



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 14 • Setembro 2010

# Página da SPC

*Henrique Bicha Castelo*  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

## EDITORIAL

### CIRURGIA GERAL – QUO VADIS?

*“... a medicina está muito dividida,  
cada médico dedica-se  
apenas a uma doença e não a mais...  
uns para os olhos, outros para a cabeça,  
outros para os intestinos  
e outros para as doenças internas...”*

Heródoto; 2000 AC

No domínio das Ciências Biomédicas, as duas décadas de transição do Século, foram extraordinariamente frutuosas em produção de Ciência, tanto no âmbito das tecnologias como no do Conhecimento.

Entre as principais preocupações inerentes às exigências impostas pelo actual *grau de conhecimento e Saber*, encontra-se o *re-ordenamento* das Áreas Clínicas, sendo que a Cirurgia Geral será, eventualmente, a Disciplina que mais, tempo e espaço, tem ocupado no *centro do problema*.

O que está em causa e constitui tema central destas linhas é a definição substantiva, enquanto conceito e prática, de *Cirurgia Geral*.

Porque as diversas posições não são consensuais, vindo desde *a morte anunciada* no final da passada década de 80, até à sua confirmação, no início deste século, como forte e indispensável Área Formadora, a *Cirurgia Geral* tem passado por períodos de efectiva instabilidade.

Penso que o claro enquadramento do problema, fundamenta uma brevíssima visita ao passado.

Depois de, no final do primeiro quartel do século passado e no apogeu da *Era Anatómica*, se ter considerado “... *que tudo o que era cirurgicamente possível fazer no Homem foi feito*, parecendo, como dizia Jean-Louis Faure em 1925, ... *que não haveria mais nada a fazer, nem mais nada a tentar...*”, menos de uma década depois, René Leriche, iniciava a *Era da Cirurgia Fisiológica*, que o desenvolvimento *do Saber* rapidamente consolidou.

Enquanto *princípio*, modulada pelas actuais capacidades técnicas e competências científicas, a *Cirurgia Moderna* sendo uma *Cirurgia Tecnológica* é, ainda, uma Cirurgia de base *Fisiológica* e, agora, *Molecular*.



Porque o desenvolvimento do *Saber* e a aquisição de conhecimentos têm vindo a progredir a ritmos impen-sáveis há alguns anos atrás, a questão a ponderar é a de como a *Cirurgia Geral* deverá ser entendida e enquadrada na *Era da Supra-Especialização*.

Apesar de *velha*, a ponto de já inquietar Heródoto, a solução para a preocupação anterior não pode, meu entendimento, deixar de integrar a reflexão sobre a legitimidade da resistência a esse *caminho* e, não menos importante, qual a melhor metodologia para *o percorrer*.

Problema de essência, basicamente, cultural com perspectivas quase opostos entre os Estados Unidos da América e a Europa, a análise da situação aconselha serena ponderação e soluções que, mais que administrativamente impostas, sejam técnica e cientificamente sólidas e tradutoras, também nesta dimensão, do indispensável *bom senso* clínico.

A *Cirurgia Geral* continua a ser a *Casa Mãe* de todas as Especialidades Cirúrgicas que não hesitam em incluir nos seus Programas de Formação um período inicial em *cirurgia geral*, questão que merece a primeira reflexão.

Porque a *qualidade cirúrgica*, Geral e Especializada, depende dos níveis e condições da formação, penso que seria útil e conveniente que a generalidade das Especialidades Cirúrgicas, à semelhança do que acontece em muitas regiões do globo, contemplates nos seus Internatos, um período inicial de 3 anos, fundamental para que os Internos adquiram competências inerentes a fortes e sólidas bases de sustentação cirúrgica. Como sabemos, a questão, mais que técnica, é de ordem política e institucional.

A *diferenciação cirúrgica* adquire-se em ambientes apropriados, através de prática diária e tratamento correcto e repetido de grande número de doentes, e deve emergir de competências, vocacionalmente adquiridas, após adequados períodos de dedicação.

Só quando correctamente adquirida e adequadamente aplicada, a *diferenciação* poderá fomentar a *excelência cirúrgica* e a concretização de *Centros de Referência*, conceito e modelo que urge definir.

