



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 15 • Dezembro 2010

# Gestão Departamental em Cirurgia 20 Anos de Experiência

Palestra proferida no Curso Pré Congresso da Revista Portuguesa  
de Cirurgia – XXX Congresso Nacional de Cirurgia

*Moreira da Costa*

AHG de Cirurgia Geral – Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

## RESUMO

O Autor discorre sobre a experiência de 20 anos de Sectorização da Cirurgia Geral, iniciada no Hospital de Santo António em 1991.

São abordados os antecedentes que conduziram á necessidade de se proceder a tal reforma, bem como os precursores do processo.

São abordados os fundamentos técnicos e científicos da reforma, e as implicações que teve na qualidade dos actos cirúrgicos executados, na proficiência de quem os executa e nas vantagens advenientes para a segurança da execução de técnicas cirúrgicas mais evoluídas, complexas e de menor frequência de execução.

São também abordadas as implicações que poderá ter esta reforma no funcionamento dos Serviços de Urgência e na Formação pós graduada de Internos Complementares e quais a s soluções preconizadas.

Conclui-se pela apresentação das vantagens potenciais desta forma organizativa, sem contudo se deixar de apontar a necessidade de reflectir sobre a sua evolução e melhoramento e qual o enquadramento em que melhor pode ser empregue.

**Palavras-Chave:** *Sectorização, Departamentação, Formação Pós Graduada*

## ABSTRACT

The author presents a series of thoughts and reflections about a new kind of Departmental organization, that was put in practice at Hospital de Santo António – Porto, 20 years ago.

The rationale and advantages to be expected from such a new form of organizations, then pioneer in this Country, together with the enumeration of its national and foreign precursors is presented.

Also its implication of the functional Status of Emergency and Accident Departments and its impact on training of Residents is analysed.

A few reflections on the advantages that can be expected in the fields of increased proficiency in the execution of the most complex and rare surgical techniques, as well, as the potential benefits both for the performing surgeon and the patient are taken into consideration.

The author concludes by suggesting a few possible corrections than can improve de global work-out of the model, as well as its applicability to the various kinds of institutions present in the field.

**Key-words:** *Departmental organization, Post Graduate teaching*



## A – INTRODUÇÃO

O tempo do Cirurgião como figura do Homem dos Sete Instrumentos, manuseador de todo o armamentário cirúrgico, interventor sobre toda a patologia Cirúrgica do doente, da Cabeça aos Pés, é, cada vez mais, um conceito do passado e, seguramente, em vias de extinção.

A sub ou super-especialização, conforme o conceito ou ponto de vista em que é encarada, é uma realidade que remonta, pelo menos aos primeiros anos do Século XX.

Nos anos vinte do Século passado, temos como exemplo mais paradigmático o de John Percy Lockhart-Mummery, Cirurgião do St. Mark's Hospital, de Londres, que se especializou quase exclusivamente em Patologia e Prática Cirúrgicas Colo-Rectais, mais especificamente na Cirurgia Proctológica. (Fig. 1)

Esta diferenciação levou, inclusivamente, à especialização da própria Instituição, que passou a ser um Centro de Referência europeu e mundial, naquele tipo de entidades nosológicas.

Na década de 40 William Dragstedt deu o passo decisivo na especialização da Cirurgia do Tubo Digestivo Alto, com a sua exclusiva dedicação à Patologia e Cirurgia da Doença Péptica

Nos anos 50 o Cirurgião norte-americano William Hayes Martin passou a dedicar-se em exclusivo à realização de actos cirúrgicos envolvendo a Patologia

Oncológica da Cabeça e Pescoço. (Fig.2)

No Reino Unido, mais propriamente em Londres, no St. Georges's Hospital, a partir dos anos 60, Rodney Smith, futuro Lord Smith of Marlowe, abraçou em exclusivo a Cirurgia das Vias Biliares. (Fig. 3)

