



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 14 • Setembro 2010

O treino da cirurgia em sub-especialidades

Eduardo Barroso MD

Centro Hepato-Bílio-Pancreático e de Transplantação – Hospital Curry Cabral, Lisboa

O que é hoje, no começo do século XXI a especialidade de Cirurgia Geral? Pode esta especialidade ser encarada de uma maneira uniforme, independentemente da dimensão dos hospitais onde tem de ser praticada? Da localização geográfica onde o hospital se insere? Como deve ser feito o treino dos nossos internos e qual o futuro dos nossos jovens especialistas?

Portugal é um país pequeno com cerca de dez milhões de habitantes e felizmente hoje em dia com belíssimas vias de comunicação. O tempo de todos quererem fazer um pouco de tudo está ultrapassado. Hoje para se ser competente numa área da cirurgia geral temos de encarar novas formas de organização hospitalar, incompatíveis com serviços estanques onde só trabalham cirurgiões, para passarmos a ter equipas multidisciplinares dedicadas a áreas mais restritas (subespecialidades).

Mas também é preciso ganhar dimensão, que permita acumular casuística, o que só se consegue com a criação de grupos hospitalares a funcionar em rede, criando sinergias clínicas onde os vários grupos de equipas multidisciplinares se possam dedicar a determinadas áreas deixando para outros o tratamento de outras, acabando definitivamente com o tempo de todos quererem fazer um pouco de tudo sem o volume de doentes que lhes possam trazer experiência e competência.

Existindo esses centros de referência é fácil admitir que o treino dos internos de cirurgia deve em determinadas áreas passar por esses centros independentemente do futuro profissional dos jovens especialistas. Na minha opinião, depois de adquirido o título de

especialista em Cirurgia Geral, estes devem, em função do local onde querem vir a trabalhar, dedicar-se precocemente a uma ou duas áreas.

O que acontece agora, com a idoneidade dos serviços a ser concedida sem ter em conta a exigência de multidisciplinaridade e o volume de doentes tratados, é que os nossos jovens especialistas podem não ter contactado com alguns tipos de cirurgia correctamente praticados.

Também devemos ter em conta a localização geográfica dos serviços onde vai ser praticada a cirurgia. As características que deve ter um especialista de cirurgia geral num hospital periférico, longe dos grandes centros é completamente diferente daquelas que devem ser exigidas nos grandes hospitais centrais, com hipóteses de oferta em várias áreas dentro de um espaço geográfico restrito. Não quer isto dizer que devemos ter no nosso país especialistas de primeira ou de segunda. Temos é de ter especialistas mais ou menos generalistas. Temos de repensar a nossa especialidade em função do correcto tratamento dos nossos doentes.

E quais são actualmente as grandes sub-especialidades em cirurgia geral? Dou alguns exemplos: A cirurgia esófago-gástrica, a hepato-biliar com ou sem a pancreática associada, a colo-rectal (sobretudo o recto oncológico), a mama, a cirurgia do trauma, a cirurgia bariática, entre outras.

As modernas técnicas mini-invasivas devem estar associadas e aplicadas em função das especialidades e não constituírem em si a razão de uma nova sub-especialidade.



Como disse no início, somos só dez milhões e temos ótimas vias de comunicação. Os hospitais de uma determinada região podem entre si definir áreas de interesse, fazê-las crescer, afiliar-se e dar oportunidade de conseguirem uma casuística que os faça ter competência no tratamento dos doentes. Haveria a necessidade de alguém, provavelmente o ministério da saúde, a ordem dos médicos e as sociedades científicas em conjunto, definirem para cada área os números mínimos para poderem ser acreditadas como competentes nessas áreas. Mas também as infraestruturas, o apetrechamento técnico, a existência obrigatória de equipas multidisciplinares, a obrigatoriedade de publicar resultados a curto, médio e longo prazo e já agora, numa época de poucos recursos, os custos associados.

Os estágios obrigatórios a que os nossos internos estão sujeitos, com décadas de existência, têm de ser revistos, adaptando-os às necessidades de uma preparação moderna.

