



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 14 • Setembro 2010

Formação em cirurgia

Formation in surgery

Carlos Costa Almeida

Director de Serviço do CHC, Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

A formação médica de especialização em Portugal tem sido baseada nos Internatos Médicos, estruturados desde a entrada até à saída do interno, sob intervenção determinante do Estado, com a colaboração da Ordem dos Médicos.

Há muito que estou ligado à formação pós-graduada, e durante vinte anos integrei o Conselho Nacional dos Internatos Médicos. Sei, por isso, do bom conceito em que nos países nossos parceiros na Comunidade Europeia eram tidos os nossos Internatos, e sei também que praticamente todas as recomendações publicadas pelo *Advisory Committee on Medical Training*, do Conselho da Europa, já tinham sido aplicadas em Portugal, tendo algumas delas sido mesmo cá inspiradas.

Nalguns países europeus da linha da frente comunitária, sem internatos que se aproximem dos nossos, fez-se a dada altura um esforço para implementar algo parecido, melhorando assim, na opinião dos seus responsáveis, aquela formação. Não tiveram, globalmente, sucesso. E porquê? Porque lhes faltava o que serviu de substrato aos nossos Internatos: as Carreiras Médicas, outra originalidade nossa.

Uma das idiossincrasias portuguesas é desconfiar de tudo o que é nacional; outra é estarmos sempre prontos para destruir o que entre nós funciona duma maneira organizada, já que parece sentirmo-nos melhor dentro do que é uma terceira idiossincrasia nacional: a tendência para o “desenrascanço” (palavra portuguesa recentemente cobiçada pelo léxico inglês, com o significado de “fazer algo para que não se está minimamente preparado”).

Durante mais de 35 anos tivemos uma organização hospitalar que contribuiu decisivamente para um progresso notável na medicina e na saúde portuguesas, actuando em várias vertentes. Desde logo por ser de algum modo um travão às influências familiares, de amizades, políticas, e dificultar também a progressão directa dos que se auto consideram os melhores sem, na verdade, terem sido avaliados pelos seus pares fora das suas tantas vezes limitadas (mas bem colocadas...) esferas de influência. Por isso constituiu, permanentemente, uma alavanca para a projecção profissional de tantos com muita qualidade que doutro modo teriam, previsivelmente, permanecido marginalizados nas bordas da profissão.

Um pequeno país com poucos habitantes e poucos recursos não se pode dar ao luxo de ver desperdiçados os melhores. Desperdiçados porque não tiveram a sorte de nascer num grande centro e com as amizades adequadas, ou porque não lhes foram dadas condições para trabalhar, ou porque foram desviados para uma mercenarização profissional, sem qualquer aproveitamento científico, ou mesmo porque foram levados a pedir a reforma antecipada e sair dos hospitais públicos e, assim, do circuito da investigação e da formação.

Outro efeito das Carreiras Médicas Hospitalares foi a criação de condições para que muitos profissionais de muita qualidade pudessem – e quisessem – ir para o interior do país trabalhar, criar e desenvolver bons centros médicos, com idoneidade formativa reconhecida, onde antes havia meros hospitais da Misericórdia. Desse modo muitos mais colegas, por todo o país,



puderam ser captados para a formação pós-graduada nas áreas desejadas, conseguindo-se uma medicina de qualidade cada vez maior e bem perto das populações que dela necessitavam. E a baixo custo: boa medicina, sem necessidade de grandes deslocações dos doentes, sem subsídios de deslocação dos profissionais.

A formação em Cirurgia enquadrou-se completamente em tudo isto. Mas as Carreiras Médicas dentro dos hospitais esvaíram-se, e é lógico, pois, esperar-se pela influência negativa nos Internatos, em boa medida no sentido inverso do que atrás se descreve. A verdade é que neste momento se vive, nesse campo, de restos do passado sem um plano delineado para o futuro. No meio dum silêncio quase generalizado: comprometido e sem ideias de alguns, cúmplice de outros (os do desenrascanço), angustiado, expectante e inerte da maioria.

Seja o que for que o futuro nos reserve em matéria de organização médica e formação pós-graduada, há aspectos fundamentais que é bom discutir desde logo e que cabem com certeza neste número da Revista da Sociedade Portuguesa de Cirurgia. A Cirurgia Geral é uma especialidade básica em qualquer hospital, tenha ele a dimensão física e científica que tiver. Apesar de ter dado origem, ao longo dos tempos, a várias especialidades cirúrgicas, ela própria não sofreu realmente uma grande redução de amplitude, já que o doente cirúrgico continua a ter de ser encarado como um todo pelo cirurgião geral, e daí advém precisamente a sua posição chave em qualquer instituição hospitalar. Porque não se trata duma especialidade residual, é antes uma especialidade-mãe, ou a mãe das especialidades cirúrgicas, cada uma delas sim, mais limitada e menos abrangente. Técnicas de diagnóstico específicas e aspectos particulares no tratamento médico estiveram na base dessa subdivisão e no desenvolvimento relativo de cada um dos ramos emergentes, sem que a necessidade do conhecimento global desaparecesse.

