrgica, aspectos relativos a harmonia e beleza corporais são frequentemente mencionados e assinalados em todas as atividades teóricas, práticas e no contato informal com os alunos. Estas informações envolvem conhecimentos de anatomia de superfície e anatomia artística, e têm particular importância nos aspectos étnicos de cada paciente: uma mesma característica física apreciada numa cultura pode ser rejeitada noutra, e o aluno é estimulado a refletir sobre os aspectos sociais e antropológicos que podem influenciar as demandas dos pacientes. Casos reais da clínica em Cirurgia Plástica são também frequentemente relatados com grande ênfase em seus aspectos psicológicos e jurídicos, ilustrando a importância da Psicologia e do relacionamento médico-paciente na prática médica.

QUADRO 7

Metodologia do ensino da Cirurgia Plástica na Universidade Positivo

Aulas expositivas com *Power Point*
Aulas práticas – alunos assistem a cirurgias
Aulas práticas – alunos auxiliam cirurgias
Aulas práticas – aluno cirurgião em pequenas lesões cutâneas
Portal *on line* contendo a estrutura básica das aulas
Seminários baseados em artigos de revistas de alto fator de impacto
“VTQS” (Você tem que saber) – exercícios motivacionais estilo *quiz* – portfólio
Bibliografia básica
Bibliografia complementar

O ensino de Cirurgia Plástica na Universidade Positivo envolve a participação regular e efetiva na disciplina de Clínica Cirúrgica II – Cirurgia Plástica e também na disciplina de Cirurgia Ambulatorial.

Cirurgia Plástica na disciplina de Clínica Cirúrgica II: integração horizontal de disciplinas

A disciplina de Clínica Cirúrgica II – Cirurgia Plástica apresenta em dez horas teóricas um panorama com duas horas de cada uma das cinco grandes áreas da Cirurgia Plástica – Estética, Defeitos Congênitos, Trauma, Queimados, Tumores –, promovendo uma integração horizontal com a Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Pediátrica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. A avaliação é bimestral, sob a forma de prova escrita de múltipla escolha/dissertativa, sendo a nota de Clínica Cirúrgica II – Cirurgia Plástica somada às notas das demais especialidades para efeito da média bimestral.

Cirurgia Plástica na disciplina de Cirurgia Ambulatorial: aulas práticas, teóricas e integração vertical de disciplinas

Na Cirurgia Ambulatorial, são realizadas aulas teóricas específicas e relativas a cada uma das cinco grandes áreas da Cirurgia Plástica (Quadros 1-6), seminários por escala/rodízio de alunos nos diferentes temas e empregando artigos recentes de revistas internacionais fornecidas pela universidade, apresentação dos “VTQS” descritos adiante e todo o treinamento prático em Cirurgia Plástica. Sob supervisão direta, os alunos fazem a excisão de lesões de pele e outros pequenos procedimentos. A cada participação efetiva, o aluno recebe uma estrela carimbada em seu crachá, facilitando o controle da frequência de sua participação e estimulando uma saudável valorização do aluno pela realização de cada procedimento. Os alunos participam ainda entrando em campo como auxi-

liares em cirurgias plásticas de médio e grande porte (retalhos miocutâneos para escaras, reconstrução facial concomitante à excisão de tumores na face, rinoplastias, blefaroplastias, otoplastias, abdominoplastias, mamoplastias, cirurgias da mão), sendo supervisionados e solicitados frequentemente a realizar as suturas, curativos e colocação de drenos.

A disciplina de Cirurgia Ambulatorial promove a integração vertical da Cirurgia Plástica com as disciplinas de Dermatologia e Cirurgia Geral (Clínica Cirúrgica I), com a participação concomitante dos titulares das referidas disciplinas no mesmo ambulatório e centro cirúrgico. Ao realizarem, ainda, a avaliação pré-operatória e as prescrições pós-operatórias dos pacientes, é notória a integração vertical com os conhecimentos de Clínica Médica em suas diferentes subespecialidades.

