

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

VITOR BRASIL PEREIRA PENIDO

**O ENSINO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM
MEDICINA: COMO A FACULDADE NOS PREPARA PARA A VIDA
PROFISSIONAL?**

**SÃO CARLOS
2024**

VITOR BRASIL PEREIRA PENIDO

**O ENSINO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM
MEDICINA: COMO A FACULDADE NOS PREPARA PARA A VIDA
PROFISSIONAL?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Medicina pela
Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Fábio Fernandes Neves

**SÃO CARLOS
2024**

VITOR BRASIL PEREIRA PENIDO

**O ENSINO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM
MEDICINA: COMO A FACULDADE NOS PREPARA PARA A VIDA
PROFISSIONAL?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Medicina pela
Universidade Federal de São Carlos.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Fábio Fernandes Neves
Universidade Federal de São Carlos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu avô, Adhemar. Uma das minhas maiores inspirações – senão a maior – nessa vida. Ele, que tanto se dedicou e sonhou junto comigo, nos deixou em maio deste ano. Como eu e meu pai dissemos, venceu todas as batalhas e descansou. Obrigado, vô, por ter se feito presente em tantos momentos, por ter sido meu melhor amigo, por todas as histórias contadas, risadas arrancadas e por se alegrar na minha alegria. Sua história de vida sempre será uma inspiração.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por todos os acontecimentos da minha trajetória, que, invariavelmente, me trouxeram até o presente momento. Agradeço ao Senhor por ter sido peça fundamental na minha criação e formação quando mais novo, que, mesmo com o passar do tempo, me mantém firme.

À minha querida mãe, Jussara, a qual sei que zela por mim e acompanhou todos os meus passos até aqui, de onde quer que esteja, desde os meus primeiros dias de vida. Te agradeço por ter sido meu lar e por ter escolhido tão bem o meu pai. Espero ter te orgulhado e continuar te orgulhando, mãe.

Ao meu pai, seu Edson, meu amigo e exemplo, por me apoiar nessa jornada. Por todas as broncas, por todos os “vai estudar” e por tudo que já fez por mim. Por ser um exemplo de pai e de pessoa. Por sempre me incentivar a ser melhor. Ser uma cópia sua é um orgulho imensurável.

À minha avó, Dona Yedda, exemplo de perseverança e vontade, por todo o amor que me foi dado, por todo o empenho e por ter feito muito além do possível por mim. Sua fé e sua força são inabaláveis.

À minha madrastra (com ênfase no “má”), Luciana, responsável por grande parte de quem eu sou eu hoje, por me ajudar a trilhar esse caminho árduo, por ter assumido grandes responsabilidades por mim e por ter sido parte tão importante no meu amadurecimento.

À minha namorada, Alice, companheira de jornada há quase 9 anos, por ter aparecido e permanecido em minha vida. Por me incentivar e me ajudar tanto nas dificuldades que estar a 600 km de casa impõem. Você e sua família foram fundamentais na minha formação, e eu serei eternamente grato por isso.

Ao meu grupo de internato, pelo prazer inenarrável do convívio infindável dos últimos dois anos. Trabalhar com vocês foi – e continuará sendo – um imenso prazer.

Obrigado a todas as amigas que construí ao longo da graduação. À família que construí na instituição FSM. A cada docente, preceptor, funcionário e a todos os profissionais que doaram seu tempo para minha formação. Aos pacientes com quem convivi brevemente, mas que tanto me ensinaram – e muitas vezes mais do que medicina.

Por fim, agradeço ao célebre motorista de aplicativo que me buscou em casa para realizar o trajeto até o curso de redação em 2018, já na reta final da preparação para o vestibular, em um período em que eu beirava a exaustão. Durante a nossa conversa, quando mencionei a possibilidade de cursar medicina, ele prontamente riu e questionou:

– De Bento Ribeiro não sai médico, rapaz... seu pai nunca te falou isso?

Esse talvez tenha sido o gatilho que me motivou no último mês de estudos naquele ano. E hoje, 6 anos depois, cá estamos nós.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso avalia o ensino de Ortopedia e Traumatologia na graduação em Medicina da UFSCar, com base no memorial de formação do autor, e propõe uma análise crítico-reflexiva acerca das lacunas na formação do médico generalista em comparação com as melhores práticas recomendadas para o desenvolvimento de competências teórico-práticas e aplicação em cenários reais, ocupados por médicos recém-graduados. Dessa forma, o texto constitui uma reflexão sobre o ensino de ortopedia e o aprimoramento da capacidade do médico recém-formado em lidar com as queixas ortopédicas mais prevalentes, sobretudo nos cenários de atenção básica e pronto atendimento. A metodologia inclui pesquisa em bases como SciELO e PubMed e explora tanto o ensino teórico quanto as experiências práticas vivenciadas ao longo da graduação.

ABSTRACT

This Course Conclusion Work evaluates the teaching of Orthopedics and Traumatology during the undergraduate course in Medicine at UFSCar, based on the author's educational background, and proposes a critical-reflective analysis of the gaps in the average training of general medical in comparison with best practices recommended for the development of theoretical-practical skills and application in real scenarios, occupied by newly graduated doctors. In this way, the text reflects on orthopedic education and the enhancement of newly trained doctors' ability to manage the most prevalent orthopedic complaints, especially within primary care and emergency care settings. The methodology includes research in databases such as SciELO and PubMed and explores theoretical teaching and practical experiences throughout the course.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO	5
<i>ABSTRACT</i>	5
SUMÁRIO.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
OBJETIVO.....	8
METODOLOGIA.....	9
DESENVOLVIMENTO	10
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	23

INTRODUÇÃO

A ortopedia é uma área clínico-cirúrgica da medicina que abrange diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação de afecções associadas ao sistema musculoesquelético, estrutura essencial de locomoção e sustentação do corpo humano e intimamente relacionada à funcionalidade.

A formação em ortopedia é, tradicionalmente, composta por três anos de Residência Médica e, por vezes, mais um ou dois anos de formação em subáreas, como joelho, ombro, medicina esportiva, etc. Todavia, seu ensino durante não deve se ater somente a esse período, estando atrelado, também, à formação do médico generalista.

Atualmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN) são o conjunto de normas que regem o ensino durante a graduação, com uma formação pautada na integralidade da assistência e em princípios éticos e sociais. Contudo, as DCN não citam, especificamente, nenhuma área da medicina, propondo apenas que o médico generalista deve estar apto a realizar atendimentos iniciais de urgências clínicas e traumáticas, reconhecer suas limitações e encaminhar adequadamente, quando necessário. Isto posto, infere-se que o domínio teórico e habilidades básicas em ortopedia e traumatologia fazem parte das competências – que deveriam ser – do médico recém formado.

Por outro lado, frente ao envelhecimento populacional e aos novos padrões demográficos no Brasil e no mundo, diretamente associados ao aumento da prevalência de doenças osteoarticulares e traumas decorrentes de acidentes, a formação de um médico generalista com conhecimentos básicos em ortopedia é medida que se impõe, não somente para prestar um atendimento adequado ao paciente, mas também, de forma secundária a um diagnóstico correto, diminuir erros médicos e encaminhamentos e custos desnecessários ao sistema de saúde.

Assim, o presente trabalho visa comparar a formação do médico generalista em ortopedia, expondo suas lacunas em relação às melhores práticas de ensino na área, por meio da correlação da literatura médica com as experiências ao longo dos seis anos de graduação.

OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo comparar o ensino de Ortopedia durante a graduação em medicina na UFSCar e as qualidades teórico-práticas exigidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e no projeto político pedagógico do curso de medicina, além de identificar as melhores práticas de ensino para graduandos e seus principais objetivos de aprendizado. Por fim, o memorial reflexivo relaciona as bases curriculares preconizadas com as vivências e práticas do autor ao longo da graduação.

METODOLOGIA

O presente trabalho é uma combinação de fontes pessoais do autor, estudante de medicina da Universidade Federal de São Carlos do ano de 2019 ao ano de 2024, documentos oficiais relativos ao curso de Medicina na UFSCar -- como o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o plano de ensino -- e à formação médica no Brasil (Diretrizes Curriculares Nacionais) e literatura científica.

Com relação à literatura científica, foram buscadas nas bases SciELO e PubMed, com base nas palavras-chave "ensino de ortopedia", "currículo médico", "formação acadêmica", com filtros para artigos publicados em português e inglês entre 2016 e 2024, expandindo o intervalo para 1990 a 2024 após resultados insuficientes na primeira etapa. Além disso, as buscas incluíram relatórios e diretrizes nacionais, como o PROGEB, as Diretrizes Curriculares Nacionais e o site da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), bem como a Revista Brasileira de Ortopedia (RBO).

Quanto às fontes selecionadas, o objetivo era que, de alguma forma, fosse possível contextualizar as práticas educacionais em ortopedia durante a graduação em medicina com a aquisição de competências teóricas e práticas na área em questão. As fontes priorizam a análise da construção de uma grade curricular nacional e o domínio técnico exigido para um médico recém-formado.

Por fim, os dados foram organizados e sintetizados de modo a manter uma linearidade de raciocínio, seguindo a ordem de ensino teórico da ortopedia, habilidades técnicas exigidas durante e ao fim da graduação e aprendizado clínico, este sendo embasado na experiência do autor durante os anos de curso.

DESENVOLVIMENTO

I. Bases curriculares: revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais e do Projeto Político Pedagógico e sua correlação com a ortopedia e traumatologia.

i. Breve resumo: o que são situações-problema (SP), estações de simulação (ES) e prática profissional (PP)

As Situações-problema (SPs) são atividades teóricas baseadas em problemas reais, situações simuladas ou casos fictícios de saúde, utilizadas como base para estimular o pensamento crítico e a resolução de problemas, por meio de disparadores para o estudo e posterior discussão após o estudo. Ocorrem semanalmente ao longo dos quatro primeiros anos de graduação e promovem uma aprendizagem significativa por meio da conjunção entre estudo individual e reflexão coletiva

As Estações de Simulação (ES), por sua vez, expõem os estudantes a casos simulados, com atores treinados, que mimetizam casos comuns à prática clínica nas diferentes áreas da medicina e estimulam o desenvolvimento de habilidades de comunicação e técnica, permitindo um aprendizado significativo em ambiente seguro e supervisionado.

Já a Prática Profissional (PP) proporciona contato direto dos estudantes com cenários reais de saúde, como Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, hospitais e outros cenários. É nessa disciplina que os conhecimentos teóricos adquiridos são postos em prática pela primeira vez, sob supervisão, permitindo o desenvolvimento progressivo de autonomia no cuidado aos pacientes.

Durante o curso de medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), somos expostos à uma bagagem curricular teórica e prática – não tão bem – predefinida na área de ortopedia. Quanto à teoria, durante os quatro primeiros anos da graduação, há “gatilhos” de diversos temas, inseridos em situações-problema e reflexões da prática, que compõem conjuntamente o conhecimento na área, visto que demandam a aquisição de conhecimentos básicos e permitem o estudo individual mais aprofundado. Dentre os temas inseridos na grade curricular do plano pedagógico vigente do ciclo básico e do ciclo clínico, estão: anatomia do sistema osteomuscular, tipos de fratura, fisiologia do tecido ósseo, aspectos gerais sobre patologias ortopédicas (osteoartrite, osteoporose, displasia de quadril). Já no internato, a carga horária relacionada à ortopedia engloba atividades teóricas e práticas, com participação no ambulatório de pós-fraturas (com média de quatro horas de duração, durante 4 semanas), aulas teóricas e sessões clínicas, esta realizada junto aos residentes, preceptores e chefes da ortopedia na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

ii. PPP e o Plano de Ensino

Com base no PPP (4), é possível inferir que a formação do médico generalista, baseada em metodologias ativas de aprendizagem com uma abordagem construtivista, tem o uso de situações-problema, estações de simulação e prática profissional em ambientes protegidos (na presença de docentes e preceptores capacitados para tal). Em suma, o curso da UFSCar segue um currículo integrado, orientado por competências, onde os alunos são expostos a situações práticas desde os períodos iniciais, visando o desenvolvimento de competências compatíveis com o momento do curso, que expandam o arsenal teórico-prático do estudante. Para isso, é necessário que todos os períodos, mesmo que divididos em grandes áreas e subáreas da medicina, dentro de contextos domiciliar, ambulatorial e hospitalar, priorizem a integralidade do cuidado, de maneira contínua e com progressão da

profundidade de abordagem de cada assunto, uma vez que uma das bases da abordagem construtivista é o conceito de aprendizagem significativa (5), quando o novo conhecimento se conecta de maneira significativa com os conhecimentos prévios do aluno.

