



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 22 • Setembro 2012

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Breves Reflexões sobre a Cirurgia em 2012*

Short reflections on Surgery in 2012

Araújo Teixeira

Prof. Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina do Porto
Presidente do Conselho Superior das Ciências da Saúde, Instituto Piaget

Ex.mos Senhores
Diretor Geral dos Hospitais
Bastonário da Ordem dos Médicos
Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia
Digníssimos Membros de Honra do Congresso

As minhas primeiras palavras são para cumprimentar V. Ex.^a, Sr. Diretor Geral dos Hospitais, enaltecendo a competência, dignidade e isenção que tem sabido atribuir ao alto cargo que desempenha.

Na pessoa do Senhor Bastonário, cumprimento o representante dos médicos portugueses, não tendo qualquer dúvida que V.^a, Ex.^a, continuará a sua missão de defesa intransigente dos nossos direitos.

Aos senhores Professores Potel Lesquereux, Bernard Sastre e Azoulay, membros de honra deste congresso, manifesto a minha muita consideração destacando a valiosa colaboração entre a Cirurgia Portuguesa e a dos Países que V.^{as}, Exc.^{as} aqui brilhantemente representam.

Agradeço ao senhor Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia o amável e honroso convite que me dirigiu para ser o Presidente de Honra deste Congresso, convite só compreensível pelo entusiasmo de uma vida inteira dedicada à cirurgia, 25 anos dos quais como responsável do antigo Serviço de CII da Faculdade de Medicina do Porto / Hospital de S. João.

Caros Colegas, minhas Senhoras e meus Senhores
Vou procurar sintetizar os acontecimentos mais importantes da cirurgia dos últimos anos, não fugindo à responsabilidade de me referir às preocupações que tanto inquietam os cirurgiões atuais e que, por razões óbvias, por eles nem sempre podem ser denunciadas.

Muito do que direi não são mais do que reflexões sobre assuntos por mim já analisados em publicações anteriores.

Quando os cirurgiões da minha geração se licenciaram, a cirurgia portuguesa já se encontrava em plena pujança, para isso muito contribuindo o prestigiado internato dos Hospitais Cívicos de Lisboa e, posteriormente, do Hospital de Santo António no Porto, este último instituído pelo meu Pai, então Diretor de Serviço de Cirurgia daquele Hospital. Basta dizer que, em Lisboa, durante muitos anos era clássico os Professores da Faculdade de Medicina obterem antes dos títulos académicos, o concurso para cirurgião daqueles Hospitais.

Nas últimas décadas do século XX, registou-se uma enorme evolução na cirurgia portuguesa a exemplo do que aconteceu no mundo inteiro.

Para isso, muito contribuiu a colaboração proporcionada pelas técnicas endoscópicas, de imagiologia, radiologia de intervenção, biologia e medicina nucleares,

* Alocução proferida no XXXII Congresso Nacional de Cirurgia, Lisboa, 5 de março de 2012.



organização de Unidades de Cuidados Intensivos, suturas mecânicas, permitindo estas últimas cirurgias mais ousadas nomeadamente ao nível do esófago e do reto.

Em 1976, após o 25 de Abril, a exemplo do que acontecia na Europa, organizaram-se os primeiros Cursos de Pós-Graduações, entre os quais é justo destacar as Reuniões Internacionais de Cirurgia Digestiva organizadas pelo meu antigo Serviço de Cirurgia 2 (SC2) no H. S. João, seguindo-se posteriormente outras em Coimbra e Lisboa.

Em 1978, é fundada a Sociedade Portuguesa de Cirurgia graças ao esforço de José Manuel Mendes Almeida e de Machado Macedo, sendo o seu primeiro presidente Joaquim Bastos.

Em 1987, assiste-se a uma verdadeira revolução da cirurgia de então, com a realização da primeira colecistectomia laparoscópica por Phillipe Mouret em Lyon e, posteriormente, François Dubois em Paris e Jacques Perissat em Bordéus.

A cirurgia clássica com grandes incisões dá o lugar à cirurgia mini-invasiva, com pequenas cicatrizes, vantagens estéticas daí inerentes, menos dolorosa e com maior recuperação socioprofissional.

