



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 10 • Setembro 2009

O cirurgião geral do futuro

Jorge Maciel

Director do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho E.P.E.

Professor Titular de Cirurgia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Palestra proferida na reunião “Um dia um tema” da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Figueira da Foz, 17 de Janeiro de 2009

Falar do cirurgião do futuro é um desafio, que far-me-á assumir algumas semelhanças com uma vidente e seguramente não ser consensual.

Falando em linguagem automobilística, antevejo que tenha semelhanças com o cirurgião de hoje, a quem foi instalado um “Kit” que lhe dará mais uns tantos cavalos e com mais um apêndice aerodinâmico aqui e menos um acolá!

Mas afinal o que é o futuro? Por definição é o que temporalmente está para a frente e por isso o que acabei de dizer, era futuro no momento de iniciar esta apresentação, mas agora em rigor já é passado! Em abono da verdade, todos os que aqui estamos, somos cirurgiões do futuro!

Falando a sério, atrevo-me a dizer que não perspectivando mudanças radicais no cirurgião geral dos tempos que hão-de vir, mas sim uma evolução natural e gradual, com alterações ou ajustes mais ou menos pontuais, quiçá só perceptíveis *à posteriori*.

Não vislumbro que tão grandes abanões técnicos e de princípios, como os provocados pela cirurgia laparoscópica e que revolucionaram a cirurgia no final do século, voltem a ocorrer num futuro próximo. Mas se acontecerem, terão que ser assimilados pelos profissionais.

Ao contrário de outros, não antevejo um “*Requiem*” por uma especialidade que foi a mãe de todas as outras áreas cirúrgicas que se individualizaram, hoje reco-

nhecidas como autónomas, mas que nela continuam e continuarão a buscar a essência da sua formação.

Continuo a entender a Cirurgia Geral como uma especialidade estruturante, imprescindível em qualquer sistema de saúde, independentemente do seu posicionamento político, exercida por especialistas competentes, senhores de amplos e integradores conhecimentos e de grande capacidade técnica.

Admito no entanto, que o tempo nos possa trazer ainda alguma área de emancipação como por exemplo a cirurgia mamária. Sou indefectível de que a cirurgia digestiva da boca ao ânus e órgãos anexos, deve manter-se una, integrando a cirurgia geral, onde pelo menos coexistirá com a cirurgia endócrina, da parede abdominal, espaço retroperitoneal e trauma.

A Cirurgia Geral não será seguramente o caixote do lixo dos limitados, que não acederam a outras especialidades, mas antes uma especialidade exigente onde singrarão apenas os que demonstrarem capacidades acrescidas.

Para o competente desempenho da sua missão, o cirurgião geral terá necessariamente que vir a possuir mais conhecimentos, não só em áreas já clássicas do saber cirúrgico, que todos os dias evoluem, mas também noutras que têm vindo a emergir e com toda a certeza noutras ainda, com que ainda hoje nem sonhamos, mas que seguramente surgirão.

O conhecimento não pára, é dinâmico. A teleme-



dicina, a robotização e o N.O.T.E.S. são desafios que já estão a ser colocados. Mas mais equipamentos seguramente surgirão. Conhecê-los e dominar o seu manuseamento será mandatário, mas requererão ainda mais adestramento e capacidade de adaptação, ou seja, um grande esforço suplementar.

A ecografia e a endoscopia digestiva, são imprescindíveis no dia a dia do cirurgião geral, pelo que deve adquirir capacidade de executar e interpretar os exames destes foros que sejam importantes para a sua actividade diária, quer na vertente do diagnóstico quer na terapêutica. Mas para isso, os cirurgiões vão ter que derrubar barreiras que foram levantadas por sua própria negligência, passividade e até com a conivência de uns tantos dos seus. Não podem mais admitir que outras especialidades olhem para estas técnicas e porventura algumas mais, como suas coutadas exclusivas.

