



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 26 • Setembro 2013

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Página da SPC

Júlio Soares Leite

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Uma visão global da Cirurgia Geral em 2013

Numa reunião conjunta promovida pela Direcção da SPC e pela Revista Portuguesa de Cirurgia, expressei a visão global da Cirurgia Geral, opinião necessariamente pessoal, mas muito partilhada por vários líderes de outras sociedades científicas internacionais⁽¹⁾. Os reflexos da enorme evolução tecnológica e científica da medicina e da cirurgia, bem como a sua crescente complexidade técnica, conduziram à necessidade da abordagem do doente por equipas multidisciplinares e à criação de unidades cirúrgicas subespecializadas, previsão bem descrita por Johnson em 1991, num editorial do Br J Surg, referindo que *general surgery has a future, but the future requires increasing sub-especialization*⁽²⁾.

O confronto entre os defensores da cirurgia geral e os adeptos da subespecialização constitui uma polémica que é inerente às situações de mudança e de progresso; como já foi escrito pelos que procuram uma posição consensual, o generalista deverá reconhecer os benefícios e a inevitabilidade da especialização e o especialista terá de compreender que não é o “dono” exclusivo dessa área cirúrgica⁽¹⁾.

Pellegrini e col.⁽³⁾ ao discutir a justificação para a reformulação do ensino da cirurgia nos Estados Unidos referiu que “os residentes terminam o seu programa tendo apenas efectuado uma ou mesmo nenhuma das intervenções complexas, tais como esofagectomia, gastrectomia total, ressecção hepática ou duodenopancreatectomia”, acrescentando que “a crescente inovação tecnológica e o desenvolvimento de diversas subespecialidades cirúrgicas têm conduzido à formação de cirurgiões gerais indiferenciados e pluripotenciais.”

Na Suécia a limitação do horário semanal de trabalho para 40 horas semanais forçou também a tendência para a subespecialização, pois só desta forma os cirurgiões podem ter experiência numa determinada área⁽⁴⁾; neste trabalho sugere-se que a melhoria na qualidade dos cuidados cirúrgicos nesse país, que foi recentemente demonstrada nos resultados do tratamento do cancro esófago-gástrico⁽⁵⁾, se deve provavelmente à subespecialização cirúrgica.

Ritchie, na discussão sobre o valor do certificado básico em cirurgia do American Board of Surgery e sobre a inevitabilidade da especialização cirúrgica, recomenda que os especialistas sejam os catalizadores na criação de novos conhecimentos e da inovação tecnológica da sua área, eduquem a nova geração de cirurgiões, utilizem as suas competências especializadas no tratamento de casos complexos ou menos frequentes e reconheçam a necessidade de partilhar os seus conhecimentos e aptidões técnicas com os generalistas, particularmente nas patologias mais frequentes⁽¹⁾.



Neste contexto, ao nível dos programas de ensino da cirurgia assiste-se à defesa de um novo paradigma com propostas semelhantes nos EUA e na Europa: um módulo de cirurgia geral básica e módulos subsequentes de sub-especialidades cirúrgicas. Nos EUA, as recomendações da American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education⁽⁶⁾ sugerem, após o módulo de cirurgia básica com duração de 3 anos, uma sub-especialização de mais 3 anos ou em cirurgia geral (rural ou urbana) ou em diversas sub-especialidades, tais como cárdio-torácica, plástica, vascular, transplante, trauma e cuidados intensivos, cirurgia pediátrica, colo-rectal e oncologia cirúrgica. O módulo de investigação cirúrgica, com duração de 1 a 2 anos, está incluído entre o da cirurgia básica e o da especialidade ou no final desta. Outros programas de pós-graduação são previstos para completarem áreas de sub-especialização, tais como hépato-bílio-pancreática, cirurgia digestiva alta, trauma e cuidados intensivos, mama e cirurgia bariátrica.

Na Europa o programa de especialização precoce já existe para diversas especialidades cirúrgicas. As propostas em discussão na União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS), expressas nomeadamente por Fernández-Cruz⁽⁷⁾, apontam igualmente para a formação básica em cirurgia geral (5 a 6 anos) seguida de sub-especialização de mais 1 a 2 anos nas áreas esófago-gástrica, hépato-bílio-pancreática com inclusão da transplantação, colo-rectal, endócrina, oncologia cirúrgica (envolvendo especialmente cancro da mama, melanoma, sarcoma etc.) e trauma com cuidados intensivos; estas subespecialidades são as que têm recolhido maior aceitação e correspondem também aos Capítulos existentes na SPC.

Poderemos olhar para a especialização na cirurgia geral pensando no modelo organizacional dos centros que são para nós as actuais referências de qualidade médica nas diversas áreas, para se concluir que a diferenciação e a multidisciplinaridade constituem um novo paradigma da qualidade cirúrgica.

