

Conhecimento sobre a cirurgia vascular no contexto do projeto mais médicos

Knowledge about vascular surgery in the context of the more doctors project

DOI:10.34119/bjhrv4n3-115

Recebimento dos originais: 09/04/2021

Aceitação para publicação: 09/05/2021

Carla Cristina Gularte Liberato

Médica, Cirurgiã Vascular, Mestranda em Healthcare Management pela Must University, Coordenadora do Internato de Medicina da UNIFACIMED
Instituição de atuação atual- UNIFACIMED

Endereço completo (pode ser institucional ou pessoal, como preferir)- Avenida Isabel Betiol Picheck, 1370, Eldorado, Cacoal, RO
E-mail. carlaliberato@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O Projeto Mais Médicos para o Brasil, criado em 2013, visando prover médicos para áreas de difícil fixação de profissionais e oferecer treinamento em Saúde da Família para médicos brasileiros e estrangeiros, promoveu melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, ampliando a oferta de vagas para graduação e residência médica. Com intuito de formar profissionais generalistas, alinhado ao projeto, entraram em vigor as novas Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina. A partir de então a visão do médico foi ampliada além de conhecimentos teóricos, diferenciando-se da formação inicial hospitalocêntrica e especializada, comum aos docentes e preceptores atuais. **Objetivo:** Com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos médicos participantes do programa, elaboramos questionário sobre o conhecimento e prática de assuntos comuns na Cirurgia Vascular, Trombose Venosa Profunda e Pé diabético. **Relato:** Os resultados mostram que na região pesquisada, Região do Café e Zona da Mata, áreas do interior de Rondônia, a maioria dos médicos pertencentes ao programa são jovens, do sexo feminino, com tempo de formação entre um e dois anos, atuando também no programa, na sua maioria, neste período. A maioria domina os conhecimentos básicos sobre as duas patologias, o quadro clínico e a forma de diagnóstico, o equívoco ocorreu entre o diagnóstico de trombose venosa profunda e erisipela, e no manejo e cuidado das ulcerações, comuns no universo das doenças vasculares. Confrontando dados da literatura percebemos que as divergências são comuns em outros centros, estando os entrevistados aquém das estatísticas pois reconhecem a neuropatia na imensa maioria dos pacientes, examinando os pés dos mesmos na maioria dos atendimentos. **Conclusão:** Concluímos que estudos desta proporção são importantes para corrigir eventuais distorções durante o curso de Medicina, modificando o cenário de saúde no nosso país.

Descritores: Pé diabético, Programa mais médicos, Ensino de Cirurgia vascular, Ensino Médico, Trombose Venosa Profunda.

ABSTRACT

Introduction: The More Doctors for Brazil Project, created in 2013, aimed to provide doctors to areas where it is difficult to find professionals and offer training in Family

Health for Brazilian and foreign doctors, promoted the improvement of the infrastructure of health care units, expanding the supply of vacancies for graduation and medical residency. In order to form generalist professionals, aligned to the project, the new Curricular Guidelines for medical courses came into force. From then on, the vision of the physician was expanded beyond theoretical knowledge, differentiating from the initial hospital-centric and specialized training, common to current teachers and preceptors. Aim: In order to evaluate the knowledge of physicians participating in the program, we designed a questionnaire on the knowledge and practice of common issues in Vascular Surgery, Deep Venous Thrombosis and Diabetic Foot. Report: The results show that in the region surveyed, Região do Café and Zona da Mata, areas in the interior of Rondônia, most of the doctors belonging to the program are young, female, with training time between one and two years, also working in the program mostly in this period. Most of them master the basic knowledge about the two pathologies, the clinical picture and the way of diagnosis, the misunderstanding occurred between the diagnosis of deep vein thrombosis and erysipelas, and in the management and care of ulcerations, common in the universe of vascular diseases. Confronting data from the literature we noticed that divergences are common in other centers, with the interviewees being below the statistics because they recognize neuropathy in the vast majority of patients, examining their feet in most of the consultations. Conclusion: We conclude that studies of this proportion are important to correct possible distortions during the medical course, changing the health scenario in our country.

Keywords: Diabetic foot, Programa mais médicos, Teaching vascular surgery, Medical education, Deep venous thrombosis.

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013 visando prover médicos para áreas de difícil fixação de profissionais e oferecer treinamento em Saúde da Família para médicos brasileiros e estrangeiros (Silva, Bittencourt, Comes, Luiz Pereira, Eri Shimizu, Merchan-Hamann e Bermúdez, 2017).

O PMMB vai muito além de prover atendimento médico a regiões carentes, foi um grande avanço na Educação Médica pois, aliado ao atendimento, promoveu melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, ampliando a oferta de vagas para graduação e residência médica. Além da ampliação do acesso e o fortalecimento do processo de trabalho na Atenção Básica (AB), possui espectro de ações que variam de curto a longo prazo; de emergenciais a estruturais e que se desenvolvem em três eixos: (i) ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; (ii) provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e (iii) formação de recursos humanos para o SUS (Kemper, Mendonça e Sousa, 2016).

O Ministério da Saúde afirma que a estratégia é realizar uma expansão orientada do ensino médico, assegurando sua interiorização pelo Brasil afora. Aliada as novas

Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina, visando a formação integral do médico para atender as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde. O programa torna o atendimento estendido a populações outrora desassistidas como os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), as Unidades Básicas de Saúde fluviais para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia no Semiárido e muitas comunidades rurais, quilombolas, assentamentos, periferia e morros das grandes cidades.