Quanto ao plano de ensino, sua estruturação em áreas de competência permite o desenvolvimento longitudinal de habilidades inerentes à prática médica: realização de história clínica e exame físico, formulação de hipóteses/priorização de problemas, investigação diagnóstica, elaboração/implementação do plano terapêutico, procedimentos médicos, princípios e boas práticas de cuidados paliativos, acompanhamento/avaliação do plano terapêutico, competências em gestão, saúde coletiva e saúde do trabalho, além de competências socioemocionais e do autocuidado. Essas competências são divididas em três graus de evolução, como metas de aprendizagem ao longo de cada ano da graduação: (1) aprendizado inicial; pouca ou nenhuma experiência prática; (2) aprendizado intermediário; capacidade de realizar tarefas com alguma autonomia; (3) suficiência; capacidade de realizar tarefas com alguma supervisão.

Relacionadas à matriz de competências do plano de ensino, as metas que envolvem especificamente a área de ortopedia, são as seguintes:

- Propor intervenções propedêuticas e terapêuticas para os problemas ortopédicos e reumatológicos mais prevalentes (aprendizado inicial no 4º ano, intermediário no 5º e suficiente no 6º);
- Compreender a correlação entre as manifestações clínicas dos diversos órgãos e sistemas e suas bases anatômicas, fisiológicas, histopatológicas, bioquímicas e biofísicas, assim como sua associação com predisposição genética e hábitos de vida (aprendizado inicial no 2º ano, intermediário no 3º e suficiente do 4º em diante);
- Realizar imobilização provisória de fraturas fechadas (intermediário no 5º e suficiente no 6º)
- Fazer enfaixamento com atadura (intermediário no 5º e suficiente no 6º)

Dessa forma, a Ortopedia se insere nesse contexto por meio da abordagem teórica nas situações-problema, na medida em que os objetivos de aprendizado de alguns dos casos contemplam assuntos inerentes à especialidade. Ainda, a exposição à prática em serviços de saúde possui uma ampla gama de casos a serem atendidos e discutidos, possibilitando - dentre tantas outras - a aquisição de competências clínicas relacionadas ao manejo de pacientes com afecções ortopédicas de diferentes níveis de complexidade, como fraturas e doenças osteoarticulares. Já nos anos finais, o plano de ensino contempla o desenvolvimento de habilidades mais complexas e com maior correlação direta com a prática médica.

iii. Diretrizes Curriculares Nacionais

Do ponto de vista das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (6), o perfil do egresso/profissional é definido pelo que se segue:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Para tanto, as DCNs não citam, de forma direta, diversas áreas da medicina. No documento que rege a formação dos novos profissionais no Brasil, as competências e habilidades do médico generalista são definidas de maneira... generalista, propondo o

domínio de conhecimentos, habilidades técnicas, formulação de hipóteses diagnósticas, manejo e tomada de decisões, mantendo um padrão de qualidade satisfatório, com base em evidências científicas, priorizando atenção integral à saúde. Outro ponto importante estabelecido no texto infere que o médico generalista deve estar apto a realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências, sendo capaz também de reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral.

iv. Competências e habilidades básicas em ortopedia para o médico generalista

Com base no PPP da UFSCar, no plano de ensino, nas DCNs e nas vivências pessoais ao longo da graduação, é possível compreender – mesmo que sem menção direta nos documentos supracitados – quais são os conhecimentos fundamentais e as habilidades necessárias de um médico recém formado.

Além disso, em editorial publicado na Revista Brasileira de Ortopedia, Camargo (2010) (9) estabelece um “currículo ortopédico” para estudantes de medicina e propõe uma reflexão acerca do aprendizado da especialidade. No texto, o autor discorre acerca do ensino da ortopedia nas faculdades brasileiras, enfatizando que a maior parte dos serviços que recebem alunos de graduação, principalmente dos anos finais do curso, não apresentam um preparo pedagógico especificamente para estudantes de medicina, tornando o programa de estágio muito similar ao do médico residente de ortopedia, o que dificulta a aquisição de uma curva ensino-aprendizagem, deixando lacunas na educação de médicos generalistas em ortopedia. A visão de que a ortopedia é uma especialidade a ser abordada somente durante a residência médica faz com que a formação do generalista negligencie a importância de um conhecimento básico na área e, com isso, o recém formado, comumente, não tem habilidades para lidar com casos comuns de ortopedia e traumatologia. O autor ainda propõe uma reformulação dos programas de ensino, por meio da introdução de um programa nacional de ensino de ortopedia e da publicação de materiais didáticos específicos para alunos de graduação, a fim de uniformizar a formação do médico generalista, promovendo um aprendizado prático e realista da disciplina.

Em outro estudo, Ballas, Tytko e Mannarino (1998) (10), exemplifica alguns problemas ortopédicos comuns, de diagnóstico tecnicamente simples ao exame físico ou à radiografia, que não são percebidos em atendimentos de atenção primária ou de emergência, aumentando a chance de complicações futuras, as quais seriam evitadas caso o diagnóstico precoce fosse realizado.

Em outra perspectiva, porém mantendo uma temática similar, Held et al. (2020) (11) conduziram um estudo de consenso Delphi, organizado em 3 rodadas interativas de comunicação e priorização de itens por especialistas da África, Europa e América do Norte, considerando concordância > 75% como consenso, com o objetivo de estabelecer e priorizar tópicos, casos clínicos e habilidades de importância central na ortopedia, que fossem relevantes para estudantes de medicina na África do Sul e em áreas de contexto clínico similar. A divisão das temáticas foi feita em três grandes áreas: casos, habilidades e domínio teórico e os temas foram determinados seguindo a metodologia do estudo (tabela 1). Em outra rodada, foram estabelecidos subtemas, inseridos em outras temáticas – fraturas, lesões de partes moles e emergências ortopédicas – com o mesmo propósito: definir a relevância dos temas a serem lecionados na graduação, com o objetivo de facilitar a identificação e o manejo inicial pelo médico generalista (tabela 2).

Tabela 1. Casos, habilidades e temas de domínio teórico mais relevantes

Casos

- Abordagem ao paciente politraumatizado
- Criança claudicante
- Emergências ortopédicas

Habilidades

- Manejo de luxações
- Técnicas básicas de imobilização
- Manipulação de fraturas
- Exame físico osteomuscular

Domínio teórico

- Infecções ortopédicas
- Manejo de fraturas comuns
- Sinais de alerta para encaminhamento ao especialista
- Lombalgia
- Interpretação de radiografias
- Luxações comuns

Adaptado de Held et al. DOI: 10.2106/JBJS.19.00664

Tabela 2. Consenso dos especialistas sobre Fraturas, Lesões de partes moles e emergências ortopédicas.