Na agenda política europeia a qualidade dos cuidados médicos, particularmente na área oncológica, está a ser reavaliada de forma mais rigorosa e global. Nesta perspectiva a Sociedade Oncológica Holandesa elaborou uma extensa revisão da literatura⁽⁸⁾ sobre a relação entre resultados oncológicos (mortalidade e sobrevivência) e volume hospitalar e do cirurgião em tumores pancreáticos, colo-rectais, mama, bexiga e pulmão, tendo concluído serem os resultados melhores nos centros diferenciados, com especialização e volume adequado. Nos estudos de base populacional nacional^(9,10), considerando intervenções complexas, como na bolsa ileoanal, demonstrou-se que foi quatro vezes menor a falência da bolsa nos doentes operados por cirurgiões (e hospitais) de alto volume. Numa revisão recente da Cochrane, considerando o cancro colorectal, foram analisadas 51 meta-análises, com estudos maioritariamente observacionais⁽¹¹⁾; as conclusões são coincidentes, os resultados em termos de mortalidade, sobrevivência e taxa de estomias definitivas favorecem claramente a centralização dos serviços, resultados já bem demonstrados nos países nórdicos para o cancro do recto⁽¹²⁾. Obviamente que o volume não é o único indicador indirecto de qualidade e não substitui a indispensável auditoria na avaliação dos resultados clínicos (mortalidade, sobrevivência).

Está igualmente na ordem do dia a concretização da Directiva Europeia (artigo 12 da Directiva 2011/24/EU) relativa ao direito dos doentes disporem duma rede europeia de cuidados especializados para diversas doenças frequentes, nomeadamente oncológicas, para situações críticas (transplantes, queimaduras) ou doenças raras. Esses Centros de Referencia deverão, de acordo com essas orientações, ter capacidade científica e técnica para diagnosticar e tratar com elevada competência, ter uma abordagem multidisciplinar, constituir centros de ensino, de formação pós-graduada e de investigação e colaborar cientificamente com os restantes Centros nacionais e europeus.



Estas Directivas revestem-se de enorme importância, devendo constituir a base do novo modelo de organização de uma rede hospitalar diferenciada, com dinamização de centros de referência, possibilitando ganhos de qualidade e eficiência. Para tal será imperioso ouvir as sociedades científicas e a Ordem dos Médicos. Importa conhecer as boas práticas que são já realidade em vários países europeus. A centralização do tratamento de doenças digestivas complexas tem tido sucesso em vários países, com redução da mortalidade e aumento das taxas de ressecabilidade⁽¹³⁾ e, como se vê, constitui uma preocupação europeia.

Importa acrescentar que cada unidade especializada deverá ter capacidade para cobrir os cuidados electivos, as complicações pós-operatórias e outras situações urgentes 24 horas por dia, em todos os dias da semana e com quatro a seis cirurgiões especialistas por unidade⁽¹³⁾. Com base nas estatísticas do Reino Unido têm também sido calculadas as previsões do número de intervenções necessárias por ano e por milhão de habitantes ⁽¹⁴⁾. Estes dados sugerem que deva existir uma unidade esófago-gástrica (associando eventualmente obesidade) por 1-2 milhões de habitantes, uma unidade hépato-bílio-pancreática por 2-4 milhões de habitantes e uma unidade colo-rectal por 1-2 milhões de habitantes. Esta é uma proposta que pode ser adaptada ao nosso país, com melhoria da eficiência e manutenção ou mesmo redução dos custos, pois será espectável uma redução da morbilidade. Naturalmente que deverão ser ponderados outros factores geográficos, de distribuição demográfica ou das próprias características institucionais.

Os centros de decisão hospitalares, nomeados por convicções políticas e com gestores alheados dos problemas médicos, têm muita dificuldade em compreender que a reorganização dos serviços de cirurgia, de acordo com as evidências científicas actuais, será fundamental para melhorar a qualidade do tratamento dos doentes. Foi com o desgoverno e a ignorância das nossas tutelas dos últimos anos que mergulhámos na grave crise financeira em que vivemos, orientados pelas regras da conveniência política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ritchie WP Jr. 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 Surg.* 2004;239:133-9.
2. C.D. Johnson. Specialization in general surgery. *Br J Surg* 1991;78:259-60.
3. Pellegrini CA, Warsaw AL, Debas HT. Residency training in surgery in the 21st century: a new paradigm. *Surgery.* 2004;136:953-65.
4. Ihse I, Haglund U. The Swedish 40-hours workweek: how does it affect surgical care? *Surgery* 2003;134:17-8.
5. Dikken J.L., van Sandick, Album W.H. et al. Differences in outcomes of oesophageal and gastric cancer surgery across Europe. *Br J Surg* 2013;100:83-94
6. Debas HT, Bass BL, Brennan MF et al. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education: 2004. *Ann Surg.*, 241: 1-9, 2005.
7. Fernández-Cruz L. General surgery as education, not specialization. *Ann Surg.*, 240:932-938, 2004.
8. Wouters MM, Janse-Landheer M.A., van de Velde C.H. The quality of cancer initiatives in the Netherlands. *European J Cancer Surgery.* 2010;36:S3-13.
9. Burns E.M., Bottle A., Aylin P et al. Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 2011;98 :408-17.
10. Kennedy E.D., Rothwell D.W., Cohen Z. et al. Increased experience and surgical technique lead to improved outcome after ileal pouch-anal anastomosis: a population-based study. *Dis Colon Rectum* 2006 ;49 :958-65.
11. Archampong D., Borowski D., Wille-Jorgensen P. et al. Workload and surgeon's speciality for outcome after colorectal cancer surgery (review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 3:1-134.
12. Leite J.S. Controlo de qualidade em cirurgia colo-rectal. *Revista Portuguesa de Cirurgia.* 2007;2:15-22.
13. Charnley R.M., Paterson-Brown. Surgeon volumes in oesophagogastric and hepatopancreaticobiliary surgery. *Br J Surg* 2011;98:891-3.
14. Office for National Statistics. Cancer Registration Statistics 2008. <http://www.statistics.gov.uk/statabase>.



