

# Página da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

*Eduardo Barroso*

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

## Formação em Cirurgia – competências técnicas e não técnicas

### *Surgical formation – technical and non technical skills*

Desde o início da minha carreira como cirurgião que assumi a formação como uma das minhas prioridades. Já perdi a conta ao número de internos que formei ou ajudei a formar ao longo dos anos.

Tenho, neste momento, no CHLC, cinco internos que chegaram ao fim do seu internato e que se candidataram ao título de especialista em Cirurgia Geral. Quando lia os seus CV de fim de internato e quais os se apresentaram a exame pensei para mim mesmo: como vão ser elas avaliadas? Que competências adquiridas vão elas ter de provar no seu exame final?

Será que tudo se vai passar como há cinquenta anos atrás, com pouquíssimas e pouco originais modificações?

As suas capacidades técnicas, estarão diretamente relacionadas com a dificuldade das intervenções em que participaram como cirurgião principal? E com as ajudas também apresentadas?

Os conhecimentos teóricos a propósito destas intervenções de variadas patologias, e também de outras onde não apresentem qualquer experiência, vão ser avaliados pela qualidade das respostas a essas perguntas teóricas feitas por um júri de três elementos, no qual participa obrigatoriamente o chamado orientador de formação?

Vão ter de fazer uma prova dita clínica, muito estereotipada e pouco realista, constando da a observação de um doente, que depois discutirão com o júri, nas diversas fases da história clínica, desde a anamnese, passando pela observação do doente, a construção das várias hipóteses de diagnóstico e finalmente uma proposta de tratamento global, o tipo de intervenção cirúrgica e o seguimento do doente?

Este exame final, depois das várias avaliações anuais, nos mesmos moldes, previamente classificadas, pode testar com algum rigor conhecimentos teóricos e presumir com menos certezas capacidades técnicas?

A resposta a estas perguntas é de todos conhecida. Este é um modelo conhecido, histórica e conservadoramente repetido.

Mas a pergunta que crescentemente se me tem colocado é se esta é a melhor forma de avaliar futuros cirurgiões? Se este é o modelo mais certo para dar “carta de alforria” a um interno libertando-o assim para a liberdade de ser Cirurgião.



A minha atual opinião é de que o atual modelo não é suficiente nem o melhor para avaliar em pleno a formação de um cirurgião.

A Formação de um Cirurgião é uma das missões mais nobre, mais completa, mais importante e mais altruísta ao longo da nossa carreira. As facetas da formação são complexas e multivariadas. São passíveis de suscitar discussões complexas por vezes intemporais e irresolúveis.

O meu testemunho de hoje centra-se nas chamadas atualmente competências não técnicas em cirurgia. Este é um tema especialmente importante para o futuro da Cirurgia Geral. Uma importância que o leva a nele termos centrado um foco especial no nosso mais recente congresso nacional.

Lançamos o debate com um primeiro texto do Professor Costa Maia no último número da revista. Falamos dele durante o Congresso. E novamente neste editorial.

E porquê esta insistência. Porque a Sociedade considera que este é um tema muito relevante para a avaliação futura dos nossos cirurgiões.

Porque entendemos que o atual modelo de avaliação, anual e final, falha rotundamente, na avaliação de comportamentos e valores.

Comportamentos e valores, que constituem a base das denominadas competências não técnicas. Competências que são as que deveriam ter sido avaliadas pelas capacidades dos seus orientadores de formação (OF), antigamente apelidados de tutores.

Mas quem definiu a capacidade destes ditos OF, eles próprios nunca avaliados de forma rigorosa e científica para estarem habilitados a compreender as NOTSS?

Deixemo-nos de teorias e especulações, sejamos objetivos e honestos!

Tudo começa na importância da Liderança. Diria mesmo na capacidade de liderança. Que características devem ter um Líder Cirúrgico no século XXI? Quais as capacidades e competências que deve ter um Líder Cirúrgico no século XXI?

No passado não muito longínquo, os líderes cirúrgicos não instruíam os seus internos ajudando-os nas suas operações ou ensinando-os formalmente com aulas ou lições. O formando, e foi essa a minha própria experiência, observava e ou ajudava o mestre nas suas operações no bloco operatório, e ouvia-o atentamente e observava-o durante as visitas regulares na enfermaria. O líder agia sobretudo como um exemplo a seguir nas suas funções, no contexto do tratamento do doente, e era assim que ensinava e os internos aprendiam. O grande *William Halstead* dizia: “There are men who teach best, by not teaching at all”.

Embora as virtudes do conhecimento, a excelência técnica, a habilidade para a investigação e as capacidades de ensinar, estejam longe de estar obsoletas ou ultrapassadas, o líder cirúrgico atual exige muito mais.

As capacidades não técnicas, como a inteligência emocional, a resiliência e a capacidade de comunicação, são hoje competências essenciais adicionais.

Goleman, um psicólogo, descreveu os quatro atuais domínios da inteligência emocional: auto consciência, auto gestão, consciência social e competências sociais.

Um Líder cirúrgico tem de saber comunicar muito bem, não só com os doentes e suas famílias, como com os profissionais de saúde. Mas também com as administrações hospitalares, os políticos, e os especialistas em estruturação da nossa especialidade, no nosso caso a Direcção do internato, a Ordem dos Médicos e o Colégio da especialidade.