Fraturas

- Fraturas de tornozelo
- Fraturas de quadril/fêmur
- Fratura de rádio distal

Lesão de partes moles

- Luxação de ombro
- Entorse de tornozelo

Emergências ortopédicas

- Fraturas expostas

Adaptado de Held et al. DOI: 10.2106/JBJS.19.00664

Visto isso, durante a graduação, é necessário que o estudante tenha contato com temáticas mais gerais, como anatomia, fisiologia e semiologia do sistema musculoesquelético (ossos, músculos, articulações e tecidos conectivos), e com assuntos e procedimentos mais específicos da área, porém ainda dentro do escopo de atuação do médico generalista, como:

- Avaliação e diagnóstico de lesões musculoesqueléticas (fraturas, luxações, lesões de partes moles), bem como a solicitação e interpretação básica de exames de imagem relacionados às patologias;
- Avaliação e manejo inicial de pacientes vítimas de traumas, mais direcionados ao atendimento emergencial, redução fechada para fraturas simples e estabilização de fraturas;
- Doenças ortopédicas comuns, como lombalgia, osteoporose, artrite, escoliose, doenças degenerativas, etc;
- Identificação e manejo de luxação de ombro, entorses de tornozelo e avaliação de outras articulações, reconhecendo a necessidade de avaliação por especialista;

- Cuidado inicial de feridas relacionadas a fraturas expostas ou trauma com envolvimento ósseo, incluindo estabilização, limpeza, desbridamento, e sutura;
- Cuidados pós-operatórios, como troca de curativos, remoção de pontos e orientações sobre reabilitação.

Ainda, o Programa de Educação para Médico Generalista do Brasil (7)(PROGEB), oferecido gratuitamente para estudantes e médicos residentes pela Associação Médica Brasileira (AMB), estruturado em 45 módulos, possui um módulo específico para Ortopedia, com quatro temas: Lombalgia, Tendinites de membro superior, entorse de tornozelo e princípios para o primeiro atendimento do paciente politraumatizado, mostrando a significância de cada um deles para a prática médica, sem excluir a importância do domínio sobre as demais temáticas.

II. Memorial de formação: do primeiro ao último contato com a ortopedia.

i. Prólogo

Antes de dar início à narrativa e suceder ao objetivo do trabalho, julgo de alguma importância comentar sobre alguns fatos que talvez tenham sido relevantes, pois permearam minha vida por longos anos e, de certo, influenciaram na minha escolha futura, porém não se encaixam nos próximos capítulos.

Desde cedo, convivi com a obesidade infantil, um pouco de bullying daqui, um pouco de “é só uma brincadeira” dali, e o tempo foi passando... A adolescência estava batendo à porta e trazendo consigo as inseguranças e, principalmente, a preocupação com a autoimagem, percebida por quem estava ao meu redor, mas jamais admitida pelo Vitor pré-adolescente. Deste ponto, surgiu o primeiro tópico relevante: o contato com uma nutróloga – daquelas com residência e boa formação – especializada em obesidade infantil, que, junto de uma equipe multidisciplinar, incentivando mudanças alimentares e atividade física, foram meu primeiro exemplo de como um bom profissional pode mudar, de fato, uma vida.

Durante todo esse processo de mudança de hábitos, amadurecimento, conflitos e tudo mais que a adolescência tem a oferecer, surgiram mais dois dos infindáveis exemplos que passaram na minha vida. Aos 15 anos, durante uma partida de basquete na escola, em um lance comum do jogo, saltei para disputar um rebote e, ao tocar no solo, meu colega de treino, por um infortúnio do destino, presenteou minha coluna com uma cotovelada. Caí, chorei e senti uma dor inexplicável e, até então, desconhecida. Quarenta minutos depois eu estava em um pronto socorro próximo à escola, onde recebi analgesia e tive alta. À noite, por conta da piora do quadro de base, procurei um serviço de emergência em ortopedia, onde fui atendido por um médico jovem, que acabara de terminar a residência; após uma anamnese sem muitos detalhes (inclusive o exame físico), foi-me solicitada uma radiografia de coluna e constatada uma escoliose. Apesar do impacto do diagnóstico, a informação que me motiva a escrever esse parágrafo é a seguinte: em nenhum momento me foi explicado o que era a escoliose, mas foi comunicado, de maneira extremamente alarmista, que seria um caso cirúrgico grave e um neurocirurgião deveria ser procurado com urgência. Pois bem... 10 dias depois, com muitos AINEs, fui ao consultório de outro ortopedista, o qual, após um exame físico tão detalhado que dificilmente eu conseguiria descrever, solicitou uma radiografia panorâmica de coluna, estadiou corretamente o grau da curvatura, iniciou tratamento – novamente multidisciplinar – e descartou a abordagem cirúrgica no momento e em um futuro próximo. Dito isso, o ponto central de ambos episódios se mantém: um bom profissional faz toda a diferença.

Por último, mas mais importante que os outros: aos 18 anos, no ano de pré-vestibular, tive uma fratura-luxação do quinto metacarpo e, novamente, no mesmo serviço da epopeia anterior, porém com mais sorte, encontrei um plantonista especialista em lesões de esporte. Além de tecnicamente excelente, o atendimento foi extremamente agradável, apesar da complexidade da decisão entre abordagem conservadora ou cirúrgica externada pelo profissional na ocasião. Nas semanas que se sucederam, realizei acompanhamento radiográfico, sempre sendo reexaminado pelo mesmo médico, com o mesmo interesse e sempre esclarecendo e explicando o quadro, suas expectativas e as intempéries de um eventual imprevisto na recuperação. Oito semanas depois, me via livre da tala gessada e mais decidido a seguir a graduação em medicina.