O SUS e seu novo modelo assistencial foram um acontecimento raro e precioso. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados. Segundo o Ministério da Saúde atualmente cerca de 90% da população brasileira é usuária do SUS, 28,6% dos brasileiros tem como único recurso de assistência o SUS, e cerca de 61,5% utilizam os serviços assistenciais do sistema único complementado com algum plano de saúde ou atendimento particular, o que demonstra sua magnitude e importância (Amoretti, 2005).

O fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) tem sido um processo gradativo, vinculado à ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a forma brasileira de organizar a atenção primária. (Kemper, Tasca, Harzheim, Jiménez, Hadad e Sousa, 2018).

A APS ou Atenção Básica, no contexto brasileiro, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Silva, 2019).

O PMM pode ser considerado como uma “mola propulsora” para o desenvolvimento da APS no SUS, deixando o legado de que investir em APS (e, em especial, na ESF, pelo estabelecimento de equipes completas, com médico de família e comunidade) é um dos caminhos para o fortalecimento do sistema de saúde (Kemper et al, 2018).

Segundo estudos de Boiteux (2017) defende-se ainda a possibilidade de que o PMM contribua para o aprimoramento da formação médica, para o fortalecimento da AB, para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde e para a redução das iniquidades em saúde no Brasil.

Após três anos de implantação, o PMM tem apresentado resultados significativos: a abertura de 18.240 postos de emprego em 4.058 municípios de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras, e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); a autorização da criação de mais de cinco mil vagas em cursos de graduação em Medicina e quase cinco mil em cursos de Residência Médica; e a liberação de um investimento da ordem de R\$ 5 bilhões para o financiamento de melhorias nas unidades de saúde (Brasil, 2015).

O PMM tem pela frente o desafio de um cenário em que a maioria dos médicos formados esteja inserida no setor público, e apenas 28% trabalhem exclusivamente no setor privado (Matias, Verdi, Finkler e Ros 2019).

Condicionado a realização de um curso de especialização, no PMMB o ensino, a pesquisa e a extensão, integrariam o ensino com o serviço, contribuindo para que os médicos adquirissem as competências esperadas para atuar na Estratégia de Saúde da Família, além de prever a existência de outras atividades formativas, como a supervisão aos médicos participantes em seu ambiente de trabalho (Engstrom, Carvalho, Romano e Castro, 2016).

É grande também o desafio da conquista de novos médicos para atuarem na Atenção Básica, sendo o investimento na valorização da especialidade em Medicina de Família e Comunidade (MFC) importante estratégia a ser empreendida pelos gestores, como remuneração e condições de trabalho adequados e uma boa retaguarda da atenção secundária, além da valorização da titulação para o exercício da especialidade, visto que uma boa resolutividade na atenção primária depende da formação adequada deste especialista nas particularidades da assistência à família, na e à comunidade (Alessio e Souza, 2016).

Encontros ou reuniões com o coletivo de participantes do programa – denominados encontros loco-regionais - teriam a potencialidade de promover trocas de experiências, assim como compartilhar conhecimentos científicos e técnicos pertinentes ao trabalho na atenção primária à saúde (Engstrom et al, 2016). A supervisão coletiva desenvolvida em um município estado do Rio de Janeiro, utilizando metodologias ativas de problematização produziram mudanças nas práticas dos profissionais e de suas equipes, contribuindo para qualificar o modelo de atenção à saúde do município (Engstrom, Carvalho, Romano e Castro, 2016).

Fernandes descreve que é importante promover o conhecimento avançado sem prejuízo dos conhecimentos básicos, as habilidades e atitudes que a população do nosso

país necessita estão nas mãos de todo médico generalista, sendo que este médico deve ser capaz de reconhecer as principais urgências e emergências médicas (Fernandes,2016).

A prática e a educação em cirurgia vascular variam amplamente em todo o mundo. No Brasil, o maior e mais populoso país da América do Sul, a cirurgia vascular é uma especialidade independente, com mais de 3000 especialistas (Moreira,2008).

O American Board of Surgery reconheceu a especialidade da cirurgia vascular como especialidade primária há vinte anos e tal reconhecimento testemunhou transformações significativas na avaliação e tratamento de doenças vasculares com intuito de garantir educação de qualidade aos médicos, em especial os cirurgiões vasculares americanos (Ozaki, Perler, Mitchell e Gahtan, 2019).

Spanos et al em suas recentes pesquisas determinam que as doenças venosas, responsáveis pela maioria dos atendimentos na especialidade de cirurgia vascular, necessitam de treinamento especializado para todos os médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento de tais afecções. (Spanos, De Maeseneer, Nicolaides e Giannoukas,2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2020, as condições crônicas serão a primeira causa de incapacidade no mundo e o problema mais dispendioso para todos os sistemas de saúde.

As doenças cardiovasculares são atualmente a principal causa de morte nos países em desenvolvimento, e espera-se que continue sendo a causa de mortalidade mais importante no mundo durante a próxima década. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 27,7% dos óbitos, atingindo 31,8% quando são excluídos os óbitos por causa externas, sendo consideradas a principal causa de morte (Massa, Duarte e Chavegatto Filho,2019).