No nosso próprio País, contamos com alguns exemplos de Cirurgiões que bem cedo se diferenciaram e orientaram, se não exclusivamente num só sentido, pelo menos de forma mais marcante e dominante para uma área da Patologia e Clínica Cirúrgica: João Cid dos Santos, António Braga e Joaquim Pinto Moreira da Costa na Cirurgia Vascular Periférica, Jaime Celestino da Costa e Bartholo do Valle Pereira na Cirurgia Cardíaca, José Manuel Mendes de Almeida na Cirurgia do Esófago, Fernando Manuel Campos Mendes na Cirurgia Oncológica da Cabeça e Pescoço, Ruy Gomes da Fonseca Branco, na Cirurgia Colo-Proctológica, Vítor Manuel Ribeiro e Eduardo Barroso na Cirurgia Hepato-bilio-pancreática. (Figs, 4, 5 e 6)

Aliás, se bem atentarmos, a Sectorização da Cirurgia, nasce quase logo a partir do momento em que a Cirurgia Geral se transforma de uma arte manual, com poucos, parcos e incompletos fundamentos científicos, do tempo do cirurgião – barbeiro, do tempo de José Joaquim da Silva, do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto e primeiro Cirurgião – Mor do Reino, ainda na primeira metade do Século XIX, numa ciência com todo o método filosófico proposto e aceite pelas mentes pen-



Fig. 1 – John Percy Lockhart-Mummery  
[Photograph courtesy of St. Mark's Hospital]



Fig. 2 – William Hayes-Martin



Fig. 3 – Rodney Smith





Fig. 4 – João Cid dos Santos



Fig. 5 – Jaime Celestino da Costa



Fig. 6 – Ruy Branco

santes e estruturadas do Século XIX: Hipótese, teste, teorema ou generalização.

Assim nasceram a Ortopedia, a Oto – Rino – Laringologia, a Oftalmologia, a Urologia, a Ginecologia e, mais tarde, a Cirurgia Plástica, a Cirurgia Maxilo-Facial, a Cirurgia Cárdio-Torácica, a Cirurgia Vascular Periférica, a Neurocirurgia, entre uma miríade de especialidades cirúrgicas, que tiveram como tronco comum e básico a Cirurgia Geral.

Hoje já temos entre nós Cirurgiões Endócrinos, Cirurgiões Mamários, Cirurgiões Laparoscopistas e outros Mini-invasivos, Cirurgiões Transplantadores, Cirurgiões de Trauma, Cirurgiões de Urgência e Emergência, etc.

Como disse o Dr. Ruy Gomes da Fonseca Branco, na sua alocução como Presidente de Honra do XXIV Congresso Nacional de Cirurgia, em 2004, foi a passagem do Cirurgião da fase de Homo Faber, em que executava actos cirúrgicos a mando dos cientistas das Especialidades Médicas, para a fase de Homo Sapiens Sapiens, em que passou a dominar a sua Arte como Ciência com método e filosofia de Ciência Humana. (1)

## B – A EVOLUÇÃO PARA A DEPARTAMENTAÇÃO

A grande transformação verificada recentemente no modelo organizativo da Cirurgia Geral Portuguesa, teve início no Hospital Geral de Santo António, no Porto, no princípio dos anos 90 do Século passado,

quando, após profunda reflexão sobre a qualidade e proficiência dos actos cirúrgicos praticados, nomeadamente através da análise detalhada do volume de operações realizadas por cirurgião e por ano, no Hospital de Santo António, mormente no que dizia respeito às entidades nosológicas de menor incidência epidemiológica e que comportavam a realização de actos cirúrgicos de maior complexidade, pôde o Dr. Ruy Branco verificar, que o rácio de actos cirúrgicos/ano/cirurgião, ficava absolutamente aquém do mínimo desejado, podendo ser citados como exemplos o que se passava na Cirurgia Pancreática, Esofágica, Hepática e da Hipertensão Portal. (2) (Quadro 1)

Daqui inferiu, a meu ver correctamente, e após confrontação com os exemplos que lhe chegavam de múltiplas instituições além fronteiras, a necessidade de concentrar experiência e volume de casos das Patologias menos prevalentes num número restrito de Cirurgiões para que assim se pudesse adquirir a expe-

Quadro 1

Quadro 1 - Experiência cirúrgica, dos cirurgiões do Hospital Geral de Santo António, em patologia diferenciada nos anos de 1988 e 1989

CIRURGIAS	n° operações	n° cirurgiões	período (meses)	operações/ano/cirurgião
Ressecção por neo do esófago	40	15	24	1.3
Cirurgia funcional do esófago	16	15	24	0.5
Pancreatectomias	16	11	24	0.7
Hipertensão Portal	7	5	24	0.7
Cirurgia do recto por neo (ressecção anterior e amputação)	19	10	6	3.8

Branco R, *Arq Port Cirurgia*, 4(4), Novembro 1995

211



riência necessária e ultrapassar a curva de aprendizagem, que de outra forma, seria sempre mantida.

