



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 14 • Setembro 2010

# A visão do Interno, sobre a Formação em Cirurgia

The view of a resident about Surgical Education

*Isabel Mesquita*

No início do século XX existia o Cirurgião que não era questionado, a quem tudo era permitido não havendo limite de actuação. Mais recentemente, a diversidade no conhecimento e pensamento médico promoveu a diferenciação de outras áreas, focalizadas no uso de técnicas e procedimentos especiais, que por motivos vários constituem hoje em dia a principal escolha dos jovens médicos.

Não creio que o papel do Cirurgião, como especialista de quem se espera que observe, que pondere e sobretudo que decida, se encontre diminuído. Mas então, porque motivo a Cirurgia Geral não constitui a primeira escolha dentro das especialidades cirúrgicas? Porque razão não se mostra aliciante ao lado de tantas outras?

Várias são as causas assinaladas entre as quais citaria o longo período de formação até ao reconhecimento como profissional em plena capacidade, a falta de cursos específicos de graduação, ou a pouca divulgação e acessibilidade aos mesmos, a exigência criada pelo grande número de doentes que assiste, a elevada carga horária semanal e consequentemente a falta de tempo para o estudo assim como para a vida extra-hospitalar.

A escolha do internato complementar é rodeada de uma grande ansiedade, dúvidas, receios e ao mesmo tempo de elevadas expectativas quanto à formação na especialidade, que será a actividade de uma vida. É o momento em que ultrapassamos o pesadelo de um exame de acesso obsoleto, que não reflecte a formação

pré-graduada e que somente testa a capacidade de memória extremada à vírgula.

Após a escolha a dedicação é total e extrema, contudo neste percurso que se inicia nem tudo será conforme o esperado.

Um dos factores que mais influencia a escolha da especialidade pelo médico é claramente o local onde ela vai decorrer. Deste ponto de vista não é possível falar em formação pós-graduada, e em particular em Cirurgia Geral, sem reflectir sobre isso.

Desde logo a diferença entre a escolha entre um hospital de primeira linha a um de terceira linha (quer numa grande cidade, quer num meio mais pequeno), faz-se sentir no número e tipo de doentes, tal como nas patologias que trata. Não pretendo com isto dizer que se faz melhor cirurgia num hospital que noutro, pois já vai longe o tempo onde apenas nos grandes hospitais se produzia ciência e inovação. No entanto é inequívoca a assimetria curricular entre formandos de um hospital de primeira e de um hospital de terceira linha, a qual do meu ponto de vista podia ser ultrapassada com a inclusão de estágios parcelares (mínimo de 3 a máximo de 6 meses) em hospitais com realidades diferentes dos da origem, à semelhança aliás do que acontece em outras especialidades. A experiência de trabalhar num hospital que não tenha todas as especialidades durante as 24 horas, que não tenha a retaguarda de cuidados intensivos, entre outros aspectos, seria uma experiência para todos enriquecedora do



ponto de vista técnico e humano e com igual valor no sentido inverso.

Naquela escolha, os aspectos da organização funcional do hospital dificilmente pesam, por falta de informação ou subvalorização da sua real importância, mas são de facto condicionadores do percurso futuro. Vejamos o caso de um serviço departamentado, como o que actualmente integro. Neste tipo de organização a reunião de recursos para actividades e serviços especializados selecciona patologias e cria, tendencialmente, elevada diferenciação e referenciação. Desta forma o interno cuja aprendizagem nos cinco primeiros anos se pretende, na minha perspectiva, generalista, pode ver comprometida a experiência em patologias mais simples de cada área, tal como em doentes sem grandes e/ou complexas comorbilidades de forma a garantir a autonomia gradual do cirurgião. Por outro lado, no sexto ano a meu ver, deveria ser dada a possibilidade ao interno de se aproximar da área de trabalho onde se revê, ou desenvolver um projecto proposto pelo hospital e departamento, de acordo com as necessidades destes e perfil do interno.

Ao reflectir sobre a formação do interno é incontornável discutir a questão: é o internato em cirurgia contrário aos desafios hospitalares do momento?

As pressões do Ministério e das administrações hospitalares sobre a competição intra e inter-hospital têm tido um impacto negativo evidente sobre a formação do interno em Cirurgia Geral. Faz-se sentir na diminuição clara do número de vagas por concurso para a especialidade, na menor tolerância e flexibilidade para a curva de aprendizagem por colidir com a produtividade, na menor disponibilidade para o ensino pré-graduado e para o bloco operatório. Em paralelo cresce a burocracia dos procedimentos administrativos, cujo objectivo final se compreende como uma mais-valia para uma empresa, nomeadamente, para a obtenção de um diagnóstico claro da sua actividade com vista à tomada das decisões mais acertadas, mas não com recurso a meios ultrapassados e processos pouco “magros”.