A trombose venosa profunda (TVP) é uma doença frequente, que surge principalmente, como complicação de outras afecções cirúrgicas e clínicas. Contudo, também pode ocorrer de forma espontânea. A principal complicação da TVP é a mobilização do coágulo, ou de um fragmento, e a sua embolização, dando origem ao tromboembolismo pulmonar (TEP). Sendo assim, o aparecimento destas duas situações é tão corriqueiro, com fisiopatologias comuns, sendo denominadas tromboembolismo venoso (TEV).

O TEV é a principal causa de morte prematura e incapacidade entre acontecimentos adversos associados às internações hospitalares. A consciência pública de TEV é significativamente menor do que outras condições, como câncer de próstata,

câncer de mama e AIDS, que, apesar de muito importantes, ainda apresentam carga de morbidade substancialmente menor. O conhecimento dos fatores de risco de TEV, incluindo hospitalização, cirurgia e câncer, é baixa, assim como a consciência de que a doença pode ser prevenida (RASKOB e McLINTOCK, WTD Steering Committee)

Independentemente do desenvolvimento econômico, político e social de um país, o Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de Saúde Pública. Sua prevalência, em particular a do tipo 2, está aumentando de forma exponencial e é mais encontrada nas faixas etárias avançadas, em face do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional. Ressalta-se que cerca de 10 a 25% dos portadores de DM acima de 70 anos desenvolvem lesões em membros inferiores e destes, 14 a 24% evoluem para amputação. O pé diabético é considerado uma consequência de infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e a vários graus da doença vascular periférica nos membros inferiores. É considerado causa comum de invalidez, pois a possível amputação do membro afetado pelo pé diabético induz a diminuição da qualidade de vida do paciente (SILVEIRA et al, 2017).

Tem sido amplamente demonstrado que as lesões dos pés dos pacientes diabéticos são as complicações que melhor podem ser prevenidas por atitudes afirmativas e eficientes (CAL SOLARI et al., 2002). O pé diabético ainda continua frequentemente sub diagnosticado e sub tratado, quando não totalmente esquecido (PARISI, 2017).

O objetivo deste estudo é identificar os conhecimentos dos médicos integrantes do PMMB em nossa região sobre duas doenças cardiovasculares de grande prevalência, Trombose Venosa Profunda e Pé diabético. A pesquisa servirá para o desenvolvimento de aulas e atividades voltadas às principais dúvidas, além de guiar o conteúdo ministrado no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), onde os conteúdos compõe as disciplinas de Semiologia Médica, no quarto período, Clínica Cirúrgica II, no oitavo período, sendo posteriormente abordadas no Estágio Supervisionado de Clínica Cirúrgica II, nos décimo primeiro e décimo segundo períodos com abordagens mistas entre aulas expositivas e metodologias ativas, ABE ou TBL, aprendizado baseado em equipes, inserido em nossa instituição desde 2014.

O estudo justifica-se pela importância dos temas analisados e também como guia para futuras intervenções a nível de saúde pública e na formação médica. O PMMB foi um grande divisor de águas na saúde pública brasileira, pois trouxe avanços não só nos atendimentos, mas na infraestrutura e fortalecimento do SUS além de promover mudanças no ensino médico atual.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa de caráter quanti-qualitativa. Quanto a sua característica será transversal, pois a coleta será realizada em apenas um momento. O procedimento técnico será de campo, pois os pesquisadores realizarão a coleta dos dados durante a reunião loco-regional do PMMB das Regiões do Café, Zona da Mata, DSEI Vilhena/Cacoal no interior de Rondônia além do município de Rondolândia, Mato Grosso, divisa ao sul do estado, realizada em março de 2019.

Quanto ao ponto de vista de seus objetivos a pesquisa será de caráter descritivo-exploratório, pois consistirão na análise dos conteúdos das respostas às questões norteadoras sobre a Trombose Venosa Profunda, prevenção, tratamento e impacto emocional da mesma. Além do conhecimento sobre Pé diabético, a frequência que se depara com a doença, o entendimento sobre a doença, o exame físico dos pacientes, associado ao manejo das lesões ulceradas em pés diabéticos alinhado a ações preventivas.

Os pesquisadores criaram questionários próprios pertinentes aos dois assuntos, de forma isolada, também averiguamos a idade e sexo dos profissionais, o tempo de formatura e o tempo de atividade na unidade de saúde.

Os questionários são parte de dois outros estudos ainda em andamento, inseridos na Plataforma Brasil, a Campanha de Sensibilização sobre a Trombose Venosa Profunda: Conhecer é a melhor maneira de prevenir, autorização do CEP/FACIMED 01871318.5.0000.5298 e a Campanha de Sensibilização sobre o Pé diabético com autorização de pesquisa CEP/FACIMED número 01673618.3.0000.5298.

O questionário sobre TVP O questionário possui perguntas relacionadas ao conhecimento acerca da TVP, incluindo fatores de risco, formas de profilaxia e impacto emocional do diagnóstico. Uma vez preenchido o protocolo, os pacientes serão agrupados em alto (pacientes acima de 60 anos), médio (pacientes entre 40 e 60 anos sem fatores de risco, ou pacientes com idade inferior a 40 anos com fator de risco) e baixo risco (idade abaixo de 40 anos sem fator de risco), de acordo com as Normas de Orientação Clínica da Sociedade Brasileira de Cirurgia e Angiologia Vasculare (SBACV).