Também outras áreas do saber serão cada vez mais fundamentais. A informática é imprescindível. Ter boa formação na óptica do utilizador é e será cada vez mais imperioso e é o mínimo que hoje já se exige! Fugir dela é negar o progresso! A estatística, a biologia e outras seguramente farão falta. Nos dias que correm, e no futuro ainda mais, o cirurgião terá também que possuir fundamentos em gestão!

Terá ainda que saber ler e falar línguas estrangeiras, com pelo menos o inglês de forma fluente. Tem que ser capaz de aceder sem tibiezas a toda a informação escrita, veiculada em revistas ou na Net e estar à vontade a ouvir e a discutir com pares de outras nacionalidades, em qualquer tipo de acções de formação internacionais. Tem que ser capaz de apresentar em qualquer parte, os resultados do seu trabalho quotidiano e das suas investigações, sob a forma oral ou escrita. Quem não apresenta o que faz, em termos científicos pura e simplesmente não existe!

O tratamento de uma enfermidade será cada vez mais multidisciplinar, pelo que a capacidade para integrar equipas que incluem profissionais de diversas áreas é fundamental. O cirurgião terá que saber respeitar a posição dos outros especialistas, mas sem subalternidades. Terá que ser firme e actuante na defesa das opções técnicas da sua área específica. Nesses fóruns,

terá que ser uma voz respeitada por terceiros. Para isso terá que ser competente.

Todos os cirurgiões gerais terão que ser competentes na generalidade das patologias do foro da cirurgia geral. Uma gastrectomia parcial ou total, uma colectomia direita, esquerda ou total, uma colecistectomia por via aberta ou laparoscópica, uma tiroidectomia e muitas outras técnicas, têm que ser bem feitas por todos. Quem não for capaz de o fazer, deverá equacionar mudar de especialidade para outras menos exigentes.

Não é admissível que num hospital geral, central, distrital ou concelhio, um cirurgião geral de serviço numa urgência, não tenha capacidade para executar com competência, as cirurgias comuns da sua especialidade e que poderá ter que efectuar a qualquer momento. O doente precisa que ele saiba fazê-lo!

O âmbito e limites da especialidade de Cirurgia Geral, estão bem definidos pela Ordem dos Médicos, reconhecidos pelo estado, e não compete a cada um individualmente, estraçalhar a especialidade. A política da supersectorização adoptada por alguns, não tem ajudado a criar mais cirurgiões competentes e por vezes até têm saltado para o domínio público situações bizarras ou caricatas.

Mas não somos fundamentalistas ao ponto de não reconhecer que há na cirurgia geral algumas áreas que necessitam de conhecimentos e experiência próprias, com lentas curvas de aprendizagem até se optimizarem resultados. Advogo que esse tipo de intervenções não sejam realizadas por todos, nem em qualquer hospital, mas sim por grupos e em centros que se dedicaram especialmente a elas. Refiro-me especificamente e apenas, à transplantação hepática e pancreática, às hepatectomias major, às duodenopancreatectomias, à cirurgia do esófago torácico e à cirurgia rectal baixa.

Não é por se dedicar só a uma área da cirurgia geral que um cirurgião incompetente vai deixar de o ser! Primeiro tem que mostrar que é um cirurgião geral competente e numa fase mais avançada da sua carreira, poderá dedicar-se então a um sector, desde que integrado numa instituição com meios técnicos adequados e volume de doentes justificável. A actividade sec-



torizada só deve ser admissível a cirurgiões seniores e para a prática de cirurgia de excelência.

Os internos ao longo de todo o internato, estão ainda em fase de formação global, não devendo pois ser sectorizada. Não é admissível que nesse período enveredem por diferenciações específicas. Podem ir tendo as suas apetências, mas que nessa fase devem refrear e ser refreadas pelos orientadores. Mais tarde, se integrados nos centros e grupos que referi, lá poderão chegar.

MAS COMO VAMOS FORMAR NOVOS CIRURGIÕES GERAIS E O QUE LHEMOS VAMOS INCUTIR?