A princípio encarada com ceticismo, com enormes críticas por alguns cirurgiões de então, foi, em breve, utilizada praticamente em todas as áreas cirúrgicas, nomeadamente na DRGE, colo-retal, esplenectomia, ginecologia, urologia e em matérias de diagnóstico.

Os cirurgiões portugueses atentos ao que se passava no estrangeiro, cedo abraçaram a nova técnica, nomeadamente Alves Pereira e Trindade Soares em 1991 e, em Março do mesmo ano, eu e os meus colaboradores de então, (Carlos Saraiva e Rocha Reis); igualmente devem ser referidos, entre os seus pioneiros, Bicha Castelo, Castro Sousa, Augusto Moreira, Veiga Fernandes, Vítor Ribeiro, Jorge Maciel, Costa Cabral e Pedro Coito. O meu antigo serviço SC2 continuou a proporcionar a devida atenção a este tipo de cirurgia, publicando sucessivamente em revistas nacionais e estrangeiras a sua experiência sobre a evolução desta técnica.

Em 1995, efetuou-se em Portugal o Congresso Mundial de Cirurgia que, há 40 anos, não se realizava entre nós, e a cuja comissão executiva tive a honra

de presidir, nele se destacando a valiosa colaboração organizativa de Bicha Castelo.

Nos últimos anos do século XX, assistiu-se igualmente em Portugal, ao desenvolvimento da cirurgia hepática e de transplantações, sendo justo referir Linhares Furtado, Castro Sousa, Fernando José Oliveira em Coimbra, João Pena e Eduardo Barroso em Lisboa e, no Porto, Vítor Ribeiro e Manuel Teixeira no H. S. António e Abílio Gomes, José Bernardo e Costa Maia no H. S. João. Do mesmo modo, desenvolveu-se a cirurgia esofágica com importante participação de José Manuel Mendes de Almeida e Amadeu Pimenta.

A partir de 1999, surge novo conceito de cirurgia, com a divulgação dos *Robots* e a sua comercialização em 2000. Desde logo foram proclamadas as suas vantagens: visualização em 3 dimensões, aumento em 10 vezes da imagem, melhor ergonomia, maior comodidade para o cirurgião e menor trémulo. Sucessivamente foram-se apresentados modelos de nova geração com 4 braços e 2 consolas. Inicialmente utilizados em cirurgia cardiovascular foram posteriormente usados, de modo particular, na disseção das regiões profundas, nomeadamente na DRGE, na cirurgia de cancro do reto baixo (facilitando a exérese do meso-reto, preservando os plexos nervosos), na retopexia e, principalmente, nas prostatectomias. Dados recentes de apontam para a existência de 1482 Robots, dos quais 1091 no EUA e os restantes nos países Europeus. Devido ao seu elevado custo (1.750.000,00 €) têm indicações muito precisas. Por isso, apenas são rentabilizados em grandes centros hospitalares em que se realize com frequência aqueles tipos de cirurgia.

Já em pleno século XXI e associados à cirurgia laparoscópica, os Robots deram um grande impulso à telecirurgia, possibilitando a Jacques Marescaux a orientação de New York para Estrasburgo de uma colecistectomia laparoscópica. No futuro, admite-se a hipótese de haver a possibilidade de serem orientadas, por rotina, intervenções a vários quilómetros de distância, não sendo porém de menosprezar eventuais problemas éticos e médico-legais que daí possam surgir.

Do mesmo modo se aperfeiçoaram as técnicas de cirurgia laparoscópica, utilizando-se um menor nú-



mero trocarts e recorrendo-se à extração das peças cirúrgicas através dos orifícios naturais (NOTES).

Apesar de todas estas novas tecnologias, o estado atual da cirurgia em todo o mundo não pode deixar de ser encarado com algumas preocupações.

Assim, é indiscutível a diminuição crescente da procura pelos mais jovens desta especialidade (25,9% nos USA de 1981 a 2005), dado o esforço físico no Serviço de Urgência a que ela obriga, baixa remuneração em relação a outras áreas (naqueles que optem pela clínica privada) e ainda por estar sujeita a crescentes processos médico-legais.