O questionário sobre pé diabético contém perguntas dirigidas aos médicos sobre seus atendimentos, avaliando a propedêutica vascular, definição de pé diabético isquêmico, neuropático e infeccioso, além de manejo e cuidados com lesões ulceradas, e a promoção de saúde através do autocuidado.

Para maior entendimento da dimensão do estudo, definiremos a seguir a região onde o trabalho foi desenvolvido. A cidade de Cacoal, por estar localizada em meio a

várias cidades de pequeno porte, acaba por oferecer seus serviços para diversas delas. Isso também acontece por ser a terceira mais bem desenvolvida do Estado. De acordo com Secretária de Saúde do Estado de Rondônia (SESAU, 2015), desde o ano de 2011, os hospitais do município de Cacoal registram na área da saúde uma crescente demanda por internações e atendimento laboratoriais, tornando a cidade de Cacoal um grande polo de Saúde do Estado de Rondônia. Conforme dados do Governo do Estado de Rondônia, em 2018, a Região do Café inclui as cidades de Cacoal, Espigão do Oeste, Pimenta Bueno, Ministro Andreazza, São Felipe do Oeste e Primavera de Rondônia; a Zona da Mata inclui Alta Floresta do Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Castanheiras, Nova Brasilândia do Oeste, Novo Horizonte do Oeste, Rolim de Moura, Santa Luzia, do Oeste e Parecis (Lima, Nascimento, Assis e Freitas, 2019)

Dados recente do IBGE(2019) estimam que a população de Cacoal possui 85.359 pessoas, a Região do café compõe 172.081 pessoas. A população da Zona da Mata consiste em 158.822 indivíduos. O DSEI Vilhena/Cacoal possui população de cerca de 7159 indígenas pertencentes a 17 etnias, alocados em 172 aldeias, estende-se pelo noroeste dos estados de Rondônia e Mato Grosso, fazendo fronteira com a Bolívia. Rondolândia, município pertencente ao Mato Grosso, possui 4.001 pessoas. Baseados em tais dados, o PMMB analisado atende uma população de 342.063 habitantes, sendo Cacoal o polo de destaque.

Os dados pertencentes aos questionários foram contabilizados e submetidos a análise estatística.

3 RESULTADOS

Participaram da reunião loco-regional 33 profissionais médicos do PMMB, sendo 19 do sexo feminino (57%) com idades entre 23 e 41 anos, e 14 do sexo masculino (43%) com idades entre 27 e 54 anos, a maioria dos médicos possuíam entre 30 e 40 anos, 21% eram homens (07) e 36% mulheres (12). Em relação ao tempo de formação, este variou de 1 a 15 anos, 24% possuíam entre 2 a 4 anos (8), 42% entre 4 a 6 anos (14) e 15% com tempo superior a 6 anos (5). Considerando o tempo no programa, a maioria possuía tempo inferior a 1 ano (15 – 45%), 30% entre 1 e 2 anos (10), 3 (9%) médicos com tempo entre 2 e 3 anos, e três com tempo de atuação no programa superior a 3 anos (9%).

Todos os médicos conheciam o termo Pé diabético, 60% atribuíam a frequência de diagnóstico como semanal ou rara. Quando solicitado que assinalasse o que entendia por Pé diabético, alteração vascular (24- 72%), alteração neuropática (31- 93%) e

infecção (25 -75%) obtiveram local de destaque, seguidas de descontrole de glicemia (23 – 69%), necrose ou gangrena (23 – 69%), deformidades (19 – 57%), alterações autonômicas (18- 54%) e amputação (17- 51%).

Em relação ao exame físico dos pacientes diabéticos, 93% afirmam examinar os pés durante a consulta médica, 84% pesquisam sinais de neuropatia periférica, 93% reconhecem a neuropatia periférica como parte do pé diabético. Apenas 27% dos médicos pesquisam sinais de neuropatia autonômica, mesmo que 54% a reconheçam como fundamental no quadro clínico de pé diabético. Para o diagnóstico clínico da polineuropatia periférica está indicado o teste do monofilamento, 60% dos médicos o conhecem, mas apenas 6 % o fazem, 33 % não o possuem. A pesquisa de pulsos periféricos foi assunto explorado, 28 realizam (84%), 02 pesquisam pulsos femoral, poplíteo e distais (6%), 4 pesquisam só pulso femoral (12%), 17 pesquisam poplíteo (51%), 20 pesquisam pedioso (60%) e 11 pesquisam apenas pulso pedioso (33%).

Em atenção ao pés diabético isquêmico, dos médicos entrevistados, 21 reconhece claudicação intermitente como sintoma (63%), dor ao repouso foi reconhecida por 57% (19), palidez por 15 (45%), úlcera isquêmica em 51% (17), frialdade em 45% (15) e cianose em 60% (20).

Considerando as úlceras, 30% dos médicos referem que não se sentem a vontade para tratar estes pacientes. Ao questionar tal demanda verificamos que a maioria (48%) possui dificuldade com o manejo do paciente, 27% na prescrição de coberturas adequadas, 9% prescreve antissépticos para o tratamento de feridas, 9% prescreve antibióticos para todos os pacientes com úlceras, 30% prescreve antibiótico para a maioria, 9% orienta que o curativo permaneça aberto, sem oclusão e 27% realizam cultura das úlceras.

Atividades preventivas propostas pelo programa em relação ao pé diabético, o autocuidado, foi orientado por 90% dos médicos, 93% orienta inspeção dos pés, todos indicam uso de calçados apropriados, 84% cuidado ao cortar as unhas, 36% a não realizar escalda pés ,94 % cuidados com lesões interdigitais, 94% a não andar descalço, e 6 % ao uso frequente de hidratantes.