A existência de *Unidades Dedicadas*, a territórios e patologias específicas, é técnica e cientificamente justificada e irreversível. Contudo, a *Sectorização*, mesmo quando não assume mais que a dimensão de *Cirurgia de Órgão ou de Técnica* e validada por Sociedades Científicas específicas, não pode ser estanque e, muito menos, imposta administrativamente *à partida*. Quando assim acontece, os resultados irão em sentido oposto, tal como a *evidência* o comprova.

As *Unidades Dedicadas* têm que se afirmar como eficientes *mais-valias* e competências técnicas, científicas e académicas, isto é, não poderão isolar-se e, ao contrário, deverão saber compatibilizar a sua esfera de acção com a formação de maior número e mais competentes *Cirurgiões Gerais*.

Justificando-se para muito bem definidos territórios anatómicos e áreas patológicas que, procurando não ser polémico, não referirei mais que o pavimento pélvico e recto extra-peritoneal, o esófago e a cirurgia major hepato-bilio-pancreática, entendo que estas *Unidades de Intervenção Dedicada*, além da excelência da prática cirúrgica que não pode deixar de as caracterizar, não se podem eximir da responsabilidade de manterem uma continuada acção formadora de *Cirurgiões Gerais*.

Não se julgue que estou a pensar apenas em Hospitais Periféricos, porque o problema é, eventualmente, mais gravoso nos grandes Hospitais Centrais.

Sei que este não é um objectivo de fácil solução, porque a *Cirurgia Geral* tem, em todas as latitudes e sociedades, vindo a perder prestígio e reconhecimento institucional e social que, associados ao esgotamento físico e intelectual que é inerente ao seu volume de trabalho, tem vindo a afastar da *Cirurgia Geral* os jovens e mais talentosos Internos.

Recordo que inquirido recente do American College of Surgeons, Instituição onde o problema tem motivado mais frequentes e profundas reflexões, revelou que os seus *Fellows* que, além das suas *Áreas Específicas*, se assumem, **também**, como *General Surgeons* não atingem os 40%.



Por tudo isto, é universal o envelhecimento geral da população dos *cirurgiões gerais*, facto que assume particular relevância no nosso País, com todas as consequências que bem conhecemos.

Mas, será que a Cirurgia Geral é, de facto, uma Especialidade com futuro incerto e em vias de extinção?

Com correctas bases técnicas e científicas e adequadas políticas institucionais, tuteladas pelos Organismos competentes e pelas Sociedades Científicas, quero pensar que não.

*Todos teremos que fazer tudo* para recuperar atractivas condições de trabalho, que trarão de volta o prestígio, a motivação e a apetecibilidade pela Cirurgia Geral por parte dos Internos. De igual modo, há que saber criar *modelos organizacionais* que viabilizem a vivência, *lado-a-lado*, de excelentes Áreas de intervenção Cirúrgica, *Geral e Dedicada*.

Poderão, contudo, estas palavras induzir a conclusão de que é minha convicção que será possível continuarmos a poder ter um Cirurgião Geral, sempre disponível, onde dele venhamos a precisar?

Se nada for feito no sentido de inverter a actual situação, penso ser unanime a conclusão que, dentro de algum tempo, a resposta será, necessariamente, que NÃO.

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia, desejavelmente em colaboração com a Ordem dos Médicos e os seus Órgãos Competentes, fará sentir à Tutela a delicadeza da situação vivida, com diferentes perspectivas mas iguais dimensões, em todos os Hospitais, tanto nos Centrais como nos Periféricos.

E, porque a nossa preocupação está centrada no doente, a assistência cirúrgica de grande parte de sociedade geográfica nacional continua a estar dependente do Cirurgião Geral que é, ainda e também, o líder natural das Equipas Multidisciplinares, como as de Urgência e de Trauma, é minha convicção, espero que não ingénuo e realista, estejamos ainda a tempo para, com valorização e justeza de uma mais profunda e continuada formação em Cirurgia Geral, se permita reverter a situação e que ... *melhores tempos virão*.