Alguns outros episódios foram omitidos, mas, em resumo, o esporte e a ortopedia me despertaram interesse antes mesmo de definir qual rumo eu escolheria para o futuro. Seguido o rumo escolhido, apesar de muitas paixões pelo caminho, acredito que tenha encontrado sentido no que, originalmente, me trouxe até aqui.

ii. Primeiro ciclo: o início da graduação e o impacto da pandemia

O primeiro ano da graduação já se iniciou, de certa forma, conturbado. O SISU, Sistema de Seleção Unificada, no qual instituições públicas de ensino superior oferecem vagas para candidatos participantes do Exame Nacional de Ensino Médio (Enem), disponibilizou as vagas para UFSCar, submeti minha nota e, até o último dia, estava dentro dos selecionados. Na seleção final, contudo, estava a algumas posições da classificação, sendo chamado apenas na terceira chamada – como suplente – e efetuando a matrícula na quarta chamada, o que atrasou o início do meu ano letivo em uma semana. Como meus colegas de turma diziam, a metodologia ativa já fora desafiadora após uma semana de adaptação e, para mim, o primeiro contato foi, com o perdão do adjetivo, assustador. Discutir um assunto completamente desconhecido (jamais esquecerei da SP de embriogênese), com pessoas completamente desconhecidas, em um ambiente e de uma forma completamente distintas de estudar e debater parecia uma grande reviravolta da vida. E, de fato, era.

Com o passar das semanas, conhecendo um pouco mais sobre o curso, as ligas, os projetos de extensão e, de alguma forma, tentando aprender a aprender, conheci a ortopedia. Em uma das situações problema discutidas, na qual um jovem hipotético havia sofrido um acidente automobilístico e sofrido uma fratura, a ementa contemplava tópicos como embriologia, anatomia e fisiologia do tecido ósseo e tipos de fraturas. Na sina de reencontrar métodos de estudo, encontrei, para além dos assuntos necessários, vídeos sobre fixação de fraturas, reconstrução óssea, lesões no esporte, etc. Dali, surgiu o primeiro encanto com uma das áreas da medicina. Era fascinante como um osso quebrado se regeneraria em algumas semanas, ou como uma lesão, ao ser resolvida, podia devolver a autonomia e a qualidade de vida de alguém. Ao final do primeiro ano, após muitos outros assuntos discutidos e vistos nas unidades educacionais, a ortopedia já havia se tornado uma das várias hipóteses que perpassariam meus planos de futuro.

E então veio o segundo ano e, com ele, a pandemia de COVID-19, as aulas online, o Ensino Não Presencial Emergencial (ENPE) e todas as adaptações que o mundo sofreu. Durante o tempo de paralisação das atividades curriculares, conheci um ortopedista, através das redes sociais, que publicava diariamente sua rotina de centro cirúrgico e mostrava um pouco das cirurgias e atendimentos, sempre propondo alguma discussão ou reflexão acerca da prática médica como um todo.

Algumas semanas depois de começar a acompanhá-lo, ele, que é docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, se propôs a ministrar aulas semanais – que seriam para o programa de residência da UFRJ – online e de livre acesso para estudantes de medicina. Com o mesmo intuito, outros docentes também participaram dos encontros, corroborando com a minha ideia inicial de que a ortopedia, mesmo que não fosse minha escolha de residência, era algo fascinante.

Nesse íterim, também havia participado do processo seletivo para a Liga de Ortopedia e Traumatologia da UFSCar, que iniciara suas atividades com aulas teóricas, seminários de anatomia apresentados pelos próprios ligantes e alguns encontros com especialistas.

De maneira geral, o segundo ano letivo foi desafiador, mas trouxe excelentes experiências. Como pontos negativos, o prejuízo que tivemos por conta da pandemia foi imensurável, principalmente tendo em vista que as Estações de Simulação do segundo ano tem como objetivo o primeiro contato e o aprimoramento de habilidades semiológicas; além disso, lidar com os estressores que um ambiente não preparado para um “home office” impõem tornava todo o processo ainda mais árduo. Contudo, ter mais “tempo livre” (em isolamento por conta da pandemia) me permitiu participar de atividades extracurriculares e me desenvolver de outras formas, as quais a medicina provavelmente não contemplaria.

iii. Segundo ciclo: retorno às práticas

O início do terceiro ano, ainda com resquícios e adaptações do período pandêmico, reservou o maior desafio desde então: voltaríamos a ter contato com pacientes, de uma forma mais intensa que anteriormente, com mais autonomia e, conseqüentemente, responsabilidade, porém sem preparo para tal. O curso propôs que, para equalizar e avaliar nossas capacidades, fizéssemos oficinas de exame físico e uma posterior avaliação, para finalizar as pendências da grade curricular do primeiro ciclo impossibilitadas por conta da determinação de distanciamento social e não realização de atividades presenciais. Porém, o calendário acadêmico se iniciara antes dessas oficinas, ou seja, fomos para uma UBS atender, examinar e discutir os casos sem nunca ter realizado uma ausculta. Outro prejuízo para o curso foi a impossibilidade de participação de atores nas Estações de Simulação, porém esta não impactou de forma tão significativa, visto que a organização das atividades permitiu que usássemos uns aos outros como personagens nos atendimentos simulados, além de outros recursos disponibilizados, como manequins, videoaulas e o próprio compartilhamento de experiências com os docentes.

O quarto ano, por sua vez, foi bem próximo da realidade anterior à pandemia. As atividades ocorreram – quase que – normalmente, com pouco ou nenhum prejuízo. Os atendimentos eram cada vez mais fluidos e menos maçantes (para os pacientes também), com um desenvolvimento realmente progressivo. Não que houvesse um domínio sobre todas as competências exigidas, porém conhecer a base de grande parte dos assuntos que víamos no dia a dia instigava qualquer faísca de raciocínio que ali estivesse. Isso tornava os dias mais interessantes, as reflexões da prática cada vez mais aprofundadas e as situações problema cada vez mais diretas e científicas, com pouco espaço para discussões além do biológico, que já foram abordadas anteriormente no primeiro ciclo.

Por mais que pareça uma crítica, entendo perfeitamente as intempéries que a pandemia trouxe, e até avalio como positivas as dificuldades que o curso nos proporcionou. A evolução “forçada” pareceu mais rapidamente progressiva e menos pedagógica, mas foram colhidos bons frutos.

Nesse espaço temporal de dois anos letivos, tive contato com muitos pacientes, com os mais variados quadros que a atenção primária permite manejar. Todavia, o interesse nas patologias ortopédicas, nas manobras de exame físico recém aprendidas e em como estas pareciam lógicas, como fosse um teste de uma máquina em algumas ocasiões, ainda estava ali, inabalável. Ainda, fui de ligante à gestão da liga de ortopedia no terceiro ano e presidente no quarto ano, tendo contato, mesmo que breve, com alguns profissionais fantásticos. Para além da ortopedia, também me interessei pela medicina esportiva, mais especificamente pelas lesões ortopédicas no esporte. Contudo, por conta da pandemia, os estágios eletivos e a realização de atividades presenciais da Liga de Ortopedia não foram possíveis.

