

Revista Portuguesa
de
cirurgia

II Série • N.º 0 • Março 2007



Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Pós-graduação em Cirurgia

Manuel Cardoso de Oliveira

Prof. Universitário – Faculdade de Medicina do Porto
Director do Departamento de Cirurgia do Hospital de S. João

A educação médica continua a ser um processo global sem descontinuidade estando, cada vez mais, esbatidas as fronteiras entre as suas diversas componentes. Quer na perspectiva universitária, quer na assistencial, há acções formativas que continuam de costas voltadas, criando dificuldades e desperdícios. Por razões de racionalização de custos e de recursos humanos é de prever que haja uma aproximação entre aquelas duas carreiras (universitária e hospitalar), sendo desejável que nos hospitais com ensino a fusão seja total, abrindo horizontes de esperança aos mais novos. Falar das conseqüências de Bolonha parece-nos deslocado num documento especialmente ligado à formação dos cirurgiões e à sua actualização permanente ao longo da carreira. No entanto as sinergias entre a educação e a saúde são indiscutíveis e terão efeito catalizador de outras mudanças, como está demonstrado em vários países. Por isso a pós-graduação necessita de ser rapidamente profissionalizada em todas as suas vertentes. E tanto assim é que o ministério da saúde tem prevista legislação que facilite aos internos a sua inserção em programas de doutoramento, interligação em que todos beneficiam: as bases científicas da medicina vêem o serviço à comunidade mais explicitamente, os serviços clínicos não se afastam da formação científica que os ajuda a valorizar o rigor e a qualidade. Espera-se que o papel *pivot* dos hospitais com ensino e das estruturas de saúde que lhes estão próximas seja desse modo plenamente assumido para que, de uma vez por todas, cada qual faça aquilo que lhe compete. Desper-

diçar mais uma oportunidade não é inteligente. Neste ambiente de mudanças inadiáveis, que criam ansiedades e conflitualidades, é preciso colocar os problemas no plano da sua resolução. Aliás estas épocas não são apenas de desgaste e frustração, pois iluminam caminhos que irão permitir que o futuro seja mais promissor.

O tema é vasto e tem tanto de flagrante actualidade como de evidente susceptibilidade. Reconhecendo alguma volatilização de alguns conceitos há que aceitar, sem perigos de ostentação, que a experiência de grupos de trabalho que criámos ao longo dos anos nos traz uma mais valia que não devemos secundarizar. Por isso, mais do que enunciados e objectivos programáticos deve destacar-se o que se foi fazendo, consagrando assim a importância do ser, mais do que a do parecer. É conhecido que o homem se modernizou, não como resultado de dotes biológicos superiores mas como resposta ao desafio de situações especialmente difíceis, que o obrigaram a esforços sem precedentes. Este pensamento aplica-se à pós-graduação, pois encontramos numa fase de completa desadequação do ensino, treino e prática da especialidade que cultivamos.

Ninguém deve ignorar influências que têm grande impacto nas nossas actividades: os avanços rápidos e impressionantes na ciência e na tecnologia, as pressões brutais para sermos competitivos, a evidente necessidade de um desenvolvimento contínuo, a natureza diferente dos doentes que temos de tratar, a insuficiência de instalações e equipamentos, uma progres-



siva deterioração da relação médico-doente e uma natureza diferente do circuito e internamento dos nossos doentes. Estas repercussões inevitáveis no mundo da formação em cirurgia levaram a considerar (talvez com algum exagero) que há um novo paradigma em que as aptidões substituem o conhecimento como objectivo primário da educação [1]. Ficam assim ameaçadas tradições com muitos séculos, o que exige de nós uma grande abertura de espírito. Realmente no binómio ensino/aprendizagem é hoje absolutamente aconselhável que se dê mais ênfase a esta última e na contextualização do conhecimento privilegia-se o holístico em vez do reducionista, dando-se maior importância aos contextos do que às pessoas, sendo importante trabalhar em grupo, com o maior grau de evidência que for possível e com um pensamento divergente e não convergente. É ainda necessário dar prioridade a uma filosofia reflexiva, mais do que a postulados rígidos¹. Como se vê, esta rotura com as tais tradições rígidas e ultrapassadas está a acontecer a um ritmo vertiginoso. Ignorar esta realidade é pouco pertinente e nada natural, tentar ridiculizá-la é uma lástima.