Sobre a Trombose Venosa Profunda (TVP), todos os participantes associam a patologia a uma doença vascular, mais comum em membros inferiores. Dos participantes, 06 com história familiar da doença. Averiguando os principais sinais e sintomas de TVP, a maioria reconhece dor e edema como sintomas iniciais (90%), porém 21 profissionais

(63%) a confundem com Erisipela, alegando febre, mal-estar, mialgia e hiperemia como sintomas principais.

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do TEV, a maioria dos médicos conhece os principais fatores desencadeantes, reconhece a profilaxia para a doença, 66% indica o tratamento clínico com internação imediata como a forma de tratamento para TVP, porém alguns equivocam-se no tratamento, afirmando que necessita de tratamento cirúrgico (21%) e de amputação (9%).

Solicitamos que os profissionais enumerassem os seus próprios fatores de risco, para que assim pudessemos estabelecer o risco individual de cada participante, levando em consideração a idade e a presença de tal fator. Apesar de conhecerem os fatores de risco, 05 participantes acreditavam que não possuíam nenhum risco, e 12 (36%) não conhecem o próprio risco. Diversos participantes (66%) afirmaram que aulas sobre o tema fizeram parte de sua formação, mas apenas 51% (17) sente-se apto ao orientar um paciente portador de TVP. Inseridos em contexto de tratamento médico, sendo agentes disseminadores de saúde e prevenção, a maioria dos médicos entrevistados afirmam que teriam medo ao receber o diagnóstico da doença.

4 DISCUSSÃO

Em revisão bibliográfica atual sobre o PMMB, Rios e Teixeira concluem que, o programa representa um grande avanço em termos de política pública que integra, em uma única proposta, elementos voltados ao provimento emergencial de médicos, a educação médica e ao desenvolvimento da infraestrutura das unidades de saúde no âmbito do SUS. O programa tem reduzido iniquidades em saúde, aumentado a proporção médico/habitante e melhorado a qualidade da relação médico-paciente, propiciando atendimentos mais humanizados, ao mesmo tempo em que tem favorecido a integração das práticas dos diferentes profissionais das equipes de saúde e aumentado a efetividade das ações nas Unidades básicas de Saúde (UBS). Também avança significativamente ao propor mudanças nas DCN e determinar a criação de uma avaliação seriada dos futuros profissionais (Rios e Teixeira, 2018).

A maioria dos médicos integrantes ao PMMB da região analisada eram jovens, do sexo feminino, com tempo de formação entre 2 e 4 anos, desenvolvendo suas atividades no programa entre 1 e 2 anos, tais dados possuem consonância com os descritos por RODRIGUES, QUARESMA e MONTEIRO (2015) que, durante supervisão em sua área de atuação, estado do Pará, perceberam que os médicos atuantes no programa são

profissionais jovens, com média de dois a três anos de vivência profissional, formação em sua grande maioria em instituições de curriculum com metodologia tradicional, uma visão muito voltada para o assistencialismo, maioria brasileiros.

Após a análise dos dados uma questão nos deixou alarmado. Qual o conhecimento o médico generalista deve ter sobre as principais doenças de cada especialidade? Em um universo dinâmico, a maioria dos professores e preceptores atuantes no país formou-se em instituições com o currículo tradicional, hospitalocêntrico e centrado no conhecimento profundo das patologias pelo olhar do especialista. Neste momento da sua vida profissional, depara-se com uma formação generalista, centrada no paciente, com visão para além do processo saúde-doença, levando a inquietação do docente, com revisão dos conteúdos abordados e necessidade de novas formas de ensinar e interagir.

A despeito do ensino da Cirurgia Vascular estar fragmentado e descrito como precário no país, tal reflexão permanece. Autores como Oliveira e cols, descrevem que apesar da importância para a formação dos futuros médicos, no ensino de angiologia e cirurgia vascular os conteúdos são escassos, possivelmente por estarem subordinados as outras especialidades cirúrgicas, ou ainda pela falta de docentes. Nas faculdades de Medicina de Minas Gerais, a disciplina de Cirurgia Vascular é proveniente da disciplina de cirurgia geral, sendo que as atividades desempenhadas na sua maioria (80%) incluem atividades em ambulatório, enfermaria e métodos diagnósticos, e 20% estágio em bloco cirúrgico. O intuito do ensino da especialidade reside reconhecer uma variedade de moléstias, sendo capaz de diagnosticar precocemente e encaminhar o enfermo ao especialista melhor preparado para a condução da ampla propedêutica e terapêutica vascular (Oliveira, Oliveira e Yepes,2003). Em nossa instituição o ensino das principais doenças vasculares está integrado a diversas disciplinas desde o quarto período, finalizando com a Cirurgia Vascular propriamente dita no último ano do Internato, onde desenvolvem atividades práticas exclusivamente em ambulatório da especialidade. Desta forma conseguimos atuar de forma linear desde a Semiologia Médica sedimentando a necessidade da avaliação vascular durante o exame físico, para que os discentes possam exercitar os conhecimentos durante a graduação. Seguimos com conteúdos distribuídos no oitavo período, abordando as doenças mais prevalentes como Insuficiência Venosa Crônica, Pé diabético, Trombose Venosa Profunda e Urgências Vasculares. Após a realização deste estudo vislumbramos a necessidade de inserir um conteúdo teórico e prático sobre Úlceras e curativos, além da reestruturação das aulas sobre TVP, nesta

associamos aulas expositivas a atividades em metodologia ativa, ABE ou TBL – aprendizado baseado em equipes, implementado em nossa instituição desde 2014.