O facto de se fragmentar o estudo das patologias não implica que o indivíduo doente possa ser fragmentado do mesmo modo. Por isso é fundamental que haja quem mantenha uma visão clínica integradora, como é o caso dos cirurgiões gerais, reunindo nas mes-

mas mentes individuais a análise conjunta dos vários aspectos patológicos eventualmente presentes.

Dir-se-á que é difícil ter uma preparação teórica e prática abrangente e completa e ao mesmo tempo ela ser sólida e eficaz. E é verdade, mas nunca se disse que a cirurgia geral é fácil. É trabalhosa, exige muito esforço e muita dedicação, mas ao mesmo tempo envolve uma actividade cirúrgica apaixonante, variada e excitante, que é recompensadora e que, repita-se, é fulcral em qualquer hospital.

É certo que nos últimos quinze anos houve um grande e rápido desenvolvimento tecnológico acompanhando sobretudo a via cirúrgica endoscópica, também na cirurgia geral. Mas já não é correcto afirmar-se que por isso esta última se tornou impossível de ser abarcada por cada um e, portanto, de existir. As novas tecnologias surgiram, e foram desenvolvidas, com o intuito de tornar a cirurgia mais fácil e menos traumática. Tudo o que nela for novo e não for assim não terá futuro: a cirurgia é para profissionais normais adequadamente treinados, não exige malabaristas com habilidades fora do vulgar. Que também poderão ser cirurgiões, obviamente, mas não necessariamente os melhores e de maior confiança como clínicos, que é do que se trata.

No início da abordagem endoscópica houve alguma dificuldade em reconverter muitos dos cirurgiões feitos, mas esse tempo passou e agora a aprendizagem dessa via faz-se com a mesma naturalidade com que se aprenderam sempre as várias técnicas cirúrgicas. Nada demais: o que for extremamente difícil não deve ser só para alguns, não deve é ser praticado, porque não serve.

Vivemos na época das “play-stations”, e a tónica na formação cirúrgica, com tanta abordagem instrumental endoscópica, deve ser posta em evitar que os cirurgiões operem como se estivessem frente a um jogo de vídeo, procurando continuamente obter mais pontos e subir de nível de dificuldade. A euforia tecnológica é contagiante, mas há que lembrar que a intervenção cirúrgica é apenas um parte do tratamento dos doentes. “Bom cirurgião é o que sabe operar, mas melhor é o que sabe quando operar, e melhor ainda o que sabe quando não operar”. A informatização dos processos



clínicos, com todas as suas vantagens e potencialidades, assusta quando vemos os médicos fixados no computador, parecendo este roubar todo o protagonismo ao doente de que nele se fala.

Dentro da complexidade da cirurgia geral, é compreensível que algumas áreas se destaquem como de maior interesse para cada cirurgião, e que se tornem a sua área de intervenção habitual. É uma super-especialização dentro da cirurgia geral, diferente da subespecialização, isto é, reduzir a intervenção a uma pequena área antes de adquirir os conhecimentos e as competências globais da especialidade. O que se justifica como concentração numa área para maior aperfeiçoamento, não se aceita como facilitação e curto-circuito na aprendizagem.

Quer dizer, a formação do cirurgião geral deve ser sempre em cirurgia geral. Defendemos um tronco comum de cirurgia geral para as especialidades cirúrgicas, continuando depois na cirurgia geral para a cirurgia geral e derivando para cada uma nas outras especialidades – que são subespecialidades daquela e dela têm apenas essa base comum. Cirurgiões gerais serão só os que têm a preparação respectiva completa.

A superdiferenciação deve ser atingida por vontade e gosto de cada um e também por necessidade em cada hospital: numa abundância grande de casos duma determinada patologia ou, pelo contrário, num número restrito, para que se possa ter uma experiência específica significativa. A repetição de gestos cirúrgicos é boa para a aprendizagem e para a qualidade, mas é errado quando se fala em “números mínimos”. Porque aí contam outros factores muito variáveis, desde logo os do indivíduo, da capacidade e habilidade pessoais, e da sua própria experiência cirúrgica global, passada e presente, bem como da equipa em que está integrado. Para se fazer bem uma coisa em cirurgia não é necessário reduzir-se a fazer só essa coisa, há, pelo contrário, muitas outras experiências que translacionalmente contribuem para isso. Há quem faça só uma coisa e não a faça bem. Pode-se dizer, até, que quem desde muito cedo ficou limitado a um tipo de intervenção não terá ao seu dispor, em momentos críticos de complicações, os recursos técnicos e clínicos pes-

soais de quem tem uma experiência cirúrgica larga e rica, encontrando dificuldade em evoluir e tendendo para a repetição monolítica. O ideal é alguém com aquela experiência que depois se dedica sobretudo a uma determinada área. E a formação dos cirurgiões terá de procurar criar essa situação ideal.