Não é possível falar da formação em cirurgia geral sem falar da relação desta com as especialidades cirúrgicas. E também aqui há novidades. Vão longe os tempos em que para se ser cirurgião plástico, vascular ou cardio-torácico (para citar exemplos mais frisantes), tinha antes de se obter o título de cirurgião geral. Apesar de nesta matéria haver ainda muitas assimetrias, sobretudo nos países mais desenvolvidos, diremos que a fase dita do tronco comum está cada vez mais encurtada e alguns centros de cirurgia cardio-torácica já reivindicam para si a fase correspondente ao ensino e treino dos princípios gerais da cirurgia. Continuando-se a defender que a cirurgia geral é fundamental para a formação nos cuidados gerais da cirurgia, há que reconhecer que esta orientação está a ser posta em causa, sendo portanto aconselhável estar atento mas empenharmo-nos também noutros tipos de defesa da importância da nossa especialidade. Julgo, porém, que em Portugal ainda teremos por mais alguns anos esta honrosa incumbência de contribuir para a formação

mais consistente de jovens candidatos às especialidades cirúrgicas.

Têm sido apontados [2] alguns princípios que apoiam uma nova estrutura de formação: um período básico de treino; a possibilidade de haver um espaço dedicado à investigação, não apenas nas ciências básicas mas também nas ciências sociais e outros campos; avanço para um modelo de treino específico que defina centros de interesse em fases precoces do período formativo; desenvolvimento da cirurgia geral, contemplando algumas forças de especialização. Continuamos a aguardar a possibilidade de que pelo menos algumas destas linhas de força possam ser globalmente contempladas entre nós. No que respeita à investigação, vale a pena lembrar: “*The surgical investigator is a bridge tender, channeling knowledge from biological science to the patient’s bedside and back again. He traces his origins from both ends of the bridge, he is thus a bastard, and is called this by everybody. Those at one end of the bridge say he is not a good scientist, and those at the other say he does not spend enough time in the operating room. If only he is willing with this abuse, he can continue to do his job effectively.*” [3]

Alguns centros norte-americanos estão a ensaiar desde 2004 um novo tipo de programa que intitularam “Joint General Surgery and Thoracic Surgery Program” que será um projecto de especialização precoce em que nos primeiros anos os internos já passam algum tempo na especialização de cirurgia torácica, reduzindo assim o período de treino em cirurgia geral.

No que se refere ao treino desta, também outras novidades se vão registando: as exigências de preparação em laparoscopia básica e avançada, bem como em endoscopia e outras tecnologias justificariam acrescentar mais um ano ao tempo global do treino, segundo alguns centros europeus e norte-americanos. Actualmente não é possível haver treino em cirurgia sem a frequência de um laboratório de gestos e um centro de simulação devidamente equipados.

Há áreas comuns a múltiplas especialidades cirúrgicas em que o tipo de relacionamento é diverso consoante os hospitais em causa e até variável de país para país. A saber: transplantes, oncologia, cuidados inten-



sivos e anestesia, nutrição, bioengenharia, bioinformática e epidemiologia, radiologia de intervenção, gastroenterologia, anatomia patológica, radioterapia, genética e nanotecnologias. Perante o volume e a complexidade destas inovações e correspondentes exigências é óbvio que há implicações educacionais e o ideal seria que os cirurgiões cada vez mais falassem a uma só voz. Reconhecendo-se esta dificuldade dê-se, pelo menos, voz aos mais empenhados e aos mais competentes. Normalmente são os mesmos.

A técnica deixa de ser a parte e o conjunto de artefactos para se tornar o nosso habitat, a nossa envoltura e o complemento indispensável; longe de ser neutra, apresenta uma lógica própria, sendo-lhe imanente um impulso totalitário; a técnica é decerto um destino. Por isso, reconhecendo que o impacto da tecnologia acarreta mudança que traz conflitos, e que estes levam à ansiedade, toda a atenção será pouca para lidarmos bem com estas inovações [4]. Sabe-se, de resto, que os complexos industriais mais incendeiam estas ansiedades promovendo a tecnologia ora com excessos ora com descobertas não devidamente provadas. E se é verdade que a tecnologia nos ajuda a formar melhores cirurgiões, torna-se indispensável cumprir as normas éticas que devem orientar as nossas práticas.