Em múltiplas áreas do conhecimento, este é baseado em fundamentos teóricos, objectivos, rigorosos, reproduzíveis. Na área da cirurgia, há aspectos meramente teóricos, objectiváveis com rigor e de fácil transmissão, mas são mais comuns noutras áreas médicas como nas chamadas ciências básicas – anatomia, fisiologia, biologia, patologia ou outras. Na área cirúrgica, muito do conhecimento é empírico, fruto de vivências individuais ou colectivas, obtido e transmitido ao longo de gerações e ao qual frequentemente falta evidência científica.

Todos recordamos facilmente notícias que reportam que ontem as sardinhas e o vinho faziam mal e hoje são bons para a saúde! A cirurgia está cheia destes exemplos! Muitos gestos técnicos me foram ensinados como imperiosos/imprescindíveis e o tempo demonstrou desnecessários! Dogmas que foram aceites ao longo de gerações foram abandonados ou no mínimo questionados.

Nem sempre se conseguem fazer estudos prospectivos randomizados que sustentem cientificamente algumas práticas, pois as variáveis em análise e factores que as influenciam são tantos, que os tornam irrealizáveis ou não fidedignos. Estou a referir-me por exemplo a estudos sobre factores alimentares ou o uso de quimioterápicos.

Em diversas áreas é possível encontrar trabalhos com resultados para todos os gostos, sem que necessaria-

mente haja intenção dos investigadores em distorcer o estudo – simplesmente levaram-se em conta diferentes factores, ou as amostras não eram homogêneas, ou a margem de segurança dos testes estatísticos aplicados era diversa.

Atendendo à multiplicidade de formas de apresentação das doenças e das inúmeras variáveis constitucionais do indivíduo, quer em termos físicos mas particularmente psíquicos, é fácil presumir que para obter sucesso terapêutico, são necessárias práticas distintas, adaptadas caso a caso que muitas vezes não se aprendem nos livros. Resultam antes do conhecimento adquirido no acompanhamento quotidiano dos doentes, na sensibilidade individual para assimilar essas pequenas diferenças e de posteriormente as saber utilizar em situações análogas se identificadas.

É pois um saber de experiência feito, que só será aprendido se tiver havido a perspicácia de o identificar como relevante, de o reter e se na fase de aprendizagem o formando acompanhar o seu mestre na vivência prática por tempo suficiente.

No meu entendimento, um Cirurgião Geral para exercer a sua profissão à luz do estado da arte, no futuro como hoje, necessita de possuir vastos conhecimentos teóricos, bom senso, capacidade de execução técnica e espírito de sacrifício.

Os conhecimentos teóricos puros e duros são hoje de fácil acesso, pois em livros, tratados, trabalhos e muito especialmente na Internet está tudo disponível. É preciso é ter o trabalho de os procurar e assimilar. Mas esta tarefa tornar-se-á complexa e improdutiva se não se tiver a noção do caminho a seguir. É pois imperioso saber separar o trigo do joio, pois a informação livresca hoje é tanta, que se torna difícil a quem não a domina, perceber o que é essencial e o que é acessório – um orientador ajuda e muito.

O cirurgião do futuro, tal como o de hoje, tem que ter bem presente que o conhecimento não é estático, mas dinâmico e que todos os dias surgem novos conceitos e que tem como obrigação manter-se actualizado. Não há boa prática fundamentada em conceitos ultrapassados.

Que ninguém tenha dúvidas! O conhecimento teó-



rico é imprescindível para se poder ser um bom profissional. Assimilá-lo dá trabalho, custa dinheiro e mantê-lo actualizado é uma obrigação para toda a vida profissional activa.

Hoje, a liberdade de acção de cada cirurgião tem limites, que se não forem outros, são os da *“legis artis”*, não sendo pois balizados pelo próprio, mas pelos seus pares. Se nalgumas áreas são ténues, outras há onde estão claramente definidos por reuniões conhecidas por *“reuniões de consensus”* e cujas conclusões são difundidas e de fácil acesso. Só não as conhece quem não está interessado. O saber médico é dinâmico. Não é por ter sido ensinado de uma determinada maneira, que ao longo do tempo a prática que o cirurgião aprendeu terá que continuar a ser a adequada. Evoluir segundo o avanço do conhecimento é uma obrigação. A estagnação sob a capa de que - *aprendi assim!* - não é aceitável.