Por outro lado, são cada vez mais evidentes as dificuldades inerentes à formação dos jovens Internos. Tal facto está dependente do pouco tempo que por vezes é disponibilizado pelos cirurgiões seniores para sua formação, dada a sobrecarga de trabalho cirúrgico e administrativo para que estes últimos são solicitados. Por isso, a preparação desses internos sofreu uma total modificação em todo o mundo, associando-se à frequência no Bloco Operatório a participação nos chamados “Skill Laboratories”, como foi proposto pelo American College of Surgeons para a acreditação em cirurgia.

Na Temple University, os internos são obrigados a incluírem no seu curriculum 55% de atividade em cirurgia experimental treinando-se, ainda, em simuladores virtuais acoplados a computadores.

A preparação dos residentes de cirurgia ao longo dos 6 anos de Internato é altamente desgastante e de custos elevados para a coletividade.

É importante reconhecer por esta razão que, tais Internos, no fim do seu estágio, dificilmente estarão preparados para individualmente assumirem a responsabilidade de alguns atos cirúrgicos. Parece-nos imprescindível que nos hospitais em que esteja institucionalizada a chamada setorização em áreas específicas* (esófago, hepatopâncreas, colo-retal baixo e pescoço) seja implementado um setor individualizado de cirurgia geral (como já foi referido por Jorge

Maciel) correspondente a cirurgia gástrica, cólica, vias biliares, hérnias e até determinados tipos de cirurgia laparoscópica. Os jovens especialistas deveriam frequentar este último grupo durante um ou dois anos e só depois ingressariam na cirurgia altamente diferenciada. Se assim não for, em breve surgirão situações gravíssima no serviço de urgência e no ingresso daqueles cirurgiões para hospitais menos diferenciados.

A avaliação dos serviços prestados não pode ser feita essencialmente em função de uma eventual presença física revelada por um relógio de ponto mas, fundamentalmente, pela eficiência com que são efetuados diversos atos de cirurgia e pelas publicações científicas decorrentes das investigações imprescindíveis na medicina atual. Atrevo-me, mesmo a dizer, que a valorização indiscriminada do relógio de ponto deveria dar lugar ao relógio do dever cumprido, em qualquer hora do dia ou da noite.

Mas há ainda, entre nós, situações anacrónicas difíceis de compreender e que em parte são responsáveis pela hemorragia de alguns cirurgiões do setor público para o privado.

Tais factos acarretam uma sensação de mal-estar e de intranquilidade em muitos dos clínicos que frequentam os Hospitais portugueses. Por razões fáceis de imaginar, poucos são aqueles que têm coragem de as denunciar.

Entre eles, devem-se destacar as publicações de Costa Almeida, como aconteceu recentemente no Editorial dos Arquivos Portugueses de Cirurgia. São suscetíveis de reflexão: a atribuição a jovens especialistas de honorários pelo dobro ou triplo daqueles que já estão, há vários anos, na carreira hospitalar; a não valorização das carreiras médicas universitárias e hospitalares para os lugares de chefia; a contratação individual por objetivos em que a quantidade pode sobrepor-se à qualidade.

Seja-me permitido citar o Professor de Coimbra acima referido: *“Alguns médicos saem das carreiras graças a contratos individuais de trabalho,*

* Sublinhe-se que diferenciação não é sinónimo de fragmentação, como muito bem referiu Júlio Leite.



no mesmo hospital para as mesmas funções para valores milionários em relação a outros que lá permanecem”.

Termino proferindo palavras de esperança para aqueles a quem entregamos a responsabilidade de ocuparem os nossos lugares e para os quais a história será implacável no modo como atuarem futuramente.

“Como já escrevi:

Amizade, lealdade, entusiasmo nos momentos de desânimo, acompanhamento e crítica construtiva nas investigações e atos cirúrgicos dos mais jovens, humildade e reconhecimento dos erros cometidos, defesa intransigente das carreiras universitárias e hospitalares, foram os valores que os meus mestres (meu Pai, Fernando Magano, J. Hep, Mercadier) me ensinaram e aqueles que me acompanharam durante toda a nossa vida cirúrgica (Adolfo Gama

e José Ramalhão) me ajudaram a implantar no serviço que dirigi durante 25 anos, cujo prestígio certamente muito contribuiu para o honroso convite para estar hoje aqui presente.