O domínio das tecnologias de informação e o recurso aos computadores representam uma tremenda oportunidade para criar novas ferramentas para o treino dos cirurgiões e o planeamento dos actos cirúrgicos. Com a biotecnologia e os seus avanços, aquelas disponibilidades irão revolucionar a medicina do século XXI. Aí se insere a realidade virtual com todas as suas potencialidades. Porém devem ser as considerações educacionais, e não os avanços tecnológicos, a orientar o uso da simulação na educação em cirurgia.

Julgo agora oportuno referir quais as competências que devem ser privilegiadas nos programas de treino e nos de certificação e recertificação. A instituição norte-americana “Accreditation Council of Graduate Medical Education” (ACGME) defende como competências gerais: *patient care, medical knowledge, professionalism, interpersonal and communication skills, practice-based learning and improvement, and systems-based prac-*

tice. Em artigos anteriores desenvolvemos estes conceitos, pelo que nos dispensamos de o fazer novamente [5]. De qualquer modo, será oportuno lembrar que entre nós se regista falta de organização nos programas educativos, não sendo ousado afirmar que muitas instituições que recebem internos não reúnem as condições mínimas para o desempenho dessas funções. A este propósito deve referir-se que nos EUA os directores de programas de internato são cirurgiões que desenvolveram aptidões muito relevantes na área da formação em cirurgia e que os requisitos para que as suas instituições sejam acreditadas são de enorme exigência. O director de programas tem tarefas explícitas e implícitas, tem de ser um cirurgião com qualidades humanas comprovadas, deve estar preparado para lidar com os mais variados problemas inerentes ao seu trabalho e não pode pensar em considerar-se o único e o mais importante agente do treino dos mais jovens. Pelo contrário, ele é o coordenador e o líder, esperando que nas respectivas unidades funcionais cada um faça o seu trabalho ao mais alto nível. Estamos efectivamente muito longe de excessivos protagonismos individuais que nos nossos dias estão completamente ultrapassados, por razões bem compreensíveis. Efectivamente a cirurgia geral está a crescer continuamente em sofisticação e tecnologia e tornou-se definida em subespecialidades [6]. E, se assim é, a estrutura do internato também tem de alterar-se. Aquele autor defende que a cirurgia geral deve continuar a ser usada como uma efectiva aposta coordenadora da pré-graduação e a sua prática é tão heterogénea que se levantam dúvidas sobre se os internos podem adquirir a experiência necessária para conseguir competências globais na prática da cirurgia geral. Ora nós sabemos que os nossos internos complementares, quando terminam o seu internato e são aprovados no exame final, são apenas competentes para se inserirem em projectos de educação médica contínua, onde mantêm a necessidade de ser tutorizados. E se dúvidas houvesse da justeza destes conceitos demos voz a vários qualificados cirurgiões cujos depoimentos estão acima de qualquer suspeita. “*The broadly trained and relatively versatile surgeon which the certificate purports to identify is a fiction*” e