Contudo, o conhecimento teórico não é suficiente!

Não basta saber todos os síndromes e técnicas cirúrgicas, para se ser um bom cirurgião. Há que saber aplicar o conhecimento teórico. Há que saber que não há só doenças em que se efectua a técnica “X” ou “Y” mas que principalmente há doentes com características únicas e aos quais há que adaptar os princípios sabidos. O não ser capaz de identificar estas variáveis, conduz o maior dos sabedores teóricos ao insucesso.

Tal como em tudo na vida, é fundamental ter *BOM SENSO*, um conceito vago, de difícil definição mas que não quer significar mais do que em cada momento sabermos adequar as atitudes para obtermos os melhores resultados. Por exemplo, o cirurgião terá que saber que embora um determinado gesto técnico possa no campo teórico ser correcto para o tratamento de uma enfermidade subjacente, naquele doente, ou apenas naquele momento, poderá não ser a melhor opção.

Há que saber avançar, mas também há que saber parar. Isto é uma característica do indivíduo. Não vem nos livros, tem antes a ver com a personalidade de cada um, mas também se aprende. A vivência ao lado de mestres sensatos faz crescer no indivíduo a sensatez, mas pelo contrário a convivência com atrevidos é perigosa. Tive um mestre a quem ouvi repetir várias vezes:

“é preferível tratar um doente em duas vezes do que matá-lo numa só”. Mas infelizmente também ouvi dizer por alguém sem senso: “o doente morreu, mas tecnicamente foi um sucesso”. O gáudio do cirurgião em circunstância alguma pode ser o desiderato.

A vida do doente e a sua qualidade não podem ser esquecidas. Temos obrigação de prolongar a vida das pessoas com qualidade. Mas se não for possível evitar a evolução da doença para a morte, temos pelo menos de saber dar a melhor qualidade de vida possível. A forma de lidar com estas situações não é fácil para os profissionais, que não só não têm formação teórica suficiente nesta área, a qual vem pouco nos livros, como também no início não estão psicologicamente preparados para lidar tão de perto com tão grande sofrimento alheio. Mas também aqui a vivência/aprendizagem junto de outros mais velhos e sensatos é a melhor forma de aprender.

Mas o BOM SENSO não se esgota em aspectos de aplicação técnica. Relembremos que o indivíduo doente é um ser físico e psíquico complexo, que quando procura ajuda de um profissional de saúde, fá-lo frequentemente em posição psicológica de inferioridade, já que tem medo do que possa ser a sua doença, das alterações que lhe possa acarretar na sua vida, do sofrimento por que possa passar e até de morrer, para não falar do sentir que por vezes tem que expor a sua vida e o seu corpo para níveis que se não fosse o seu sofrimento nunca faria.

O cirurgião tem que saber disso tudo e tem que ter a sensibilidade suficiente para saber transmitir confiança e tranquilidade e isso consegue-se mais com pequenos gestos e atitudes do que com grandes dissertações teóricas ou gestos técnicos. O doente não tem na generalidade das vezes, capacidade para aquilatar da capacidade técnico-científica do profissional, mas rapidamente faz o seu juízo sobre a simpatia, afabilidade e confiança que este lhe transmite.

Também ao cirurgião é exigida postura. É para mim difícil entender a forma descuidada, desde a linguagem ao vestir, de muitos profissionais. Alguns alegam que é um direito que lhes assiste apresentarem-se como entenderem. Mas também é verdade que é um direito



dos doentes encontrar em quem os trata, alguém que lhes transmita confiança em todas as vertentes e como todos sabemos os olhos também comem.