Exercícios “VTQS”

Um grupo de exercícios e perguntas intitulados “VTQS – Você tem que saber” é colocado no portal *on line* da universidade, promovendo o debate, a pesquisa e a autoavaliação dos alunos, antecedendo as avaliações convencionais, realizadas bimestralmente mediante provas escritas com questões de múltipla escolha e dissertativas. Os “VTQS” têm sido avaliados informalmente pela interação com os alunos que reportam suas dúvidas e demonstram sua aplicação durante a prática de pequenas cirurgias na disciplina de Cirurgia Ambulatorial. Mais recentemente, essa avaliação foi modificada para um portfólio, a ser apresentado individualmente no final dos bimestres. A entrega destes portfólios vale um ponto, totalizando, com as provas escritas convencionais (5,0 pontos), a apresentação de seminários (2,0 pontos) e a habilidade prática na realização de pequenas cirurgias (2,0 pontos), a nota bimestral de cada aluno.

Exemplos de questões “VTQS”

Anatomia de Superfície em Duplas: usando uma caneta hidrocor (verifique antes se o traçado é apagado facilmente com água).

A – Desenhe na face do seu colega o trajeto do nervo facial e seus ramos, e identifique o que uma lesão do nervo facial ocasionaria em cada ramo desenhado, solicitando ao colega a simulação desse efeito. Autoavale sua resposta com o Atlas de Anatomia de sua preferência.

B – Desenhe na face do seu colega o nervo auricular magno e os três principais ramos do nervo trigêmeo. Identifique os territórios sensitivos de cada nervo e como um bloqueio anestésico poderia ajudá-lo a realizar uma sutura em cada uma dessas áreas. Exercite depois essa habilidade nas aulas práticas, fazendo com seu professor a anestesia local troncular, ao realizar pequenas cirurgias.

Nota do autor: Estes exercícios tiram o aluno da visão e memorização bidimensional do Atlas e o conduzem para a memorização e visualização do tridimensional cirúrgico, que é o efetivo em termos de anatomia cirúrgica.

Zetaplastias, Retalhos “V-Y”, Retalhos “Y-V”, W-plastias: tampe um copo com um pedaço de saco plástico branco leitoso e um elástico. Com caneta hidrocor, desenhe uma zetaplastia, incise com uma lâmina de bisturi e transponha os retalhos com uma pinça comum. Observe o alongamento obtido. Repita o ensaio com V-Y, Y-V e W-plastias.

Nota do autor: Os alunos têm ainda, como extensão, a possibilidade de realizar estes procedimentos em pele e patas de porco numa oficina opcional¹³.

Doses máximas seguras para uso de anestésicos locais

Resolva o seguinte problema: um homem hígido de cem quilos caiu e atravessou uma porta de vidro, tendo 15 múltiplos ferimentos em pálpebras, testa, nariz, braços, antebraços, tórax e pernas, com sangramento profuso, e você o atende no pronto-socorro. Você recebeu a tarefa de realizar as múltiplas suturas. A enfermeira lhe informa que tem apenas lidoacina a 2%, sem epinefrina. Quantos ml você poderá usar com segurança nesse paciente? Antecipando a necessidade de maior volume de anestésico para suturar todos os ferimentos, como você vai preparar esta solução?

Nota do autor: Os alunos são obrigados a calcular sempre a dose máxima em ml do anestésico que usam para realizar pequenos procedimentos, como, por exemplo, a retirada de nevus, nas aulas práticas de Cirurgia Ambulatorial. O objetivo é o condicionamento, para que, numa situação como a da questão proposta, possam fazer este cálculo com rapidez e desenvoltura, evitando os riscos de uma intoxicação por anestésicos locais e suas possíveis trágicas consequências.

Avaliação discente das disciplinas

Ambas as disciplinas, Clínica Cirúrgica II – Cirurgia Plástica e Cirurgia Ambulatorial, vêm sendo avaliadas semestralmente pelos alunos na Universidade Positivo para todos os cursos e disciplinas. Nesta avaliação, para o desempenho de cada professor, os alunos respondem aos seguintes tópicos com uma nota de 1,0 a 10,0:

- (a) Domínio do conteúdo;
- (b) Capacidade de motivação para o aprendizado;
- (c) Relacionamento do professor com alunos em sala de aula;
- (d) Sistema de avaliação da disciplina;
- (e) Didática e clareza do professor ao ministrar aulas;
- (f) Plano de Ensino e Plano de Aula.