Este último conceito não implica somente a realização de um número fixo e determinado de casos, mas sim a sua realização num intervalo de tempo fixo (número de operações/unidade de tempo) e também a manutenção de um número de casos mínimo por ano. (Quadro 2)

Quadro 2 – Cinco Anos de Experiência de Sectorização

### Actividade da Unidade Hepato-Bílio-Pancreática (1996-2001)

Pancreatectomias .....	148
Hepatectomias Maiores .....	143
Anast. Bílio-digestivas .....	183
Transplantes Hepáticos .....	275

### Quadro II

#### Actividade da Unidade Extra-Digestivo (1996- 2001)

Oncol. da cabeça e pescoço.....	213
Cir. Endócrina.....	506
Mama (Oncologia) .....	300
Cirurgia do Tórax .....	128

### Quadro III

#### Actividade da Unidade Esogástrica

Cirurgia do Cancro Gástrico .....	288
Operações Anti-Refluxo .....	133
Cirurgia do Cancro do Esófago .....	61
Cirurgia da Obesidade Mórbida .....	53

### Quadro IV

#### Actividade da Coloproctologia

Coloproctologia	
Cancro Colo-Rectal .....	728
Cirurgia Funcional do Períneo .....	101
Ressecção local de Tumor Rectal .....	11

7

Contando com a colaboração e apoio firme e decidido de Cirurgiões como o Dr. Fernando Manuel Campos Medes, Dr. Vítor Manuel Ribeiro e Prof. Doutor José Teixeira Gomes, conseguiu levar à prática um modelo organizativo em que o Departamento de Cirurgia do Hospital Geral de Santo António, à data constituído apenas pelos Serviços de Cirurgia Geral (em número de 3) e pelo Serviço de Cirurgia Vascular, se orientaram fundamentalmente para áreas específicas de Patologia e Clínica Cirúrgica, a saber: um Serviço predominantemente de Cirurgia Digestiva (Tubo Digestivo Alto e Baixo), outro de Cirurgia Hepato – Bilio – Pancreática e outro de Cirurgia predominantemente Extra-Digestiva (Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Cirurgia Endócrina, do Retroperitoneu, Pele e Partes Moles). (3)

Houve áreas da Cirurgia Geral que ficaram fora desta Sectorização, como foi o caso da Cirurgia da Parede Abdominal.

Não foi fácil, nem plano, o caminho a percorrer, inicialmente. Muitos Cirurgiões, de elevado prestígio Institucional e Nacional, se não se opuseram aberta e frontalmente à instituição do modelo preconizado, pelo menos demonstraram alguma resistência passiva.

A cultura cirúrgica então prevalecente, pelo menos no Hospital Geral de Santo António, mas creio que poderei extrapolar e afirmar, no País, não era, por muitas e variadas razões, que estão fora do âmbito desta exposição, favorável a uma viragem, considerada, à altura, radical e em flagrante ruptura com modelos e práticas há longo tempo estabelecidas.

As vantagens advenientes do novo modelo só mais tarde viriam a ser totalmente compreendidas e integradas, mas mesmo assim, ainda hoje é possível detectar alguma oposição residual ao modelo.

A própria evolução dos tempos, da prática acumulada ao longo dos anos e dos sucessivos modelos gestionários adoptados pelos Órgãos Superiores de Gestão do Hospital de Santo António propiciaram, nuns casos, e impuseram, noutros, adaptações e modificações do modelo inicialmente implementado.

A própria análise constante e a reflexão que foi sendo feita da aplicação prática do modelo, levaram a



ajustamentos, à introdução de novas práticas e à criação de novos Sectores.

## C – A ORGANIZAÇÃO DEPARTAMENTAL

Actualmente o Hospital de Santo António encontra-se integrado no Centro Hospitalar do Porto, que integra também a Maternidade Júlio Diniz e o Hospital Pediátrico Maria Pia.

