



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 10 • Setembro 2009

Página da S.P.C.

Paulo Costa

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Repensar os costumes para os nossos tempos

No início do século XX, dois Autores, Halsted e Flexner, quase em simultâneo, publicaram os artigos seminais do que veio a ser o modelo da formação e carreira cirúrgicas nos Estados Unidos e em hospitais de quase todo o mundo, reflectindo ambos uma forte influência das suas experiências Europeias.

Halsted, muito influenciado pela sua estadia na Alemanha, propunha uma aprendizagem baseada na prática repetida com doentes, apoiada pela presença tutorial do cirurgião chefe. Era o “*learn by doing*” na melhor perspectiva comportamentalista da época. O ensino e treino da cirurgia, para “*the best men, those who aspire to higher career in surgery*”,¹ inspirou a tradição cirúrgica que ainda hoje constitui, em nosso entender, o formato indispensável para a autonomização dos internos na fase de passagem para cirurgiões. Como nos ensinou Celestino da Costa, “a experiência cirúrgica só os mestres e a prática a podem dar, aliados naturalmente às qualidades pessoais de quem aprende”, e foi na relação mestre-aprendiz que se estabeleceu a aprendizagem da ciência, da arte e da técnica da cirurgia, de forma nem sempre estruturada mas eficaz – garantir a proficiência do aprendiz foi um exercício que responsabilizou e encheu de glória, ou não, os mestres cirurgiões que a história regista.

A Flexner, descendente de alemães, é atribuída a tríplice estrutura de desenvolvimento dos cirurgiões, universitários e não só: assistência, investigação e ensino², mas Halsted também defendeu este mesmo conceito. Aceites pela generalidade das comunidades cirúrgicas, estes princípios serviram de modelo que, por período mais ou menos longo e de modo mais ou menos explícito, orientou o desenvolvimento das pesquisas na busca da solução para os problemas por eles suscitados – foi, por definição, o paradigma da educação e carreiras cirúrgicas.

A “descoberta” de o “erro ser humano” e perpassar a actividade médica, com consequências que os profissionais e a sociedade pretendem afastar da sua realidade conjuntural, tem trazido a reflexão e o debate sobre a prática médica e as envolventes que a condicionam.

¹ WS HALSTED. “*The training of the surgeon*”. Bulletin of the Johns Hopkins Hosp.XV (162):267-275, 1904.

² A FLEXNER. “*Medical Education in the United States and Canada (The Flexner Report)*”. Carnegie Foundation Bulletin Number Four (1910).



A aprendizagem tradicional da cirurgia foi naturalmente posta em causa: o acesso ao “treino” com doentes é cada vez mais questionado, as pressões vindas dos doentes, das administrações e dos conselhos de ética pretendem atirar para o fim dos internatos a prática de actos cirúrgicos, ainda que tutelados; as teorias educacionais sobre ensino-aprendizagem de adultos evoluíram no sentido de dar maior importância aos aspectos cognitivistas e construtivistas da aprendizagem; as cargas horárias admitidas nos internatos foram legalmente reduzidas; a avaliação baseada na relação tutor/interno (que nem sempre é de mestre-aprendiz, por condicionalismos raramente assacáveis a qualquer das partes deste complexo interactivo) foi substituída por avaliações de outro tipo, geralmente pouco objectivas, com metodologia não validada e com a garantia facial de ser inapropriada para testar a capacidade cirúrgica, feitas por examinadores sem formação específica, portanto, garantindo uma acuidade e fiabilidade reduzidas.

A estrutura de diferenciação e responsabilização progressiva, que entre nós se chamou de “carreiras médicas” esteve em risco de acabar. Para já, mudaram os nomes dos graus e lugares, ficará para as “grelhas” a perpetuação de um sistema de progressão pretensamente universal, que não distingue as necessidades e interesses de um hospital universitário e de um com actividade predominantemente assistencial. Ou alguém terá a coragem e o discernimento de confiar a cada instituição a selecção dos seus quadros? Este sistema parece só ser insensato e impraticável no nosso meio! A ponderação das actividades assistencial, docente e de investigação deverá ser transversal para todos os tipos de hospitais e de concursos? Quando se formulam perguntas óbvias, como esta, não se esperam respostas.

Os conceitos de governabilidade clínica e de “accountability”, de divulgação recente e em boa medida procurando responder á necessidade de construir um sistema de saúde mais seguro, trouxeram, para esta discussão, formulações com suporte matemático a que não podemos ficar insensíveis. As análises de ponderação do risco e da performance (individual e de grupo) trazem em si o germen da necessidade de repensar a actividade cirúrgica como um todo integrado de todas as vertentes Flexnerianas.

Actualmente, por tudo e por quase nada, somos confrontados com a “necessidade de mudar de paradigma”. As mais das vezes nem sequer se vislumbra um paradigma, apenas está em causa uma rotina que não satisfaz um qualquer capricho ou virtude esperável, e que por isso importa alterar para nos apaziguar o espírito ou para permitir pôr fim a um longo, cansativo e desinteressante confronto de ideais.

A propósito da formação e das carreiras, as mudanças de paradigma evocadas têm sido incontáveis, e provavelmente, face a esta “instabilidade paradigmática”, se Thomas Kuhn³ a pudesse observar, seria levado a exclamar como Cícero: “*o tempora! o mores!*”⁴. A substituição de um paradigma não se faz por decreto ou inspiração momentânea. É necessário percorrer o longo caminho dos sucessos e falhanços do modelo, analisar as lacunas

³ TS KUHN. “Reconsiderações acerca dos paradigmas” in *A tensão essencial*: 353-83 Edições 70, 1977.