Por último, vale fazer uma menção breve à outro relato pessoal: no fim do terceiro ano, em uma noite de quinta-feira, uma semana após uma atividade da liga de ortopedia sobre anatomia do quadril e três semanas após uma aula sobre fraturas de fêmur, recebo uma ligação do meu pai, que raramente me liga sem avisar ou perguntar o que estou fazendo. Minha avó, de 81 anos, que assumiu o papel de mãe ao longo de muitos anos da minha vida, previamente hígida, havia sofrido uma queda da própria altura e fraturado o fêmur. Como não havia nenhum sinal de instabilidade hemodinâmica, necrose de cabeça de fêmur ou outro sinal de alarme, a cirurgia foi agendada para o dia seguinte. Me organizei na medida do possível e fui para o Rio de Janeiro, mesmo sabendo que não acompanharia, para oferecer algum suporte e acompanhá-los nessa hora. Ao chegar no hospital, fui surpreendido, novamente, por um profissional de excelência, não somente técnica, mas como pessoa também. A cirurgia fora um sucesso, a recuperação também e os olhos brilhando ao entrar no centro cirúrgico, à convite do Dr Bruno Fabrizio, pôs a cereja no bolo. Não acompanhei nenhum outro procedimento, apenas conheci uma parte de sua equipe e as caixas de ferramentas de uma cirurgia para colocação de haste intramedular de tíbia. Isso bastou.

iv. Terceiro ciclo: o internato e a práticas

No início – quase meio – de 2023, se iniciava o quinto ano. Ansioso pelas novas experiências e para estar inserido, de fato, na rotina de um médico, estava eu, mais perdido do que gostaria, começando o primeiro estágio: clínica médica. Meus amigos das turmas anteriores sempre falavam sobre essas sete semanas de formas contraditórias, porém positivas, com ênfase na grande carga horária de práticas e estudos, mas também no volume de conteúdo assimilado e na franca ascendência da curva de aprendizagem. O estímulo ao desenvolvimento de raciocínio clínico por toda a equipe de preceptores e docentes, a autonomia que nos era dada e as aulas (diga-se de passagem, as melhores aulas da graduação) fizeram com que o estágio em clínica médica fosse crucial para todos os outros posteriores e para o nosso ganho como estudantes e futuros médicos.

O segundo estágio do quinto ano se iniciou: pediatria. O grupo se dividira em dois hemigrupos, metade na neonatologia e metade na enfermagem e pronto atendimento do HU. No primeiro dia de neonatologia, devo confessar que me encantei com a recepção neonatal e, de maneira geral, com as crianças. As discussões eram ricas em conteúdo e, principalmente nos dias de visita com a Dra Renata Sayuri, se faziam mais inspiradoras, tanto pela sua capacidade técnica, quanto pela forma como lidava com os neonatos, com as mães, com os alunos, com os funcionários da maternidade e com todos que estivessem ao seu redor. Passado metade das sete semanas, invertemos os cenários de prática, dessa vez com crianças maiores, mas com o mesmo encanto que só a pediatria foi capaz de despertar. Conheci o L, 5 anos, um pré-escolar internado por exacerbação da asma, que todos os dias me recebia com alguma novidade, algum brinquedo novo ou alguma dúvida mirabolante. No

dia de sua alta, a Dra Cristina Ortiz, outra profissional inspiradora (que será citada novamente em breve), me incumbiu da missão de orientar a família e o paciente sobre o que é asma e como proceder em caso de crise. Passei alguns bons minutos conversando com L sobre o que acontecia com o pulmão e como o remédio agia. No momento da alta, ao ser arguido pela Dra Cristina, L disse “o Vitor me explicou, meu pulmão faz assim (gesticulava com as mãos cerrando os punhos)... aí o tubo de ar fica fechadinho... aí eu tomo o remédio... e ele abre (fazendo o gesto inverso com as mãos)”.

Pois bem, sigamos para o estágio integrado de Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva. Foi um estágio bom, importante para conhecermos áreas as quais não tínhamos nenhum contato prévio e para desenvolver mais autonomia e noção de como é a atuação do profissional de Atenção Básica. Os cenários de prática foram bem explorados, porém não foi tão cativante quanto os anteriores, muito menos demandante ou desafiador.

No quarto estágio, a Ginecologia e Obstetrícia – onde predominava a Obstetrícia – passamos na maternidade e em ambulatórios do HU, além de termos uma carga teórica em obstetrícia significativa, ministrada brilhantemente pelos professores Humberto e Marcos Okido. Foi um estágio muito proveitoso e, mesmo fazendo curso preparatório para residência médica em paralelo à faculdade, a didática do professor Humberto me ajudou a entender de forma simples assuntos que, até então, eram só decorados ou não faziam sentido algum.

Por fim, e mais importante até aqui, veio a Cirurgia Geral. Após um período de recesso de Natal e Ano Novo, o estágio se iniciara no primeiro dia útil do ano. Eu estava ansioso, mas não era uma ansiedade igual à do começo do ano: não tinha medo ou insegurança envolvidos. Era curiosidade de ver e fazer o que eu não tinha visto de perto até então: a tal ortopedia. Fizemos o sorteio da escala para definir quem estaria nos plantões noturnos no Serviço Médico de Urgência (SMU) da Santa Casa e fui escalado para a primeira noite. Ao chegar na Santa Casa, às 18h55, o R1 da cirurgia me chamou e avisou que um trauma chegaria naquele momento: uma vítima de atropelamento, homem, idoso, politraumatizado, em choque hipovolêmico, pelve instável, fraturas expostas de rádio e ulna, tibia e fíbula, além de fratura de úmero e arcos costais. Poder participar de uma ATLS já no primeiro minuto de estágio, acompanhar as estabilizações de fraturas, a estabilização clínica do paciente e sua posterior evolução foi um divisor de águas. Obviamente, achei tudo aquilo extremamente interessante, porém foram o fixador externo e a osteossíntese que me chamaram atenção. Após isso, nas primeiras semanas de pronto atendimento e centro cirúrgico, tive a oportunidade de acompanhar o Dr Bruno Munari, egresso da UFSCar e ortopedista pela USP-SP, em algumas cirurgias no HU. Conversamos bastante sobre a residência, as perspectivas de futuro e carreira na área e mais outros assuntos que me aproximaram mais da ortopedia.