Em relação ao conhecimento sobre as patologias em estudo, a maioria dos médicos reconhecem o Pé diabético, porém o diagnosticam ou tratam com frequência semanal ou rara, identificamos que a maioria reconhece os principais sinais e sintomas, reconhece a necessidade do teste do monofilamento, porém não o possuem. Ao investigar sobre o conhecimento e prática em relação às úlceras, 30% não sente-se a vontade para realizar o tratamento, adotando a prescrição de antibióticos para a maioria dos pacientes, associado a prescrição de antissépticos para a limpeza, e ainda mantendo os curativos descobertos em um grande número de casos; tais recomendações não são assertivas para a imensa maioria de casos.

A maioria dos entrevistados reconhecem a neuropatia diabética (93%) podendo reconhecer os pés com risco de lesão, o que diminui drasticamente o número de amputações, 91% dos participantes realizam inspeção do pés dos pacientes atendidos. Corroborando como s nossos achados, Ferraz et al, 2007, avaliando a aplicabilidade do conhecimento médico para tratamento do pé diabético entre generalistas, cardiologistas e endocrinologistas, não perceberam diferença estatística entre os profissionais quanto ao exame dos pés e a evolução dos pacientes para lesões de maior gravidade. Isto demonstra que, independentemente da especialidade do médico assistente, a aplicação de métodos simples, rápidos e sem custo, como exame físico adequado e o teste com o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 gramas, não estava sendo realizado conforme recomendado no acompanhamento a esses pacientes diabéticos. Neste estudo, 71% dos pacientes nunca tiveram seus pés examinados, sendo que a maioria dos pacientes realizava controle glicêmico com médicos generalistas. Mais incentivos precisam ser feitos na área da saúde para reverter esse quadro de notório conhecimento teórico para uma atitude prática mais efetiva Ferraz, Almeida, Papazogli, Faria e Silva, 2007).

A identificação do paciente com pé em risco de lesão deve ser preocupação do profissional, bem como do paciente, e ocupação de cada membro da equipe de atenção a pacientes diabéticos. Devem ser realizadas a identificação e a redução dos fatores de risco, como: a melhoria dos cuidados com os pés, o uso de calçados adequados para proteção e inspecioná-los antes de calçar, palmilhas para amortecimento, sempre usar calçados com meias e trocá-las diariamente, cortar as unhas de forma reta, não colocar os pés de molho em água quente, remoção de calos cirurgicamente por profissional competente, enxugar os pés adequadamente (inclusive entre os dedos), hidratação da pele (mas não entre os

dedos) e educação dos pacientes e seus familiares (Ferraz, et al,2007). Em nosso estudo a maioria dos médicos orienta sobre o autocuidado dos pés.

A trombose venosa profunda (TVP) é uma doença bastante freqüente, principalmente como complicações de outras afecções cirúrgicas e clínicas. No entanto, também pode ocorrer espontaneamente em pessoas aparentemente hígidas. Sabe-se que a ocorrência da TVP pode levar a complicações graves como embolia pulmonar e síndrome pós-trombótica. Aproximadamente 10% dos embolismos pulmonares sintomáticos causam a morte em uma hora após o início, e que, se deixados sem tratamento, cerca de 30% dos pacientes inicialmente com embolia pulmonar não-fatal terão uma recorrência fatal. (FRANCO GARCIA e cols, 2005).

Considerando a TVP, pudemos perceber que a maioria dos médicos reconhece a doença e os principais sintomas, apesar de 63% confundir alguns dos sintomas com Erisipela, doença infecciosa que integra diagnóstico diferencial com TVP. Como são doenças distintas de tratamentos diferentes, considerando que os riscos inerentes ao quadro de TVP e a necessidade de confirmação diagnóstica com exames de imagem, o resultado nos cercou de preocupação. Brandão (2013) e Tosone (2012) afirmam que apenas as manifestações clínicas não servem para o diagnóstico definitivo de TEV, uma vez que podem refletir outro processo patológico, como erisipelas, linfangites, síndrome nefrótica e insuficiência cardíaca congestiva.

Diversos estudos evidenciam que a profilaxia do TEV é negligenciada, a maioria dos médicos não a prescreve, dos que a realizam, mais de metade o faz equivocadamente. Entre os entrevistados, a maioria reconhece que existe profilaxia.