A Clínica Cirúrgica II – Cirurgia Plástica e a Cirurgia Ambulatorial, na esfera do autor, têm recebido sistematicamente, na média, conceitos de “bom” (8,00 – 8,99) e “muito bom” (9,00 – 10,00) ao longo de um período de dez anos de exercício.

O curso de Medicina da Universidade Positivo conta atualmente com sete turmas que concluíram a graduação (382 alunos formados até 2014). Considerando que a formação em Cirurgia Plástica tem como pré-requisito dois anos de residência em Cirurgia Geral, apenas alunos das turmas formadas de 2008 até 2012 (cinco turmas) teriam tempo hábil para terem cursado ou estarem cursando Cirurgia Plástica como residentes. Deste universo de 265 alunos, pelo menos cinco cursaram ou cursam residência em Cirurgia Plástica no presente.

Toda escola médica deve promover o empenho para que estes conhecimentos básicos de Cirurgia Plástica sejam sedimentados no seio de todos os formandos, independentemente de sua futura especialização. Promover conhecimentos avançados por meio de filmes de técnica cirúrgica e pela participação de residentes ou especializando em Cirurgia Plástica é uma valiosa contribuição adicional para suscitar vocações. No entanto, é importante promover o conhecimento avançado sem prejuízo dos conhecimentos básicos, habilidades e atitudes que a população do nosso país necessita nas mãos de todo médico generalista.

AGRADECIMENTOS

Ao professor James Skinovski, titular de Clínica Cirúrgica I e de Cirurgia Ambulatorial, e à professora Kátia Sheylla Malta Purim, titular de Dermatologia e de Cirurgia Ambulatorial, que possibilitam, com seu apoio e entusiasmo, o ensino de Cirurgia Plástica na Universidade Positivo em Curitiba.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/docman/?task>
2. Coma DC. Demografia Cirurgia Plástica Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; 2012.
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1621, de 16 de maio de 2001. A Especialidade Cirurgia Plástica.

4. Converse JM. Introduction. In Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1977.
5. Fernandes JW. A especialidade cirurgia plástica. In: Fernandes JW. Cirurgia Plástica bases e refinamentos. 2.ed. Curitiba: Primax; 2012. p. 29-32.
6. Fernandes JW, Galhardo A, Lubczyk, JPK. Vinte e dois anos de um curso informativo de cirurgia plástica. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (Online) 2015; 30(1):148-152.
7. Fournier PF. What is Human Beauty? In: Advanced Surgical Facial Rejuvenation. A. Erian and M.A. Shiffman (eds.). Heidelberg: Springer-Verlag; 2012. P.117-122.
8. Fernandes JW, Pace D. Otoplastia para “Orelha em Abano”. In: Fernandes J.W. Cirurgia Plástica bases e refinamentos. 2.ed. Curitiba: Primax; 2012. p. 245.
9. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. Rev Saúde Pública 2001;35(6):571-575.
10. Marques IL, Sousa TV, Carneiro AF, Peres SPBA, Barbieri MA, Bethiol H. Sequência de Robin-protocolo único de tratamento. J.Pediatr (Rio J) 2005; 81(1): 14-22.
11. Pereima MJL, Mignoni ISP, Bernz LM, Schweitzer CM, Souza JA, Araújo EJ, Capella MR, et al. Análise da incidência e da gravidade de queimaduras por álcool em crianças no período de 2001 a 2006: Impacto da Resolução 46. Rev Bras Queimaduras 2009; 8(2): 51-59.
12. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. Rev Bras Queimaduras 2012; 11(4): 246-250.
13. Purim KSM. Oficina de cirurgia cutânea. Rev Col Bras Cir. 2010;37(4):303-5.

CONFLITO DE INTERESSES

Julio Wilson Fernandes, é o responsável pelo ensino da Cirurgia Plástica na Universidade Positivo, em Curitiba, como Professor Assistente das Disciplinas de Clínica Cirúrgica II e Cirurgia Ambulatorial.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Julio Wilson Fernandes
Clínica Julio Wilson Fernandes
Av. Getúlio Vargas, 2079
Rebouças - Curitiba
CEP: 80250-180 PR
E-mail: cirurgioplasticajwf@uol.com.br