ainda: *“The basic certificate has minimal currency today and its most appropriate fate is to be cannibalized”* [7,8,9]. Em apoio destes pontos de vista destaca-se que o que é necessário é produzir um cirurgião educado e exposto a todas as áreas essenciais da cirurgia geral com a amplitude e a profundidade possíveis e que possa ser especialmente competente nalguma, acrescentando que deve ser um indivíduo razoavelmente indiferenciado e relativamente versátil [10]. Outros dizem: *...“the existence of the general surgeon who did a wide range of procedures in the past is quickly being replaced by a drive towards specialization within the field in areas such as breast or colorectal surgery”* [11]. O que se afirma para estas áreas podia aplicar-se para já à cirurgia hepato-bilio-pancreática e à esófago-gástrica e no futuro a algumas outras. No nosso entendimento nada impede que os jovens cirurgiões possam adquirir aptidões especiais em mais do que uma área, até se fixarem ulteriormente numa delas. E em reforço do exposto, escutemos mais uma vez o já referido cirurgião norte-americano [10]: *“No one is so naive as to think that these actions will obviate all the tensions that exist between generalists and specialists and the reason is that those tensions are inherent to progress”*. E mais adiante: *“specialization is the natural and inevitable offshoot of accumulated new knowledge and advances in technology; as a result, specialization is not only inevitable, but also eminently desirable and supportable”*. Sabendo-se da absoluta incapacidade das instituições em preparar os seus internos para serem competentes em todas as áreas da cirurgia geral, temos de ser inovadores, tanto mais que o volume de doentes para operar tende a diminuir. E ainda neste complicado mas estimulante momento da nossa especialidade, prevendo o futuro, há quem aconselhe e defenda que as áreas que estão a exigir competências adicionais, e que no futuro poderão mesmo ser donas dos seus destinos, devem-no fazer *“within a commonwealth system of governance”* [10]. Assim sendo poderemos ficar indiferentes à falta de laboratórios de treino e de outras condições que nos permitam mudar substancialmente a formação dos cirurgiões? Poderemos manter estruturas em que o individualismo dos que detêm o poder dita a sorte dos programas de for-

mação? E, na assistência aos nossos doentes, não teremos de nos rodear de todas as oportunidades de modo a proporcionar-lhes uma assistência de melhor qualidade? As respostas a estas questões inquietantes não podem ser nem equívocas nem evasivas. Há aqui um discurso que passa por lideranças fortes e legítimas. Mas cada um só pode dar o que tem de experiência acumulada no respeito pelos doentes, pelos colaboradores, pelos alunos, e até por si próprio.

No serviço que dirigimos temos generalistas da cirurgia geral e cirurgiões com aptidões especiais nalgumas áreas, sabendo-se que a maioria dos cirurgiões fazem cirurgia de urgência, do trauma e ambulatória, e os mais velhos espera-se que tenham adquirido em tempo certo a condição de generalistas da cirurgia geral. Uma vez mais, defendemos que as nossas maiores preocupações estão dirigidas aos doentes sem perder de vista a necessidade de treinar o melhor possível os internos e os jovens cirurgiões. E o treino destes será mais qualificado se aprenderem, em áreas específicas, com aqueles que nelas adquiriram especial competência.

Aproveitando uma experiência testada desde 1990, temos conseguido avaliar as nossas práticas com auditorias internas e reuniões de morbilidade e mortalidade, além de outras. Tal orientação tem sido fundamental pois deste modo detectamos práticas menos convenientes e resultados diversos de acordo com a experiência dos cirurgiões. É de resto evidente o benefício da investigação clínica e da preparação pedagógica dos nossos colaboradores para que a qualidade das suas intervenções seja melhor. Defenderam-se 12 teses de mestrado e 3 de doutoramento (estou a referir-me ao antigo serviço de Cirurgia B) e esperamos concluir em devido tempo 3 teses de doutoramento e 5 de mestrado. Em fase de arranque estão outras teses de mestrado e doutoramento e esta dinâmica parece ter contagiado positivamente alguns dos novos colaboradores. Face à importância da investigação, lembra-se que o director do serviço/departamento, para ter sucesso, tem de estar completamente comprometido com este objectivo. A criação e a manutenção de um ambiente de sabedoria é um ingrediente necessário para alcançar



o sucesso. A selecção estratégica dos tópicos a investigar é fundamental para que haja apoio e recursos humanos doutros sectores. Se assim for os cirurgiões continuarão a contribuir para a criação de novos conhecimentos através da investigação básica, translacional e clínica.