A formação dos nossos internos deve ser assegurada em algumas áreas como a Cirurgia Hepato-bilio-pancreática e de transplantação, em centros de referência. O meu serviço não pode garantir aos nossos internos a experiência em áreas fundamentais como a cirurgia da mama, esófago-gástrica ou do recto oncológico (para só dar três de muitos exemplos). Por isso defendo que os internos de cirurgia geral, mais do que terem de fazer quatro estágios obrigatórios em áreas fora da cirurgia geral, deveriam, para áreas consideradas básicas e fundamentais, rodar por vários hospitais onde existissem centros de referência para determinadas patologias. No meu hospital não posso dar formação em cirurgia do trauma (uma das sub-especialidades mais abrangentes e necessária), em cirurgia da mama, na cirurgia do estômago, na do recto e em muitas outras, porque optámos por uma área onde crescemos, ganhámos volume e competência, trabalhamos em multidisciplinaridade e temos condições infraestruturais e tecnológicas adequadas. Nenhum centro de referência em tratamentos das patologias, sobretudo malignas das vias biliares, do fígado e do pâncreas, deveria ser acreditado sem ter um serviço de radiologia de intervenção apetrechado e a trabalhar em reu-

niões multidisciplinares. Mais do que conceder idoneidade a um serviço de cirurgia geral, a ordem dos médicos em conjunto com o ministério da saúde deveria identificar serviços ou hospitais que teriam competências para as várias subespecialidades da cirurgia geral

Os serviços que vissem colocados os seus internos e não estiverem contemplados em algumas destas áreas, assegurariam a sua rotação por outros serviços que as tivessem.

Os estágios obrigatórios em áreas que há muito não pertencem ao foro da cirurgia geral deveriam ser extintos. Exemplos: ortopedia, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia cardio-torácica, etc..

Os benefícios a tirar para a formação do cirurgião geral nas áreas da cirurgia cardio-torácica e vascular por exemplo, servirão apenas para que o cirurgião geral possa abrir um tórax na urgência ou reparar ou fazer uma anastomose vascular. É preferível aumentar o estágio no trauma do que fazer passar um interno de cirurgia geral três meses para aprender a abrir e fechar um tórax.

É preferível tornar obrigatório o treino em cirurgia do transplante de órgãos abdominais (colheita e receptor) onde podem ser aprendidas dezenas de anastomoses arteriais e venosas do que fazer um estágio de 3 meses em cirurgia vascular.

Para que serve o estágio de ortopedia fora da urgência? Para que serve um estágio generalista de 3 meses em anatomia patológica? É preferível dentro de áreas mais restritas fazer passar p interno pela anatomia patológica.

Quando estivesse a fazer o estágio de colo-rectal, hepato-biliar, etc. passaria pela anatomia patológica dessas áreas.

Temos de formar cirurgiões para o século XXI e não continuar a insistir em modelos de meados do século passado

Resumindo:

Ter novas regras para definir competências nas várias áreas da cirurgia geral (valorizar equipas multidisciplinares e volume de casuística)



Acabar com os estágios obrigatórios fora das áreas já muito extensas da cirurgia geral.

Deixar que nos dois últimos anos da especialidade de cirurgia geral, o interno possa já optar pela sua futura vocação.

Criar um estágio obrigatório em transplantação de órgãos abdominais

Começar por definir 4 ou 5 subespecialidades com evidentes vantagens para os internos em frequentar centros de referência

Exigir a obrigatoriedade de publicações em revistas científicas credíveis para complemento do internato (duas publicações obrigatórias como 1º autor)

Acabar com o facilitismo e a falta de exigência quer na formação dos internos quer no seu julgamento final (exame do internato)

Termino como comecei. O que é hoje a especialidade de cirurgia geral? Será um somatório de subespecialidades todas elas fundamentais para a formação de jovens especialistas. O treino dos internos tem de ser feito em vários hospitais independentemente do seu vínculo contratual a um serviço. Os jovens especialistas devem precocemente escolher uma, duas ou três

áreas (dependendo do volume e complexidade de cada uma) e a curto prazo, se a trabalhar em grandes hospitais centrais, escolher mesmo apenas uma.

Os especialistas dos hospitais mais periféricos devem ter, em função das características de cada hospital ou grupo hospitalar, a perfeita noção do que devem e podem fazer. Afiliados em rede, constituindo a base de uma pirâmide onde no vértice devem estar apenas aquelas patologias mais complexas, onde os nossos dez milhões de habitantes possam, em função da complexidade das suas doenças, ser correctamente tratados.

Com a globalização e os recentes acordos europeus sobre a livre circulação de doentes que podem recorrer no espaço europeu aos centros de referência já existentes, corremos o risco de no futuro, os nossos netos quererem ser operados em Madrid, Paris ou Londres.

E mesmo os nossos internos, procurarem modelos estrangeiros para a sua correcta formação em cirurgia.

O tempo do isolamento em serviços de cirurgia antiquados, com todos a querer fazer um pouco de tudo, acabou definitivamente. Quem não quiser ver esta realidade está a prestar um mau serviço aos nossos doentes. E não são eles a razão para exigirmos uma correcta formação em cirurgia e sub-especialização precoce?

EDUARDO BARROSO MD

Centro Hepato-Bílio-Pancreático e de Transplantação

Hospital Curry Cabral, Lisboa

Portugal

ebarroso@hccabral.min-saude.pt



Eduardo Barroso