Muitos médicos podem emitir parecer sobre o mesmo doente, podem até prescrever. Mas quando chega a hora de aceitar a intervenção cirúrgica que lhe é proposta, “*para lhe meter a faca*”, o doente vai escolher um e só um cirurgião. Este tem que saber assumir essa responsabilidade e mostrar-se merecedor da confiança em si depositada.

Que ninguém tenha dúvidas! Se o doente, nomeadamente nas instituições públicas, tivesse direito a escolher o seu cirurgião, alguns, seguramente que ficariam na prateleira pois a sua postura, linguagem e falta de sensibilidade para com os doentes é de tal maneira chocante para os padrões sociais tradicionais, que obviamente seriam marginalizados. È inaceitável que se abuse da posição dominante existente na relação com o doente, desrespeitando os seus direitos.

O momento de contacto com seres inferiorizados física e psiquicamente que muitas vezes em situação de angústia nos procuram, não é seguramente o adequado para lhes fazer lavagens cerebrais e de lhes fazer alterar conceitos enraizados, mas antes de respeito pela sua forma de ser e estar.

Ter sensibilidade para se aperceber que os doentes têm diferentes níveis intelectuais e económicos é fundamental. Da forma personalizada como o abordamos, à conversa, tudo tem que ser adequado a cada um. A forma de o interrogar, a forma de lhe explicar a sua doença, que é um direito que lhe assiste, os procedimentos que lhe são propostos e as eventuais consequências têm que ser explicados, de forma adaptada. Não há esquemas estereotipados. Também nesta matéria os orientadores têm papel determinante, pelo exemplo que podem transmitir e ao não estarem apenas atentos a aspectos meramente teóricos.

Choca-me ver cirurgiões dirigirem-se aos seus doentes de uma forma absolutamente impessoal e fria. Tratar o seu doente unicamente por o Sr., não é seguramente a melhor maneira de cultivar uma relação que se quer com empatia e confiança.

Todas as pessoas têm nome. Não pode existir o

cama 23 ou 37. É óbvio que os profissionais não conseguem reter em mente todos os nomes dos seus doentes e muito menos todas as patologias de que padecem e muito menos ainda todas as terapêuticas instituídas. Mas as fichas e processos clínicos existem para alguma coisa. Todo o profissional antes de abordar um doente tem como obrigação rever o seu processo, inteirar-se dos aspectos relevantes da sua história clínica e terapêuticas instituídas, e dirigir-se-lhe pelo seu próprio nome e inquirindo como vai do tratamento “A” ou “B” em vez de lhe perguntar, como já vi – porque é que o mandei cá vir hoje?

Não é esta a forma de cultivar a relação com o doente. Pode este não dizer nada nesse dia, mas acaba por desabafá-lo *à posteriori* com os amigos.

Recordo o ensinamento de um mestre, que no meu 4º ano da Faculdade, 1º do chamado ciclo clínico e a propósito da relação médico doente nos contou uma história da sua vida: um dia um amigo que lhe tinha enviado para o consultório um cliente com uma hérnia inguinal, relatou-lhe a desilusão dele, dizendo-lhe que em desabafo lhe havia dito que só não tinha fugido da sala de operações por vergonha e que só não tinha sido operado ao lado contrário por que não calhara, pois quando já estava deitado na mesa da sala de operações e a ser iniciada a indução anestésica, entrara o cirurgião e lhe perguntara de que lado era a hérnia!

Para o cirurgião ele era mais um entre tantos e naturalmente não conseguia lembrar-se do lado da hérnia de todos os seus doentes e parecia-lhe normal fazer a pergunta na sala de operações. Mas para o doente, aquele era um momento importantíssimo na sua vida e deveria ser o único na cabeça do cirurgião, pelo que este tinha que ter decorado de que lado era a sua hérnia.

Esse mestre ensinou-nos que aprendeu a lição, que reconheceu ao doente o direito a ser o centro das atenções no tempo que lhe está dedicado e que daí para a frente, quando fazia propostas de internamento anotava sempre aí o local da hérnia e antes de abordar o doente ou entrar na sala de operações, ia primeiro ao processo relembrar o lado e só depois se lhe dirigia.