As crescentes exigências hospitalares, em termos de gestão e de liderança, bem como o economicismo desenfreado com que se defrontam, tornam os cirurgiões pessoas cada vez mais ocupadas. Mesmo assim, apesar da falta de incentivo, muitos centros universitários lutam para atingirem o nível de excelência nos seus desempenhos. *“Many academic medical centers and hospitals place high value on the “boutique” surgeon, who is capable of attracting patients from far distance who want an ultraspecialized service niche”* [12]. Esta tem sido a tónica do diálogo que mantenho com os meus colaboradores. Ajustando as nossas práticas para o que de melhor se vai fazendo nos grandes centros, nós teremos unidades exemplares que praticam assistência, docência e investigação ao mais alto nível. E a verdade é que a quase totalidade das unidades funcionais do serviço se constituíram como referências ao nível nacional e os doentes procuram-nas de modo cada vez mais evidente. E não faltam trabalhos de investigação e de grupos multidisciplinares onde nos apresentamos com as credenciais de cirurgiões bem formados. É que se corre o perigo de os cirurgiões serem empurrados para o papel de cirurgiões técnicos, cada vez menos implicados na responsabilidade das decisões em cuidados assistenciais. Também, por isso, necessitamos de trabalhos em espírito de equipa, cientes de que se abriram muitas oportunidades para cirurgiões bem dotados cujas potencialidades estavam manifestamente adormecidas. E, como andamos atentos ao que vai pelo mundo, estamos muito empenhados em melhorar os nossos índices de rentabilidade, não esquecendo que o controlo de qualidade foi eleito pelo American College of Surgery como a fronteira da cirurgia para o século XXI. Criámos, por isso, um grupo de trabalho constituído por 2 jovens professores e 2 jovens especialistas que estão encarregados de elaborar propostas concretas a apresentar superiormente. Temos tido luz

verde das autoridades hospitalares e estão estabelecidos contactos internacionais ao mais alto nível, esperando-se que a escassez de meios materiais não seja obstáculo para os nossos objectivos.

E, em reforço da inevitabilidade de equipas multidisciplinares e da necessidade de um tipo diferente de treino, socorramo-nos de outra opinião: *“The move from a discipline oriented to a disease oriented practice caused the blurring of traditional boundaries with multiple medical specialities treating a single disease. To survive in this new environment, a surgeon had to master a number of new skills, which required a different kind of training”* [2]. E este autor, chamando a atenção para a necessidade de melhorar a qualidade da assistência, põe ênfase no profissionalismo, na capacidade de comunicação, no aproveitamento dos recursos disponíveis, e ainda na tecnologia de simulação. É também verdade que actualmente os cirurgiões se tornaram *“team players”* de equipas multidisciplinares.

Para os próximos 20 anos não é fácil prever com precisão o que vai acontecer em termos de doenças com implicações cirúrgicas, mas há tendências que estão bem definidas: progressão para cirurgias mini-invasivas, aumento da cooperação interdisciplinar, avanços nas técnicas imagiológicas, elevado grau de flexibilidade na integração das tecnologias, hospitalizações mais curtas, diagnósticos mais precoces e o incremento da cirurgia profiláctica. Em boa verdade podemos dizer que o século XX foi verdadeiramente o tempo dos cirurgiões, enquanto o século XXI será o tempo da cooperação multidisciplinar.

Insiste-se, no que respeita ao treino em cirurgia, que se alguma coisa é indiscutível é efectivamente a necessidade de profundas alterações. Os serviços/departamentos não podem ser coutadas a favor dos interesses de pequenos grupos ou de lideranças inapropriadas. Diria que é necessário mudar práticas ancestrais em que o director ou o regente da cadeira tudo sabia e só ele ensinava. Felizmente que nalguns desses serviços há uns anos atrás havia homens que pela sua cultura médica e experiência técnica puderam organizar equipas, algumas das quais resistiram à erosão dos tempos. Mas esse tempo passou e as já referidas reuniões de



mortalidade e morbidade bem como as auditorias têm sido instrumentos (para quem as utiliza) de grande importância programática. Essas reuniões são verdadeiramente modelares pois obrigam-nos à reflexão e dão lições de humildade que infelizmente nem todos aproveitam.