No SMU, estávamos alocados na Cirurgia Geral e, por isso, raramente víamos patologias ortopédicas. Porém, em uma das sextas-feiras de ortopedia, a aula do professor Rodrigo Reiff, por quem nutro profunda admiração profissional, foi interrompida por um residente por conta de um caso do pronto-atendimento: paciente mulher, na faixa dos 40 anos, com luxação anterior de ombro após queda da própria altura. Após um exame físico minucioso do ombro luxado e análise das imagens radiográficas, procedemos com a manobra de redução, a qual eu nunca tinha realizado, porém já havia lido e consegui explicar – será que consegui mesmo? – como eu faria para recuperar a congruência articular daquele ombro. Além desse caso, em outra ocasião similar, tive a oportunidade de reduzir uma luxação de quarto quirodáctilo. Tudo isso, para mim e para meus colegas, era algo novo, mas eles, ao contrário de mim, não pareciam estar fazendo uma descoberta como uma criança quando descobre algo novo.

Apesar de todos os acontecimentos supracitados, o grande marco desse estágio, provavelmente, foi uma cirurgia de fêmur, por conta de uma fratura transtrocanteriana. Até a parte ortopédica, de fato, a cirurgia estava caminhando como qualquer outra. Faz a incisão, afasta, abre espaço, cauteriza aqui, afasta ali e assim foi. Mas após acessar o osso propriamente dito, parecia mágico como as peças se encaixavam, como a fratura desviada ia se alinhando e como, por uma incisão tão pequena, uma haste intramedular e quatro parafusos foram fixados. Fascinante. Não poderia ter encerrado de melhor forma.

O sexto ano chegou, finalmente, e começou mais uma vez pela clínica médica. Novamente, um estágio muito proveitoso, com profissionais inspiradores. Desta vez, com uma bagagem maior, acredito ter aproveitado melhor as sete semanas que se passaram. Quanto ao time de docentes e preceptores da clínica médica, sou grato por estimularem, assim como no quinto ano, o nosso raciocínio e por confiarem no desenvolvimento de cada um do grupo; agradeço também pela ótima relação pessoal desenvolvida no período em questão e por me apoiarem durante o luto pela perda do meu avô, a quem dedico o presente trabalho, ocorrida na penúltima semana do estágio. Quanto às experiências com a clínica relacionadas à ortopedia e, mais uma vez, por um acaso do destino, tive a felicidade de conhecer e acompanhar um paciente com uma história difícil, de patologias e contexto sociais complexos: homem, 57 anos, com histórico de internação psiquiátrica anterior e maus tratos durante esse período, havia dado entrada por quadro de sepse de provável foco cutâneo, com múltiplas úlceras de pressão e, pasmem, uma delas com visualização direta de tecido ósseo, mais especificamente o trocânter maior do fêmur esquerdo e em investigação de síndrome de guillain-barré. Durante a internação, por conta do quadro neurológico e dos fatores de risco para osteomielite e de outras patologias do paciente, aproveitei a oportunidade para estudar o possível em relação ao caso, obviamente com mais interesse pela parte ortopédica, relacionada às infecções ósseas e seus diagnósticos diferenciais, além do exame físico neurológico e ortopédico. Durante as semanas de enfermagem, outros pacientes também apresentavam patologias relacionadas ao sistema osteomuscular, como Osteopenia/osteoporose, osteoartrite e artrite psoriática, agregando mais um pouco ao estudo e à experiência em diagnóstico e manejo.

Os próximos estágios do sexto ano, GO (este ano com maior ênfase em ginecologia) e Pediatria (com mais tempo em enfermagem, UTI e ambulatorios) foram momentos de bastante aprendizado nas respectivas áreas, porém, como já esperado, com raros contatos com a ortopedia. Na pediatria, da segunda à sexta semana de estágio, acompanhei (paralelamente aos casos da enfermagem, à pedido do professor Bento) um caso da equipe de ortopedia. Era um jovem de 13 anos, 1,93m de altura, com história de ruptura parcial do reto femoral por trauma durante partida de futebol há 6 meses, que evoluiu com melhora após repouso e voltara, há 2 semanas, a apresentar dor e edema local, com achados laboratoriais e de imagem inconclusivos, porém levantadas duas hipóteses principais: osteomielite e osteossarcoma. Após alguns dias de internação e uma abordagem cirúrgica pela equipe de ortopedia, foi confirmado o diagnóstico de osteomielite pela presença de necrose e coleção purulenta e iniciado tratamento e acompanhamento radiológico. Além disso, também por ideia do professor Bento, apresentamos alguns seminários sobre tumores na pediatria, sendo eu o responsável pelos tumores ósseos e seus diagnósticos diferenciais.

No estágio dos ambulatorios, passamos por diferentes especialidades (cardiologia, hematologia, endocrinologia, oftalmologia, gastro/hepatologia clínica, pneumopediatria, infectopediatria, neurologia, nefrologia, dermatologia e saúde do trabalhador), o que nos permitiu ter contato com uma ampla gama de casos – alguns simples, outros muito complexos – e com preceptores e docentes muito comprometidos não somente com o cuidado dos

pacientes, mas também com a nossa evolução como futuros médicos. Foi um estágio muito demandante do ponto de vista de estudo e, talvez por isso, muito enriquecedor, pois as correlações de teoria e prática estavam ali, nítidas, a cada atendimento.

Por último, e onde me encontro enquanto finalizo este texto, teve início o estágio de cirurgia. No sexto ano, não temos uma carga horária propriamente designada para ortopedia. Nos dividimos em quatro semanas “padrão”, sendo estas: centro cirúrgico e ambulatórios, anestesiologia, Serviço médico de urgência (SMU) e enfermaria, além das atividades teóricas à tarde e dos plantões no SMU das 19h às 23h. Até o presente momento, tive atividades de centro cirúrgico, ambulatório e anestesiologia. No CC, pude auxiliar excelentes profissionais, como o Dr Paulo Sola em uma parotidectomia total e a Dra Pâmela Bellaz em duas herniorrafias, além de acompanhar alguns outros procedimentos no centro cirúrgico da Santa Casa. Na semana de anestesiologia, abreviada pela prova de residência do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, fui surpreendido pelas escalas montadas nos dias em que estive presente. Pude acompanhar, mesmo que do outro lado do campo operatório, duas artroplastias totais de joelho, uma artroplastia de ombro com prótese reversa e uma redução aberta com fixação interna de fratura de rádio e ulna. Apesar de ter gostado bastante de assistir às cirurgias, entendo que esta competência se reserva apenas aos que, de fato, se especializam na área, não sendo componente curricular do médico generalista.