O internato deve ser aceite pelos hospitais e pelos serviços como um investimento com elevada taxa de retorno, por constituir em si mesmo um motor de ino-

vação, de actualização constante e por representar uma componente importante do potencial humano do hospital a médio prazo. Nesta perspectiva acredito que o interno deveria ser considerado como um elemento auxiliar nas funções do serviço e não a figura que de acordo com as necessidades completa o serviço. Desta forma não haveria tanta dificuldade em aceitar a saída em formação sem que se questionasse a urgência, a enfermaria, a consulta externa.

O programa de formação também deve ser repensado.

O conhecimento médico, à semelhança de novas técnicas e materiais cirúrgicos estão continuamente a sofrer actualizações. O programa de formação deve acompanhar esta mudança, incorporando aquilo que se entende como fundamental para a criação e desenvolvimento das competências de um cirurgião. Existirá melhor garantia para estarmos na linha da frente do que o investimento na nossa formação?

Refiro-me por exemplo ao trauma onde deve ser a cirurgia a assumir a liderança, à laparoscopia onde os horizontes ultrapassam em larga escala a colecistectomia na cirurgia abdominal, extra-peritoneal e retroperitoneal, ou ainda à inclusão da cirurgia bariátrica na agenda formativa. Estas áreas são exemplos passíveis de serem concretizados em estágios parcelares em centros de formação de excelência, a decorrer, de acordo com o tema, desde o 2º ao 5º ano.

A actualização do programa de formação do interno deve também, passar por rever o número e tipos de técnicas cirúrgicas que o interno deverá assegurar durante a formação pós-graduada. As competências fundamentais em cirurgia que hoje devem ser praticada e que em parte são garantidas pela execução de gestos variam continuamente.

Por fim, neste ponto, não bastará a actualização renovada do programa formativo, se os departamentos não proporcionarem, de forma equitativa e profissional perante os vários internos, as condições necessárias para que o programa formativo possa ser cumprido.

Quando falamos na qualidade de formação em cirurgia existe uma trilogia que merece a nossa reflexão: as considerações da instituição, dos profissionais e as éticas. Retenho-me agora nas últimas.



Inúmeras publicações reforçam actualmente a necessidade de se constituírem laboratórios de treino médico. Na área da cirurgia as possibilidades são intermináveis, quer no âmbito da simulação virtual, quer no treino animal, quer no treino de dissecação e reconhecimento anatómico.

Este complemento que deve ser contínuo e transversal, e é já obrigatório em muitos países do norte da Europa e na América do Norte, tem no nosso país uma expressão mínima, estando na maioria das vezes a cargo da indústria farmacêutica ou organizada pontualmente em congressos ou reuniões científicas. Claramente insatisfatório para o objectivo que se propõe e desajustado para a nossa era.

A máxima que até há pouco tempo reinava *see one, do one, teach one* tem de ser substituída por *perfect practice makes perfect*.

Este instrumento de treino tem de ser rapidamente disponibilizado.

Outros dos motivos que afastam muitos médicos da cirurgia geral e que deve ser analisado é a excessiva carga horária a que é sujeito o interno complementar. Uma semana que frequentemente tem 60-70 horas, das quais vinte e quatro horas de urgência, frequentemente sem descanso, às quais se seguem mais 8 a 10 horas no dia seguinte é um exemplo concreto, que não é excepção.

A sobrecarga de horas semanais e os seus efeitos são cada vez mais estudados, havendo publicações interessantes e ao mesmo tempo preocupantes sobre o efeito na iatrogenia e na motivação dos profissionais.

Por outro lado, nesta azafama de tarefas e de cumprimento de funções cujo objectivo é apenas o imediato, a produção científica, concretizada quer em trabalhos para congressos ou revistas da especialidade, quer em projectos de carreira académica, é posta para segundo plano pela maioria dos internos.

Porque ser cirurgião geral ultrapassa a execução de uma técnica, na sua formação não pode ser descurada a transmissão de valores básicos como o profissionalismo, a honestidade, o sentido de missão e o papel de comunicador.

Revendo o que ficou escrito poderei dar a entender uma visão demasiado crítica ou negativa da formação em cirurgia actualmente, o que não é de todo verdade. Contudo, é com visão construtiva que devemos analisar o passado para melhorarmos o nosso futuro.

A Cirurgia Geral não está saturada de médicos, pelo contrário. Por isso precisamos de aumentar a sua procura cativando os colegas com um projecto de carreira aliciante, constituído por uma formação séria, integrado em serviços organizados que promovam o rigor científico, o espírito de equipa, reconheçam a competência e fomentem a liderança.