Torna-se muito importante que os sistemas de avaliação testem a qualidade dos programas de treino e identifiquem as suas deficiências. Entre nós fala-se na necessidade de avaliação e poucos a praticam, aponta-se a importância da investigação e só alguns a fazem. É o tal predomínio do parecer sobre o ser de que falámos inicialmente. Outros [13] apontam para a necessidade de estudos prospectivos e randomizados com a devida ocultação (preferencialmente em múltiplos centros e com protocolos semelhantes). Segundo eles os *outcomes* precisam de ser validados e os modelos de simulação, em particular, devem ser testados por simulação em computadores. Estes estudos têm-se limitado a aptidões técnicas mas outras aptidões (as cognitivas e as comunicacionais) são parte integrante da *performance* em cirurgia.

Na área de pós-graduação cabem ainda os cursos livres e outras acções de educação médica contínua. Como se sabe, proliferam em Portugal muitas destas iniciativas, nem todas infelizmente com a qualidade e os requisitos mínimos que deviam ter. Realmente nós vivemos actualmente um mundo muito diferente do de há décadas atrás. Quem quiser assumir protagonismo na realização de cursos pós-graduados deve ter uma contribuição institucional e pessoal muito forte e inovadora não só no domínio técnico, como no científico e no da investigação. Estamos actualmente muito próximos de ter alunos de doutoramento, registando-se com agrado ser essa uma preocupação do ministério da saúde, enquanto facilitador, e das faculdades, enquanto instituições coordenadoras desses alunos. No chamado ciclo clínico das faculdades poucos serão os serviços autónomos e capazes de assumirem totalmente esses compromissos, pelo que sugerimos parcerias com as bases científicas da Medicina. No nosso caso, continuamos a dar sequência a um trabalho iniciado há mais de 30 anos.

Precisamos de pessoas que tenham a capacidade e a audácia de promover o pensamento personalizado. Vivemos hoje um momento em que necessitamos de romper com tradições antigas sem qualquer sentido. Há pessoas que acreditam ou fazem acreditar em sucessos que apregoam mas que não resistem à análise serena e séria dos controles indispensáveis. Como se disse, há um predomínio do holístico sobre o individual e a constituição de grupos multidisciplinares fortes e muito competentes é hoje um objectivo fundamental dos hospitais de fim de linha.

A acreditação dos nossos hospitais em termos de qualidade e gestão do risco clínico, bem como a certificação e a recertificação dos cirurgiões, são questões interligadas que só poderão ser devidamente contempladas num contexto de profunda transformação no modo como alguns serviços ainda estão estruturados. Aqui se insere a questão dos hospitais e dos cirurgiões com maior volume de cirurgia, estando demonstrado que uns e outros têm melhores índices de rentabilidade em todas as suas vertentes [14,15,16]. Efectivamente a mortalidade operatória, a duração do internamento, os custos e a sobrevida têm melhores índices em hospitais de grande volume de cirurgias, apenas se discutindo quais os mecanismos responsáveis por esses resultados. No mesmo sentido sabe-se também que os cirurgiões com maiores volumes de cirurgia em determinadas áreas obtêm melhores resultados, adiantando-se como explicação que essa experiência acumulada reduz os erros que eventualmente possam ser cometidos. É ainda de total consenso a ideia de que hospitais e cirurgiões com maiores volumes de cirurgia criam um envolvimento institucional que aumenta a segurança para os doentes e até se especula se esta sofisticação de meios não poderá noutros hospitais conduzir a resultados sobreponíveis.

Se nos reportarmos às estruturas, processos e *outcomes* como já fizemos anteriormente [17] dir-se-á que as relações entre eles não têm sido suficientemente estudadas na cirurgia oncológica. Há, no entanto, quem apresente argumentos [16] para favorecer a importância dos cirurgiões com maiores volumes de cirurgia: “Surgeon volume is a very strong predictor of surgery complica-



tions, even in a straightforward procedure, such as colectomy”. Os mesmos autores chamam ainda a atenção para o factos dos cirurgiões com o perfil já referido serem mais eficazes a implementar protocolos e decisões clínicas que aumentam a segurança dos doentes, assim demonstrando que a eficácia da sectorização não se limita aos actos operatórios, estendendo-se naturalmente para outras áreas importantes da prática clínica.