Um Líder Cirúrgico, treinado ou formado, pela tríade tradicional: capacidades técnicas, investigação e ensino não reúne hoje competências para comandar ou dirigir um departamento ou serviço cirúrgico com sucesso. Claro que essas capacidades e qualidades acima referidas variam com as diferentes culturas de cada País, têm de levar em conta as suas características específicas. Como dizia Sir William Osler, pai da medicina moderna, “um médico que só sabe de medicina, nem de medicina sabe”. Basta substituir medicina por cirurgia para entender o que quero dizer.

Por isso luto, e digo aos meus alunos, aos meus internos e jovens cirurgiões, que têm de se preocupar com o mundo que nos rodeia, estarem atentos à sociedade e à cultura. Que não se podem fechar no hermetismo da sua tecnocracia cirúrgica e da tradicional envolvente cirúrgica que tanto nos entusiasma. Caso não o façam nunca passarão de operadores medianos, longe da excelência, da essência da profissão e dificilmente poderão atingir cargos de chefia.

Claro que tem de haver ainda lugar para o modelo tradicional, de aprender observando, vendo fazer bem. Quem pode ensinar um jovem cirurgião a dissecar no plano anatómico correto, ou ensiná-lo a manter-se calmo numa operação difícil ou com complicações inesperadas? Quem pode ensinar as indicações corretas para a cirurgia? Quem pode ensinar cruzando saber e experiência?

Sábias palavras do cirurgião inglês Rodney Smith (Lorde Smith of Marlowe) :...”Eu consigo ensinar a qualquer jovem cirurgião uma determinada operação apenas num ano. Preciso de cinco anos para ensiná-lo quando a deve fazer. Preciso de uma vida para ensiná-lo a saber quando a não deve realizar...”

As denominadas *non technical skills for surgeons* (NOTTS) são motivo de grande discussão no mundo cirúrgico internacional.

Em Portugal estamos numa fase mais atrasada. A discussão ainda é recente e pouco alargada. Esse é o principal motivo que leva a Sociedade e o seu Presidente a tanto insistirem no tema.

Temos que começar a formar os formadores nestas competências. Dar competências aos avaliadores, que não podem nem devem ser apenas os OF. Temos de convencer o Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos a reformular as funções dos orientadores de formação. Todos os cirurgiões seniores de determinado serviço e também o seu Líder, têm de estar sintonizados com o que são as NOTSS, e nos diferentes locais: reuniões multidisciplinares, enfermaria, consultas externas e bloco operatório.

Para melhor compreendermos as NOTTS podemos reflectir como aplicar as suas diferentes categorias aos diferentes níveis da nossa atividade.

Consideremos as seguintes categorias:

### **Consciência da situação**

Saber recolher a informação relevante, compreendê-la, projetando e antecipando a situação futura. Prever o que pode vir a acontecer como resultado das possíveis ações.

### **A tomada de decisão**

Saber considerar as diferentes opções, seleccionar e comunicar a decisão tomada e implementar e rever decisões. Na prática conseguir definir uma estratégia cirúrgica global. Realizar a opção tomada e revê-la continuamente, mostrando flexibilidade para mudar face às circunstâncias e aos objetivos.



## **Comunicação e trabalho de equipa**

Saber trocar e partilhar a informação com outras especialidades presentes, Estabelecer e compartilhar a compreensão da situação, coordenando o trabalho de equipa.

Conversar sobre o progresso da intervenção. Ouvir as preocupações de todos. Perceber e comunicar que a operação não está a decorrer como planeado e que pode ser necessário alterar estratégias.

Ter a certeza que a equipa não só tem toda a informação necessária e relevante, para fazer a intervenção como a mesma é compreendida por todos os membros da equipa.

## **Liderança**

A Liderança que associa à tríade clássica, a inteligência emocional, a resiliência e a capacidade de decisão, facilitando o diálogo entre pares, a parte multidisciplinar.

Sabendo fazer a síntese final, alcançar o objetivo, definir e hierarquizar uma terapêutica global para cada doente.

Se imaginarmos a nossa atuação no Bloco, na Consulta, na Urgência, no Internamento ou nas Reuniões Multidisciplinares facilmente entendemos a relevância que estas competências adquirem para o sucesso da nossa atuação.

Imaginemos o desempenho de um cirurgião a abordar um politraumatizado grave. Um cirurgião consciente, conhecedor e detentor de experiência vivida. Aparentemente o necessário para abordar correctamente a situação. E pensemos que esse mesmo cirurgião é incapaz de analisar a situação e definir prioridades. É incapaz de decidir se o doente deve ir de imediato para o BO, sem um conjunto de exames pré-operatórios. E que adicionalmente não é capaz de mobilizar outros elementos da equipa para diferentes tarefas. E que não assume a liderança da equipa de trauma deixando pulular um conjunto de ordens contraditórias e anárquicas tão habituais numa sala de trauma.

Facilmente entendemos que estaremos perante uma situação catastrófica e de potenciais graves consequências.

Para a reflexão de todos fica este editorial.

Penso que o tema das competências não técnicas é essencial de fazer parte da formação de qualquer cirurgião. O que significa que devemos todos assumir que só se pode ser Cirurgião se tivermos a consciência e o domínio destas competências.

Temos de saber juntar, nos jovens cirurgiões que formamos, informação (competência)teórica, excelência técnica, e qualidades não técnicas em cirurgia especializada.

Uma verdade que se aplica a todos os cirurgiões.

Como condição de sucesso na arte de ser Cirurgião.

Como condição para melhor tratarmos os nossos doentes.

Como condição diferenciadora de outras profissões da saúde.

*Correspondência:*

EDUARDO BARROSO

e-mail: drebarroso@gmail.com



*Eduardo Barroso*