A baixa importância dada à profilaxia de TEV pode ser resultado da pouca valorização do TEV como entidade clínica, por ter apresentação clínica inespecífica e dificuldade de diagnóstico objetivo, e estar associado ao temor de sangramentos, principalmente no pós-operatório, e pelo custo financeiro que a quimioprofilaxia pode acarretar. Porém, o seu uso, quando indicado corretamente, apresenta uma relação custo-benefício positiva. (ERZINGER E CARNEIRO, 2016)

O desconhecimento ou descrença nas evidências favoráveis à profilaxia impedem muitos médicos a realiza-la. O melhor caminho para a profilaxia parece ser a conscientização dos profissionais quanto à incidência e aos riscos para o paciente e a disponibilização de ferramentas para avaliação adequada destes riscos com orientações claras e de fácil execução para evitar o TEV. (SAD, 2012)

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular desenvolveu protocolo e algoritmo de profilaxia de trombose venosa (Caiafa, 2001), segregando os pacientes em clínicos e cirúrgicos, facilitando a compreensão do risco e definição da profilaxia. Seguindo tais conceitos definimos os riscos dos entrevistados, sendo que 12 (36%) participantes não conheciam o próprio risco. O Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) pesquisou em 2010 o perfil do brasileiro a respeito do TEV, estratificando-os em grupos de risco. Concluíram que 57% dos entrevistados desconheciam os sintomas da TVP e suas consequências. Mesmo que a maioria sente-se apto a tratar ou orientar pacientes sobre o assunto, uma parcela significativa não compreende o próprio risco, assim como a população em geral.

Na prática clínica percebemos que os pacientes permanecem ansiosos e temerosos ao receber o diagnóstico de TVP. Embora esse estado seja comum, não há pesquisas a respeito do tema. Muitos pacientes associam a TVP a perda de membro ou ainda a condição incapacitante definitiva. Percebemos na nossa pesquisa que o mesmo sentimento acerca os profissionais.

5 CONCLUSÃO

Baseados nos dados obtidos e no confronto com a literatura podemos inferir que o PMMB, apesar das críticas e ensejos políticos foi um marco divisor na saúde brasileira, possibilitando que uma maior parcela da população obtenha tratamento médico. O avanço continua além da linha assistencial, pois houve implemento da rede de infraestrutura alinhado a mudanças no contexto do ensino médico. Estudos como este propiciam uma mudança no cenário da educação médica, pois é possível averiguar o egresso, em suas atividades diárias, dirimir suas dúvidas, possibilitando a modificação dos conteúdos, ou ainda da forma em que ele é ministrado a tempo de corrigir as distorções para os alunos subsequentes. Inquietação do docente para trazer as mudanças que o cenário de saúde atual tanto precisa.

REFERÊNCIAS

- 1- Alessio, Maria Martins e Sousa, Maria Fátima de Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 26, n. 2 [Acessado 8 Dezembro 2019] , pp. 633-667. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>.
- 2- Amoretti,R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. Rio de Janeiro, v .29, nº 2, p. 136-146, maio/ago. 2005.
- 3- BATISTA, K. B.F.;GONÇALVES, OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- 4- BRANDÃO, GM; SOBREIRA, ML; ROLLO, HA. Recanalização após trombose venosa profunda aguda. *J Vasc Bras*, v.12, n.4, p.296-302, 2013.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- 6- Brasil. Caderno de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. 2006;16. [série A] FRANCO,C.A.G.S.;CUBAS,M.R.;FRANCO,R.S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. 8 (2) : 221-230; 201.
- 7- Boiteux,P.A. PROGRAMA MAIS MÉDICOS: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO E NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política e Gestão em Saúde, linha de pesquisa: Política e Sistemas de Saúde. Orientadora: Profª. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima. Vitória,2017.
- 8- CALSOLARI,M.R.; CASTRO, R.F.; MAIA, R.M.; MAIA, F.C.P.; CASTRO,A.V.; REIS,R.; FERREIRA,A.R.; MARCO,L.; PURISCH,S. Análise retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do ambulatório de diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002;46/2:173-176.
- 9- Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/;
- 10- ERZINGER,F.L.;CARNEIRO,M.B.. Prevenção de tromboembolismo venoso em hospital com perfil oncológico: como melhorá-la? *J Vasc Bras*. 2016 Jul-Sep; 15(3): 189–196.

- 11- Engstrom,E.M.; Carvalho,L.C.; Romano,V.F.; Castro,A.A.C. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 10(1), 241-252, mar, 2016.
- 12- Fernandes,J W. O Ensino da Cirurgia Plástica na Graduação em Medicina no Contexto da Realidade Brasileira. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*.286 40 (2) : 286-294; 2016.
- 13- Ferraz,D.P.;Almeida,M.A.S.;Papazogli,M.Crispim,P.;Faria e Silva, T. Aplicabilidade do conhecimento dos médicos no cuidado do pé diabético em Belo Horizonte. *Rev Med Minas Gerais* 2007; 17(1/2): 17-22
- 14- Franco Garcia, A. C.; Vicente de Souza, B.; Espíndola Volpato, D.; Deboni, L.M.; Vicente de Souza, M.; Martinelli, R.; Gechele, S..Realidade do uso da profilaxia para trombose venosa profunda: da teoria à prática. *Jornal Vascular Brasileiro*, vol. 4, núm. 1, março, 2005, pp. 35-41
- 15-Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). *Trombose Venosa Profunda e Embolia pulmonar*. São Paulo:IBOPE;2010
- 16-International Diabetes Federation – IDF. *IDF Diabetes Atlas*. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>
- 17-Ilveira,JAA, Resende,HMP, Lucena filho,AA, Pereira,JG. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(1):43-49.
- 18- Kemper,E.S.; Mendonça,A.V.M.; Sousa,M.F.. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2785-2796, 2016.
- 19-Kemper, E.S. ;Tasca,R.; Harzheim,E.; Jiménez,J.M.S.;Hadad,J.;Sousa,M.F de. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Acessado 8 Dezembro 2019] , e1. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>>. Epub 07 Jun 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>.
- 20-LIMA,V.V;KOMATSU,R.S.;PADILHA, R.Q.; Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.175-84, fev 2003.
- 21-Lima,J.R.;Nascimento,T.F.;Assis,A.B.N.;Freitas, A.P. ANÁLISE DA REDE URBANA RONDONIENSE: Estudo de caso da Microrregião de Cacoal. *Anais XVIII ENANPUR 2019*. Código verificador: ZeaivLGuquZa verificar autenticidade em: <http://anpur.org.br/xviii/anpur/anais>
- 22-Massa, Kaio Henrique Correa, Duarte, Yeda Aparecida Oliveira e Chiavegatto, Alexandre Dias PortoAnálise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 1

[Acessado 8 Dezembro 2019] , pp. 105-114. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.