Estou convencido que os cirurgiões portugueses continuarão a dar o melhor do seu esforço nos Hospitais onde trabalham e tudo farão para que continuem a sentir-se orgulhosos do nosso Serviço Nacional de Saúde, sem dúvida um dos melhores da atualidade, contribuindo, assim, para o prestígio da medicina Portuguesa e satisfação dos seus utentes”.

Por fim, uma vez mais seja-me permitido repetir a frase de Jean Pierre Favre *“As mãos são santas, a cirurgia é sacramental, os doentes pedem para que aconteça um milagre e esperam que Deus lhes envie um cirurgião para o realizar”.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo Teixeira A., Saraiva AC., Reis JR., Araújo Teixeira JP. Colectistectomia Laparoscópica – experiência de 100 casos. O Médico, 1992; 127: 109-113.
- Araújo Teixeira JP., Reis JR., Ribeiro A., Saraiva AC., Araújo Teixeira A. Colectistectomia laparoscópica – análise crítica de 650 casos. Arq. Port Cirurgia, 1996; 5(1): 93-47.
- Araújo Teixeira JP. Colectistite aguda – aspectos clínicos e experimentais. Dissertação de Doutoramento. Porto, Março 1998.
- Araújo Teixeira JP. Colectistectomia laparoscópica – a operação que veio para ficar. Monografia da Biblioteca de Gastroenterologia. Editor – Carneiro Chaves. Lisboa, 1999: 55-59.
- Araújo Teixeira JP., Reis JR., Cabral AC., Barros H., Saraiva AC., Araújo Teixeira A. Laparoscopie ou laparotomie dans la cholecistite aiguë (200 cas). Chirurgie, 1999; 124: 529-535.
- Araújo Teixeira JP., Reis JR., Cabral AC., Barros H., Saraiva AC., Araújo Teixeira A. Conversion factors in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Hepato-Gastroenterology, 2000; 47: 626-630.
- Araújo Teixeira JP., Amarante J. Ensino pós-graduado da cirurgia – Laboratório de Gestos no Ensino da Cirurgia, 2007; 16 (1/2/3/4): 64-66.
- Araújo Teixeira. Para a História da Cirurgia Portuguesa. Rev. Port. Cirurgia, 2009; 10: 73-77.
- Bicha Castelo H. Colectistectomia Laparoscópica – A passagem do rubicão. Rev. Port. Cirurgia, 2012; 20 (Mar): 11-12.
- Castro Sousa F – Colectistectomia Por Via Celioscópica; Indicações, Contra-Indicações, Técnica, Acidentes, Complicações. In SPC ed. Cirurgia Laparoscópica, pp 121-129, Lisboa 1995.
- Costa Almeida C. A crise na Saúde e no País. Rev. Port. Cirurgia, 2011; 18 (Out): 3-4.
- Germain A, Bresler L. Le robot en Chirurgie viscerale et digestive. Journal de Chirurgie viscerale. 2011. 148:42-49.
- Korndorffer JR Jr., Stefanidis TD., Scott D. Laparoscopic skills laboratories current assessment and a call of resident training standards. Am J Surg, 2006; 191: 17-22.
- Leite J. Cirurgia Geral – The end of the beginning. Arq. Portugueses Cirurgia. 13:7781. 2004.
- Maciel J. O cirurgião geral do futuro. Rev. Port. Cirurgia, 2009; 10 (Set): 9-15.
- Maciel J. O cirurgião geral do futuro. Rev. Portuguesa de Cirurgia. 2009. 10:9-15.
- McClusky DA III, Smith CD. Design and development curriculum. World J Surg, 2008; 32: 171-181.
- Morel, P. Surgical Robots. How far do we extend the limits of Surgery. Ver. Med. Suisse. 2012; 25:154-5.
- Trindade Soares JM. Breve resenha histórica sobre o início da Cirurgia Laparoscópica em Portugal. Rev. Port. Cirurgia, 2011; 19 (Dez): 11-12.

Correspondência:

ARAÚJO TEIXEIRA

Rua Eugénio de Castro, 426, Habitação 21-2, 4100-225, Porto

Data de recepção do artigo:

29/08/12



Araújo Teixeira