Nada deverá proibir um cirurgião de operar a não ser os maus resultados, de que será responsabilizado se eles lhe aparecerem por negligência ou por falta evidente de preparação e formação, o que configura também negligência. Haverá sempre cirurgiões melhores do que outros, mas não é admissível a existência de maus cirurgiões. Para além disso, parece vantajoso concentrar doentes mais raros nalguns Serviços ou Hospitais para se conseguir mais experiência. Centros de excelência serão centros com maior experiência e melhores resultados, com condições para tratar com êxito casos mais complicados, mas não se devem estabelecer por decreto, ou porque alguém “acha” que são assim. Devem ser centros de referência, que emergem do meio dos outros por melhores resultados e maior experiência, para onde os colegas referenciam os seus doentes e aonde se podem deslocar em busca de aperfeiçoamento e conselhos técnicos. E de modo algum deverão ser centros exclusivos, com proibição de todos os outros, o que apenas faria com que cada vez se fizesse menos e pior nas suas áreas respectivas no resto do país, com um desinteresse generalizado.

Se quisermos ter um campeão olímpico numa determinada modalidade, o caminho não é escolher um praticante com “pinta de atleta” e dar-lhe todas as condições de treino com a “incumbência” de ganhar uma medalha. O caminho é conseguir ter muita gente a praticar essa modalidade, por todo o país, e depois escolher os que se mostrarem melhores, dando a esses condições extra para a sua prática. Sem proibir os restantes, porque dessa mole de praticantes é que surgirão provavelmente os próximos campeões.

A formação em cirurgia geral, e a sua prática, terão muito a ver com isto também. Foi uma conquista notável ter bons cirurgiões espalhados pelos hospitais de todo o país. Cercar agora a sua actividade, aleatoriamente ou por escolha dirigida que não seja pelos resul-



tados obtidos, seria um retrocesso desastroso. Porque tudo o que se conseguiu se inverteria, a começar por muitos dos melhores de novo a não quererem sair dos grandes centros, se fossem estes os tais escolhidos para a cirurgia mais diferenciada. E é o que aconteceria, dentro da lógica de supermercado que a Saúde parece estar a começar a seguir, apesar dela ter levado à desertificação comercial das cidades e do país, para ter produtos monotonamente iguais concentrados nas grandes superfícies. É o triunfo da massificação e do monolitismo, por oposição à variabilidade e à inovação. Com a desculpa da concentração de recursos – em si mesma não uma má ideia – parece desenhar-se a tendência para excluir os centros mais periféricos e voltar a ter tudo concentrado em enormes hospitais nas maiores cidades.

Nessas condições – que se antevêm – quem ficará nesse centros de referência centrais criados por nomeação ministerial? E que colegas terão a eles acesso de agora em diante? Na ausência de carreiras hospitalares, como serão escolhidos os melhores para esses “centros de elevada qualidade”? Como se avaliará a qualidade dos centros? E a idoneidade formativa? Será que se vão avaliar e comparar resultados? Seria óptimo, num país onde essa avaliação nunca foi realmente feita, de modo global, isento e comparativo. E como se fará essa comparação? Haverá para tal engenho e arte? E dinheiro? Ou será mais uma vez o “achismo” de alguns a imperar? Resta esperar para ver. E entretanto a formação e os Internatos nos hospitais vão continuando com a *vis a tergo* das Carreiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PESSOAIS:

1. Costa Almeida CM – *Algumas Reflexões sobre Formação Pós-Graduação*. Boletim da Secção Regional do Centro da OM, Out: 26-7, 1996
2. Costa Almeida C M – *Cirurgia Geral ou Cirurgia Residual?* Arq. Port Cirurgia, 11(3/4): 126-8, 2002
3. Costa Almeida CM – *Danos Colaterais e Formação Médica Pós-Graduada*. Revista do CHC, 42/43: 5-6, 2009
4. Costa Almeida CM – *Farpas pela nossa Saúde*. MinervaCoimbra, Coimbra, 2009
5. Costa Almeida CM – *Internatos Médicos à Portuguesa*. Revista do CHC, 12(2): 16-17, 2000
6. Costa Almeida CM – *Orientadores de Formação, uma aposta ganha*. Revista do CHC 9(2): 92-3, 2000