CONCLUSÃO

Relacionando as vivências às bases curriculares

Diante do exposto previamente, conclui-se que não há um padrão para o ensino da ortopedia no cenário atual das escolas médicas brasileiras e, justamente por isso, como dito no documento da RBO, que há uma grande lacuna de aprendizado na área. O ensino atual é, em suma, centrado na evolução de competências e habilidades do médico residente, estas muito mais complexas e específicas que as necessárias para o médico generalista. Parte disso pode ser atribuída a inexistência de uma normativa acerca do ensino de ortopedia e traumatologia durante a graduação em medicina, uma vez que as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso não estabelecem objetivos de aprendizagem, carga horária ou qualquer outro parâmetro de ensino na área. Portanto, para a SBOT, durante a graduação médica, deve-se seguir um programa nacional de ensino de ortopedia, a fim de uniformizar a formação e garantir o domínio dos conhecimentos básicos na área.

Tais competências englobam alguns contextos distintos de trabalho. No cenário ambulatorial, o médico generalista deve ser capaz de: (1) realizar exame físico osteomuscular, visando o diagnóstico de doenças ortopédicas comuns (lombalgia, osteoporose, artrite, escoliose, doenças degenerativas, entorses, criança claudicante, etc) e seu manejo adequado; (2) realizar cuidados pós-operatórios, como troca de curativos, remoção de pontos e orientações sobre reabilitação e; (3) solicitar e interpretar radiografias. No contexto do pronto-atendimento e urgência, as competências necessárias são: (1) avaliar e diagnosticar lesões musculoesqueléticas, bem como solicitação e interpretação de exames pertinentes para o diagnóstico; (2) manejo de luxação de ombro; (3) manejo de entorses de tornozelo; (4) diagnóstico e manejo de infecções ortopédicas; (5) manipulação de fraturas e técnicas básicas de imobilização; (6) abordagem ao paciente politraumatizado, com redução fechada para fraturas simples, estabilização de fraturas, cuidado inicial de fraturas expostas (estabilização, limpeza, desbridamento e sutura). De maneira geral, todas as competências devem obedecer à mesma regra, em ambos cenários: reconhecer sinais de alerta que demandem encaminhamento ao especialista.

De outra parte, o PPP do curso de medicina da UFSCar apresenta três tópicos relacionados às competências em ortopedia, sendo apenas dois mais específicos, os quais preconizam investigação e manejo dos problemas ortopédicos, realizar imobilização provisória de fraturas fechadas e fazer enfaixamento com atadura, assim, se mantendo aquém do preconizado para o padrão-ouro de formação generalista.

Ademais, tendo em vista as oportunidades geradas ao longo dos seis anos de graduação, acredito ter atingido as metas do PPP de forma satisfatória do ponto de vista teórico, porém com pouca ou nenhuma bagagem prática. Quanto às competências consideradas necessárias dentro da ortopedia, principalmente em serviços ambulatoriais, os ambientes de aprendizagem curriculares possibilitam alcançá-las parcialmente. Contudo, durante minha formação, principalmente em atividades da liga de ortopedia, adquiri uma grande bagagem teórica, o que me possibilitou abordar, durante os estágios do internato, patologias osteomusculares que não seriam o foco da consulta.

Frente às competências de urgência e emergência, surpreendentemente, pude presenciar todos os tópicos supracitados e, em raras oportunidades, manejá-los. No entanto, a abordagem teórica e prática ofertada é insuficiente, pois toda a minha experiência em ortopedia se resume à redução de uma luxação de ombro, acompanhar um caso de

osteomielite, alguns traumas e ATLS (os quais participei do manejo, mas não da parte ortopédica em si), sem contato suficiente para assimilar e adquirir habilidades práticas.

Deste modo, apesar de excelentes profissionais na área, a formação do médico generalista na UFSCar em ortopedia se mostra insuficiente frente ao padrão-ouro de ensino e desenvolvimento de habilidades práticas. Isto posto, é essencial que a formação dos futuros profissionais apresente uma carga horária melhor definida e específica para a ortopedia, traumatologia e suas urgências, com o objetivo claro de ofertar mais oportunidades de aprendizado, possibilitando uma formação sólida em ortopedia, para um atendimento eficaz e seguro na atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. COHEN, M. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Tratado de ortopedia. São Paulo: Roca, 2007.
2. AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Musculoskeletal health: a public health mandate. 2020. Disponível em: <https://www.aaos.org>. Acesso em: 19 out. 2024.
3. UNIVERSITY OF LIVERPOOL. Musculoskeletal conditions are now second greatest cause of global disability. ScienceDaily, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160301114116.htm>. Acesso em: 19 out. 2024.
4. DMED. Projeto Pedagógico – Departamento de Medicina. Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/graduacao/projeto-pedagogico>. Acesso em: 18. out. 2024
5. Ausubel, D. P. (1968). Educational Psychology: A Cognitive View. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
6. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 8-11, 23 jun. 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de Formação em Educação na Saúde para Preceptores do SUS – PROGEB – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Tire suas dúvidas sobre o SISU. Disponível em: <https://manutencao.mec.gov.br/sisu/aguarde/tire-suas-duvidas.html>. Acesso em 28. out. 2024.
9. CAMARGO, O. P. de. O Ensino da Ortopedia nas Escolas Médicas do Brasil. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 45, n. 2, p. 121-123, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/9vzbVzHDkWszZ59GbYbH6TL/?lang=pt>. Acesso em 28. out. 2024.
10. Ballas, M.T., Tytko, J., Mannarino, F. Commonly Missed Orthopedic Problems. American Family Physician, v. 57, n. 2, p. 267-274, 1998.
11. Held, M.F.G., Laubscher, M., Graham, S.M., et al. Topics, Skills, and Cases for an Undergraduate Musculoskeletal Curriculum in Southern Africa: A Consensus From Local and International Experts. The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume, v. 102, n. 3, p. e10, 2020. DOI: 10.2106/JBJS.19.00664.