O Departamento de Cirurgia do Hospital de Santo António compreende o Serviço de Cirurgia Geral (resultante da unificação dos três Serviços antes existentes), O Serviço de Cirurgia Vascular e o Serviço de Urologia.

O Departamento de Cirurgia possui com órgão intermédio de Gestão o Conselho de Gestão do Departamento, que integra o Director do Departamento de Cirurgia, a Enfermeira Encarregada de Sector e um Administrador Hospitalar.

O Serviço de Cirurgia Geral está subdividido em três Unidades Funcionais – Unidade 1, de Cirurgia Digestiva (Tubo Digestivo Alto e Baixo), Unidade 2, de Cirurgia Extra-Digestiva (Cabeça e Pescoço, Cirurgia Endócrina, Cirurgia Torácica Geral, Cirurgia do Retroperitoneu, Pele e Partes Moles e Cirurgia Mamária) e Unidade 3, de Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática. (Fig. 7)

O traço de união entre as 3 Unidades é uma Reunião quotidiana, onde é passado o Turno do Serviço de Urgência e onde se realizam as Actividades Científicas do Serviço, principalmente na sua vertente de Ensino post-graduado: Reuniões de Análise de Morbimorta-

lidade, Sessões de Journal Club e Revisões de Temas teóricos.

Cada Unidade é coordenada por um Responsável de Unidade e, basicamente, funciona segundo um modelo que é comum a todas: Reunião de Unidade, Actividades de Enfermaria, Bloco Operatório, Consulta Externa e Consultas Multidisciplinares: assim funcionam, na dependência da Unidade 1 (Cirurgia Digestiva) as Consultas Multidisciplinares de Obesidade, Pavimento Pélvico, Doenças Inflamatórias Intestinais e de Grupo Oncológico Digestivo; na dependência da Unidade 2 (Cirurgia Extra-Digestiva) a Consulta de Grupo de Patologia Endócrina, de Patologia Mamária, e Multidisciplinar de Grupo de Oncologia Não Digestiva; na dependência da Unidade 3 (Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática) as reuniões multidisciplinares de Imagiologia de Intervenção, de Transplantes Hepáticos e de Transplantes Reno-Pancreáticos.

## D – O SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nas equipas de Urgência do Hospital de Santo António prestam serviço todos os Cirurgiões do Serviço de Cirurgia Geral.

A manutenção do contacto diário e semanal com as realidades da Clínica Cirúrgica de Urgência e o cuidado de distribuir os Cirurgiões das diversas Unidades pelas diferentes equipas do S.U. assegura, até hoje, um nível elevado de proficiência na realização das tarefas de urgência, quer na prática da Clínica Cirúrgica, quer nos actos operatórios a realizar.

## E – A FORMAÇÃO POST-GRADUADA

A realidade da formação post-graduada sofreu uma evolução que poderemos classificar de paralela, nuns casos, e completamente autónoma, noutros, nos tempos modernos, que se seguiram à Sectorização da Cirurgia Geral no HGSA.

A formação integrada e completa dos Internos



Fig. 7 – Serviço de Cirurgia Geral do CHP – Hospital de Santo António



Complementares é assegurada pela sua rotatividade, devidamente escalonada no tempo, e com períodos de tempo e fases calculadas consoante a sua evolução, pelas diferentes Unidades do Serviço de Cirurgia Geral.

Para o treino cirúrgico básico conta o Serviço com a colaboração do Sector de Cirurgia Geral do Departamento de Ambulatório do HSA, onde os Internos complementares realizam um estágio de tempo determinado, que normalmente marca o início da sua formação.

É conveniente ter em atenção o facto de que a formação post graduada é hoje influenciada por múltiplos factores, que não incluem só o desejo de aprendizagem e aquisição de competências por partes dos Internos Complementares; o estilo de vida que antecipam, o índice remuneratório a que aspiram, a carga horária de trabalho a que serão submetidos e a menor interferência possível com o que se denomina, ou denominam de qualidade de vida (*Life Style*), influenciam tanto as escolhas iniciais, como o gosto pela prática deste ou aquele acto cirúrgico. (4,5)

Também a crescente percepção da responsabilização médico-legal, com as potenciais e inerentes implicações cíveis, acarretam uma forte influência nos factores decisórios. (6,7)

## F – CONCLUSÃO

A Sectorização ou Departamentação, como se lhe queira chamar, não é a panaceia universal para os problemas que afligem a prática cirúrgica em Portugal, sequer no Mundo.