23-Matias, M.C.;Verdi,M.;Finkler,M.;Ros M.A. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. Saúde e Sociedade [online]. v. 28, n. 3 [Acessado 8 Dezembro 2019] , pp. 115-127. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170830>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170830>.

24-Moreira,R.C.R. Critical issues in vascular surgery: Education in Brazil. JOURNAL OF VASCULAR SURGERY. Volume 48, Edição 6, Suplemento, Dezembro de 2008, Páginas 87S-89S.

25-Neto,J.A.C.;Sirimarco,M.T.;Cândido,T.C.;Ulhoa,C.M.;Reis,B.P.;Lima,V.M. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. HU Revista, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 13-23, jan./jun. 2014.

26-Oliveira, H B de; Oliveira, E F B; Yepes, J A R. O ensino de angiologia e cirurgia vascular nos cursos de graduação em medicina em Minas Gerais. J. vasc. bras;2(4):346-348, dez. 2003.

27-Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação. Relatório Mundial. Genebra/Brasil; 2002.

28-Ozaki CK , Perler BA , Mitchell ME , Gahtan V . O papel do Conselho de Cirurgia Vascular na educação cirúrgica.Semin Vasc Surg. 2019 Mar - Jun; 32 (1-2): 5-10.

29-Parisi. M.C.R. Capítulo 05 - A síndrome do pé diabético, fisiopatologia e aspectos práticos. Diabetes na prática Clínica. Sociedade Brasileira de Diabetes. e-book 2.0. disponível em 02/10/20017<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/42-a-sindrome-do-pe-diabetico-fisiopatologia-e-aspectos-praticos>

30-Raskob,G.;McLintock,C. WTD Steering Commitee. Awareness to Action Partner Toolkit. <http://www.worldthrombosisday.org/issue/thrombosis/acesso> em 13/08/2018

31-Reis, A. Prevenção e tratamento do tromboembolismo venoso: o lugar dos novos anticoagulantes orais. Rev Port Cardiol.2012. Volume 31, pp. 45-50.

32-reis, A. et al. Normas para a prevenção, diagnóstico e tratamento do tromboembolismo venoso no doente médico. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna,2010. Jan/Mar, pp. 37-58.

33-Rios, D. R. da S. e Teixeira, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde e Sociedade [online]. 2018, v. 27, n. 3 [Acessado 8 Dezembro 2019] , pp. 794-808. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170887>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170887>.

34-Rodrigues,C.C.P.; Quaresma,M.S.M.; Monteiro,R.C. Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional. *Tempus, actas de saúde colet, Brasília*, 9(4), 151-158, dez, 2015.

35-Sad, EF. profilaxia para tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos: quem sabe faz a hora, não espera acontecer!!! *Editorial Arq Bras Cir Dig* 2012;25(4):215.

36-Souza,I Q;Silva,C P;Caldas, C A M. Especialidade Médica: Escolhas e Influências. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*.38 (1) : 79-86; 2014.

37-Spanos K, De Maeseneer M , Nicolaidis A , Giannoukas AD. Uma pesquisa do Fórum Venoso Europeu sobre educação e treinamento em cirurgia venosa e flebologia na Europa. *Int Angiol. Abr* 2015; 34 (2): 182-7. Epub 2014 23 de dezembro.

38-Silva,R M,D da. analisar o nível de conhecimento do profissional de enfermagem relacionado à educação em saúde na prevenção das complicações dos pacientes diabéticos. monografias Brasil Escola. <http://brasileSCO.la/m14621>. ACESSO EM 29/03/2019.

39-Silva, H P.; Bittencourt T R; Comes, Y; Luiz Pereira, L; Eri Shimizu, H; Merchan-Hamann, E; Bermúdez, X P. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 1, núm. 21, 2017, pp. 1257-1268. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, Brasil

40-Silveira,D. M.; Ferreira, L. V;Fraga, G.H.W.S.;Sousa, I. S. de S.;Costa, M.B. Pé Diabético: onde podemos intervir?. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 43, n. 1, p. 13-18, jan./jun. 2017

41- Tosone, NC; Costanzo, C. Development of a Guideline for Treatment of Deep and Superficial Venous Thrombosis in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*. v.34, n.2, p.133–146, 2012.

42-Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 621/2013. Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9/12/1993, e 6.932, de 07/07/1981; e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial da União*. 10 Jul 2013. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_imp?jsessionId=7CD6D0862880808789CE90287211EDB4.node2?idProposicao=584020&ord=1&tp=reduzida.

43- Presti,C;Miranda JR,F. Projeto Diretrizes Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Trombose Venosa Profunda. Diagnóstico e Tratamento.2015.

44- Projeto Diretrizes Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Trombose venosa profunda diagnóstico e tratamento. 2012-2015.