Há 35 anos que aprendi isto com ele e continuo a fazê-lo regularmente. É fácil e o doente acha-se o centro das atenções! Não podemos saber tudo de cabeça, mas temos que saber transmitir confiança e mostrar o nosso empenho e dedicação.

Na mente do doente, a sua consulta, tratamento, cirurgia ou outro acto médico é o mais importante que pode haver naquele momento. Não é pois admissível para ele, que o profissional que o atende não conheça aprofundadamente a sua situação. Mas pior ainda é que passe o tempo que lhe devia estar destinado em exclusivo e pelo qual por vezes esperou ansiosamente dias, meses ou até anos, passe o tempo dizia, a falar com terceiros, sejam eles outros doentes ou outros profissionais e muito menos a falar ao telefone. Isto são normas básicas de boa educação, mas também faz parte das obrigações de quem orienta estar atento a estes aspectos que não são acessórios e principalmente dar um bom exemplo.

É fundamental revitalizar a tão famosa relação médico / doente, que recebeu forte machadada dos políticos com a cumplicidade de alguns profissionais. O sucesso terapêutico é o resultado de vários aspectos e a confiança / empatia entre doente e o seu cirurgião é determinante e resulta do somatório de múltiplos factores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, esta é um bem estar físico e psíquico e se para o tratamento físico estes aspectos podem ser considerados irrelevantes, para o psíquico são muito importantes.

Pelo que venho dizendo, está subentendido que para ser bom cirurgião, não é suficiente ter conhecimentos científicos. Sensibilidade e bom senso são também imprescindíveis.

Estas características têm uma componente inata, mas educam-se e cultivam-se. Quem não lhes der importância, perdeu o desafio e não vai ser um cirurgião competente.

Mas há limites para essa aprendizagem. Casos há, em que os internos de cirurgia manifestamente não conseguem adquirir estas competências. Abordá-los, explicitar-lhes a situação e porventura estimular que se encaminhem para áreas do saber em que a relação com o doente seja mais distante, como sejam por

exemplo áreas laboratoriais, contribuindo seguramente para cirurgias e doentes mais realizados e satisfeitos respectivamente, é uma obrigação.

À entrada para uma formação profissional, o candidato não conhece ainda as realidades com que se vai deparar e não raramente vem-se a constatar que é um verdadeiro peixe fora de água, na área porque optou. Há que ajudar a reencaimá-lo! Isso não significa insucesso mas muito simplesmente bom senso.

Na área da Cirurgia Geral, em que se executam gestos técnicos, desde os mais simples aos mais complexos, obviamente que se impõe um adestramento.

Essa aprendizagem obtém-se assistindo à sua execução pelos mestres e à repetição sucessiva, nalguns casos centenas ou milhares de vezes, quer em treinamento individual, quer em grupo tutorizado.

A capacidade da sua reprodução correcta, é fruto do esforço de aprendizagem de cada um, associado aos seus dotes individuais – Nem todos são Rembrandts, Eusébios ou Schumachers!

Naturalmente que nem todos necessitam de repetir o mesmo número de vezes um determinado gesto, para o executarem na perfeição. Alguns precisam de o fazer mais vezes mas acabam por lá chegar. Mas em áreas eminentemente técnicas, outros vão claramente ficar abaixo dos mínimos exigíveis para o sucesso do procedimento e podem pôr em risco a integridade física do doente. Esses devem ser reorientados!

Há gestos que podem e deve precocemente ser permitida a sua execução pelo aprendiz, pois são de baixo risco e o mestre mesmo em posição de ajudante ou observador consegue com facilidade e segurança, garantir o sucesso da técnica sem riscos para o doente. Mas há outros em que isso não é possível, devendo pois o orientador só permitir ao formando a sua realização, quando estiver seguro que pela experiência e capacidade demonstradas noutras situações equivalentes este estará previsivelmente capaz de o realizar apenas com orientações verbais, sabendo que não há qualquer possibilidade de apoio directo.