O papel e a figura do Cirurgião Geral Generalista não estão de forma alguma postos em causa, quer pelo gosto individual das pessoas envolvidas, quer pelas características das populações-alvo dos cuidados a prestar, quer pelos recursos humanos e materiais à disposição do País e da Comunidade Cirúrgica, em particular.

A Sectorização é um passo em frente, indispensável e irreversível para determinadas realidades incontornáveis:

para os grandes Centros de Referência, para os Hospitais com vocação para o Ensino pré-graduado, para Hospitais que pretendam tornar-se centros de referência na formação Post – Graduada, tal como há já varias décadas ocorre, por exemplo na Royal Post Graduate Medical School ou Hammersmith Hospital, em Londres.

A instituição, na prática, da figura dos Hospitais Afiliados, ou de Centros Hospitalares, mais do que a fusão ou integração de Unidades Hospitalares, poderá e deverá ser uma das faces da resposta à necessidade de continuar a fornecer uma formação generalista ao Cirurgião Geral.

Esta figura, que em muitos países, nomeadamente, nos de expressão anglo-saxónica é referida como *Rural Community Surgeon* ou *Hospital*, será fundamental, mas ainda terá de contar com a hostilidade a vencer num meio em que todos e cada um de nós se vê ou encara como a encarnação de um M.E. De Bakey ou de um Theodore Billroth da sua geração.

Num País com a dimensão demográfica de Portugal terão que existir centros especializados e sectorizados, sem a menor das dúvidas, mas não um centro de Cirurgia Endócrina ou uma Clínica de Patologia Mamária ou um Centro de Cirurgia Esofágica ou Hepato-bilio-pancreática em cada Hospital do SNS, mais as múltiplas Entidades Privadas prestadoras de Cuidados de Saúde.

Os recursos humanos e materiais não seriam suficientes para tal, para além de que seria a negação, pela inversão, do princípio básico do objectivo que se pretende atingir.

A principal razão de ser da Sectorização ou Departamentação é atingir e contribuir para atingir níveis máximos de segurança nos cuidados prestados, que protejam quer o paciente, quer o Cirurgião, do erro humano e das falhas do sistema. (8)

“Estuda e saberás, pratica e serás mestre”, conforme atesta o aforismo popular.

O Cirurgião *Jack of all trades* não terá morrido ou desaparecido, não pelo menos numa forma mitigada e revista à luz dos princípios orientadores do Século XXI.



A Departamentação, no entanto, veio para ficar: nos grandes centros, nos Hospitais de referência, nos casos mais raros e incomuns.

Só assim se assegurará uma racionalização de custos

por doente e acto cirúrgico praticado, se diminuirão os custos associados à incidência de complicações, e se maximizará a proficiência de quem executa e a segurança de quem recorre aos cuidados de que necessita.

## BIBLIOGRAFIA

1. Branco R. Alocução do Presidente de Honra do XXIV Congresso Nacional de Cirurgia. Tempo Medicina, Março, 2004
2. Branco R. Razões de uma Departamentação em Cirurgia – 3 Anos de Experiência. Arq Port. Cirurgia, 4(4), Novembro, 1995
3. Branco R. A Departamentação em Cirurgia: Uma Vez Mais. Arquivos do HGSA, 1(6), Janeiro/Março, 2002
4. Hudkins JR, Helmer SD, Smith RS. General Surgery Resident Plans: A Workforce for the Future? Am. J. Surg., 198, 798-803, 2009
5. Vick LR, Borman KR, May W. See One, Do One, Be Competent in One? Resident Rotations Broaden the Perceived Scope of General Surgery. Journal of Surgical Education 64(6), 410-15, November/December, 2007
6. Griffen FD, Stephens LS, Alexander JB, Bailey HR, Maizel SE, et al. The American College of Surgeons Closed Claims Study: New Insights for Improving Care. J Am Coll Surg, 204(4), 561-69, April, 2007
7. Etchells E, O'Neill C, Bernstein M. Worl J. Surg., 27, 936-42, June, 2003
8. Dickinson I, Waters D, Graham I, Montgomery P, Collins J. ANZ J Surg, 79, 198-204, October, 2009

### Contacto:

ampcosta@mail.telepac.pt