É que hospitais e cirurgiões referenciados pela evidência dos seus resultados tornam-se mais competitivos no grande mercado da saúde, prevendo-se para eles um futuro melhor. Só assim teremos hospitais acreditados em áreas seleccionadas da cirurgia e para isso torna-se indispensável que alguns cirurgiões tenham a possibilidade de adquirir títulos europeus de acordo com esta orientação, como já sucede nalgumas áreas da velha cirurgia geral.

A cirurgia geral é uma especialidade ameaçada mas ainda não perdeu a sua personalidade nem a sua força unificadora na área cirúrgica. Compete-nos a nós ser participantes activos no movimento de reformulação da nossa especialidade, não deixando que sejam outros a fazê-lo. E entre nós devemos escolher os mais capa-

zes e aqueles que têm um horizonte profissional mais elevado, mais alargado e até mais generoso. Devemos também ter iniciativas no sentido de definir a relação entre unidades de grande volume e os *outcomes*, bem como seleccionar criteriosamente as equipas mais competentes nas unidades de cirurgia mais diferenciada. O uso de títulos indevidos, porque mal atribuídos, e todas as tentativas de liquidar as esperanças dos mais jovens e dos melhores têm de ser vigorosamente combatidos. Haverá que privilegiar uma cultura de qualidade em todas as suas vertentes.

Não desejaria terminar este trabalho sem palavras de incentivo e de aplauso àquele grande número de colaboradores que têm sabido interpretar correctamente os tempos de esperança e de inovação que vivemos. Eles são os mais importantes neste projecto, não só porque têm mais futuro, como porque em áreas específicas são os mais competentes. E eu terei sempre alguma importância se eles forem melhores do que eu, porque é nisso que se cumpre um líder de um grupo de trabalho, para não dizer de uma escola.

Manuel Cardoso de Oliveira



BIBLIOGRAFIA

- 1 – Hill, Graham <http://www.esac.pt/Bolonha/sams/c1/01-gh.pdf>
- 2 – Pellegrini CA. Surgery Education in the United States. *Ann Surg* 2006; 244 (39): 335-342
- 3 – Moore FD. The University in American Surgery. *Surgery* 1988; 44: 1-10
- 4 – Morão, A. A técnica com problema filosófico. *Brotéria* 1999; 148 (1): 15-35
- 5 – Sousa JP, Gomes AT, Oliveira MC. A competência em cirurgia. *Norte Médico* 2005; 2: 9-11
- 6 – Fernandes-Cruz L. General Surgery as Education, not Specialization. *Ann. Surgery* 2004; 240 (6): 932-938
- 7 – Stanley JC. Presidential address: the American Board of Vascular Surgery. *J. Vasc. Surg.* 1998; 27: 195-202
- 8 – Veith, FJ. The case for an independent American Board of vascular surgery. *J. Vasc. Surg.* 2000; 32: 619-621
- 9 – Webster MW. Presidential address: a belated obituary. *J. Vasc. Surgery* 2001; 34: 826-830.
- 10 – Ritchie WP. Basic Certification in Surgery by the American Board of Surgery (ABS). What does it mean? Does it have value? Is it relevant? A personal opinion. *Ann Surgery* 2004; 239 (2): 133-139
- 11 – Callcut, RA, Breslin TM. Shaping the future of Surgery. The role of private regulation in determining quality standards. *Ann Surg* 2006; 243 (3): 304-312
- 12 – Cobb JP, Warmer BW. Challenges and a new Vision for Academic Surgery. *J Am Coll Surg* 2005; 75: 605-606
- 13 – Sutherland LM and others. Surgical Simulation. A systematic Review. *Ann Surg* 2006; 243 (3): 291-300
- 14 – Birkmeyer, JD and others. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; 349: 2117-27
- 15 – Renzulli P and others. The influence of the surgeon's and the hospital's caseload on survival and local recurrence after colorectal cancer surgery. *Surgery* 2006; 139: 296-304
- 16 – Billingsley KG and others. Surgeons and hospital characteristics as predictors of major adverse outcomes following colon cancer surgery. Understanding the volume – outcome relationship. *Arch Surg* 2007; 142: 23-31
- 17 – Oliveira MC. Qualidade e custos. No livro *Os Cirurgiões também pensam*. 196-200, Edição do Autor, 2006.