Nunca se pode perder de vista, que todo o procedimento técnico se destina ao doente e só em segundo lugar vem a formação e só se não causar prejuízo.



Este ensino de índole prática implica dedicação e paciência por parte de ambos. O interno na sua ânsia de aprender e tudo querer fazer, tem no entanto que entender que nem sempre está preparado para executar todos os gestos e o orientador tem que por um lado deixar fazer ensinando, mas por outro garantir que o procedimento vai ser bem sucedido, respeitando a integridade do doente.

Quem orienta, tem pois que ter a sabedoria de refrear e simultaneamente estimular o seu pupilo – é um desafio stressante para o formador e por vezes apertam as coronárias, o que faz com que alguns não cedam facilmente aos seus discípulos a posição de executante principal, mesmo quando outros monitores já lhes reconheceram clara capacidade para execução do gesto e lho permitiram.

Ser cirurgião geral é uma actividade também fisicamente desgastante. Uma boa forma física é pois importante e imprescindível em múltiplas situações devendo o cirurgião conhecer bem o tipo de esforços a que vai ser submetido, verificar se tem aptidões para eles, o que implica uma cuidada manutenção.

E a parte psíquica? Os cirurgiões cuidam/tratam doentes com doenças terríveis que afectam psicologicamente os seus tratadores, que acabam por se envolver psicologicamente, não conseguindo libertar-se dessas vivências, que acabam por transportar para o seu mundo familiar com frequentes prejuízos.

Há que possuir conhecimentos de psicologia para melhor lidar com situações dramáticas e apoiar os mais novos ainda mais de perto nessas situações, evitando sempre que possível que sofram directamente os grandes impactos. Há que saber resguardá-los e deixá-los progressivamente ir formando uma couraça que sem os impedernir e retirar sensibilidade para a desgraça alheia, lhes permita ir ganhando traquejo no contacto com essas situações e relativizá-las – o primeiro doente que nos morre é um drama interior!

Será que fizemos tudo? E tudo bem feito? Que responsabilidade teremos. Como vamos lidar com a família? Aqui, a presença próxima dum cirurgião mais velho, ajuda psicologicamente e a sua postura e experiência são enorme fonte de ensino.

Mas aos cirurgiões gerais tal como a todos os médicos exige-se ainda mais. Devem reger-se por princípios éticos bem estabelecidos, mas que frequentemente são atropelados.

Durante anos ou séculos, ser cirurgião era um verdadeiro sacerdócio e a questão económica não era primordial. O profissional desempenhava um acto e era pago por isso. Hoje os tempos mudaram e em minha opinião não foi para melhor. Hoje porque este acto dá esta ou aquela recompensa pecuniária procura-se fazê-lo! Há um conceito de lucro, de trabalho à peça, que inquina o processo e particularmente a relação médico/doente.

Compete aos mais velhos dar o exemplo, dando testemunho de verticalidade inquestionável e esforçarem-se de forma bem explícita e exigente por transmitir princípios éticos. Os doentes, e os nossos pares devem ser tratados de forma eticamente irrepreensível.

Desde o primeiro dia que para mim ser cirurgião foi um desafio, que ao longo dos anos foi ganhando contornos diferentes, por isso sempre um desafio dinâmico.

Ser cirurgião geral é algo muito complexo, multifacetado e ninguém pode arvorar-se de ser perfeito e dono do saber absoluto. Por vezes várias formas de actuar com eficácia são possíveis. Mas há sempre denominadores comuns – empenhamento e verticalidade.

Ser cirurgião geral é um grande desafio, mas é também muito gratificante!

Por último um conselho: desconfiem dos cirurgiões que não apresentam complicações. Ou não operam ou são mentirosos!

JORGE MACIEL

jmacielbarbosa@netcabo.pt

Director do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho E.P.E.

Professor Titular de Cirurgia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