⁴ CATILINÁRIA I, 1 – “Que tempos! Que Costumes!”



intrínsecas do sistema, recolher a informação para compreender a desadequação à realidade actual, nas componentes atribuíveis ao modelo e nas resultantes das modificações do meio para que foi concebido, que tendencialmente se pode ter alterado ao longo do tempo. Façamos este percurso como o “eixo da roda que acompanha a roda mas não anda” (Adriano Moreira)⁵, porque sendo estável no percurso, melhor se pode compreender as mudanças do terreno.

Conceptualmente, o que se exige do desenvolvimento de um cirurgião afasta-se da “*accountability*” assistencial (?), da responsabilidade de educar os futuros cirurgiões (missão que começa na pré-graduação) (?) e da obrigatoriedade de contribuir para desenvolvimento da ciência cirúrgica (se a investigação fundamental e de translação pressupõe meios cada vez mais sofisticados, a investigação clínica constitui um exercício moralmente exigível a todos os que têm acesso a tratar doentes)? No essencial parece-nos que não e o modelo do exercício cirúrgico continua aplicável. Se o que mudou foi apenas o padrão de comparação de resultados, mas não a sua essência qualitativa, então há que analisar a formação dos cirurgiões e adaptá-la às exigências e condicionantes da actualidade. À guisa de exemplo faremos breve nota a alguns dos capítulos da formação de cirurgiões que neste contexto devemos visitar.

A substituição da relação mestre-aprendiz pela de tutor/interno. Steiner⁶, na sua análise do “complexo Mestre/ discípulo” considera-o como “uma realidade da vida entre as gerações, própria de todo o tipo de instrução e transmissão”, dando-nos um abrangente panorama histórico das lições a extrair de vivências do modelo.

Formei-me segundo o modelo Halstediano. Quando decidi ser cirurgião geral, escolhi o Serviço do Prof. Celestino da Costa para fazer o internato. Entusiasmado com o carisma do Prof. Veiga Fernandes pedi-lhe para me ensinar a ser cirurgião. Lembro-me como se fosse hoje de me ter dito: “Daqui a dez anos vai ser cirurgião”. Cumpriu-se. Nesse tempo fiz a minha formação, fui admitido ao Colégio da Especialidade nas exigentes provas públicas de então, fui Chefe de Equipa de Banco e obtive o Grau de Doutor.

Será que a maioria dos actuais Tutores está em condições de fazer um contrato semelhante com os seus Internos? Na maioria dos casos nem os Tutores nem os Internos interferem activamente na sua escolha mútua. Durante muitos anos vieram para a especialidade de cirurgia muitos médicos que não conseguiram “entrar para o que queriam”. A responsabilidade de garantir a experiência e conhecimento do aprendiz, passou do entendimento e responsabilidade do Mestre, para uma listagem de actos operatórios com mínimos a cumprir (como os números estão geralmente desfasados da realidade dos serviços, fica-se assim desresponsabilizado). A super-especialização afasta os internos dos Tutores, pois têm que passar por mais equipas para adquirir uma visão (com sorte uma prática) mais alargada, a todos os títulos desejável, se a integração nessas equipas for eficazmente preparada.

⁵ ADRIANO MOREIRA “O eixo da roda” in “Tempo de Vésperas” : 13-15. Ed Soc Expansão Cultural, Lisboa 1972.

⁶ G STEINER. “As lições dos Mestres”. Tradução Ed. Gradiva, 2005.



A ética, a pressão da produtividade e da “accountability” e a conceptualização do ensino e da aprendizagem levam-nos a repensar o modelo anteriormente proposto para o treino dos cirurgiões. Se não é viável ter o melhor e mais experiente cirurgião, do melhor hospital, para tratar cada doente, é compreensível que as sociedades cirúrgicas e as tutelas procurem formatos de treino psicomotor que permitam ultrapassar as dificuldades iniciais da preparação cirúrgica. A ideia mais imediata, para permitir aprender e treinar a execução cirúrgica, parecia ser o recurso à cirurgia experimental. Muitos de nós sabemos como, em condições especiais, nos foi proveitoso passar pelo laboratório. Mas hoje é tempo de “*reduce, refine and replace*” a actividade cirúrgica com animais, restringindo-a a situações pontuais.

A tendência actual é para fazer desenvolver a simulação, assistida por computadores, para um patamar de aproximação com a realidade que permita a aprendizagem e o treino segundo modelos educacionais adequados à taxonomia de objectivos da prática cirúrgica (*knowledge, skills and attitudes*). Se fazer é pensar, então o treino deve conduzir a aprendizagem para transformar a experiência em conhecimento, passando pela reflexão-conceptualização e experimentação activa (construtivismo). Neste contexto, o desenvolvimento de sofisticados manequins e a realidade virtual podem ser instrumentais no futuro treino dos cirurgiões. Roger Kneebone, no *Imperial College of London*, tem desenvolvido, com sucesso, modelos de simulação de bloco operatório, em que até o stress do formando não é subestimado, para o levar a praticar em condições aproximadas das que vai enfrentar na sua prática real. O treino em simulação da laparoscopia, pelas muitas semelhanças tecnológicas com a simulação na aviação civil, é hoje em dia um campo promissor de desenvolvimento que deve ser incorporado na formação dos nossos internos.

Se os cirurgiões devem participar activamente no jogo da ciência, então os internos devem ser expostos, em fases precoces da sua formação, à vivência e às regras do jogo (estágios parcelares obrigatórios? ou pelo menos curricularmente aceites?). O recente aparecimento dos programas doutorais para internos, acompanhados de legislação moderna e adequada, acendem uma luz de esperança nesse caminho.

Se pretendermos que os melhores disputem a grande carreira da cirurgia, chegou o tempo da nossa Sociedade e outras organizações da classe, as Faculdades e as Tutelas repensarem a formação cirúrgica com a profundidade e a premência justas.

