

Cirurgia geral: o fogo de Prometeu^{*}

General surgery: Prometheus fire

H. Bicha Castelo

Conta a Lenda que, na dura luta travada por Júpiter contra os Titãs houve um que, agindo com astúcia e privilegiando o predomínio da razão, se diferenciou dos restantes que tinham a força bruta como único argumento substantivo, se aliou a Júpiter ajudando-o a ganhar batalha.

Esse titã era Prometeu que Júpiter recompensou, levando-o a ser aceite pelos deuses e a entrar no Olimpo.

Talvez pela sua origem, Prometeu foi generoso para com o género humano, ao ponto de roubar o fogo do Olimpo para o dar ao Homem.

Controlando o fogo, os Mortais passaram a ser capazes de *dominar a natureza*, património exclusivo dos deuses.

Terá sido, eventualmente, aqui que o Homem foi adquirir os genes que integrou no seu ADN a constante e, muitas vezes, ilimitada ambição para procurar modificar a natureza, forçando a sua adaptação para a controlar e dela obter o máximo proveito.

O CONHECIMENTO É O INSTRUMENTO DE QUE O HOMEM DE HOJE SE SERVE PARA ATINGIR ESTE OBJECTIVO

Conhecimento indispensável à Cirurgia e ao Homem que a pratica para quem, no dizer de René Leriche, la Chirurgie c'est la Discipline de la Connaissance et un Art.

A propósito de Arte e domínio da natureza, recordo Miguel Ângelo que, não criando o mármore, dizia que apenas retirava o excesso, para libertar o que estava *Prisioneiro* nos blocos que ia aliando, ideia não muito diferente da de Paul Valéry quando diz que o Cirurgião *deve ser suave e elegante como uma ave, mas não como uma pena que não sabe onde vai cair.*

Miguel Ângelo, não podendo criar nem alterar a essência da natureza, modificava-a, adaptando-a para melhor a modelar e tornar mais bela.

Porém, por mais variadas, diversas e múltiplas que sejam as alterações que tenha conseguido introduzir na Natureza, jamais o Homem a poderá governar e, muito menos, dominar.

Continuando a Lenda, Jupiter decidiu castigar Prometeu, mandando que fosse preso a um rochedo para que uma águia lhe devorasse o fígado.

Durante a noite o fígado crescia, para tudo se recompor e continuar.

Sabemos que é verdade que o fígado regenera e cresce, mesmo após grandes hepatectomias, sendo igualmente verdade que a Cirurgia Geral, e por inerência os seus Cirurgiões, *não são hoje o que eram há anos atrás.*

Não estou a pensar em Jean-Louis Faure quando, em 1925, dizia que “... *la chirurgie a été portée à un degré qu'elle ne dépassera plus ... porque ... tout ce qui était anatomiquement possible de faire sur le corps de l'Homme vivant, a été fait...*”.

* Alocução do Presidente SPC. Sessão Abertura XXXII Congresso Nacional de Cirurgia, 6 de Março de 2012.



Esta era a verdade no período final da *Era Anatómica do Siècle d'Or de la Chirurgie*.

Muito rapidamente tudo mudou quando, logo em 1936, René Leriche inaugurou a **Era da Cirurgia Fisiológica** e mudou o paradigma para o que ainda vivemos, naturalmente que agora *modelado pelo Saber, cinzelado pela biologia molecular e temperado* pela eficiência das novas tecnologias.

A lenda e o facto, servem-me de nota introdutória ao que entendi dizer-vos hoje, a propósito da **Cirurgia Geral**, cujo *Conceito, Perspectivas e Futuro* é tema central de continuado, repetido e actual, motivo de reflexão.

Permitam-me que realce duas notas.

A primeira para, com profunda gratificação, salientar que, mau grado as nossas grandes fragilidades organizacionais, a **Cirurgia Portuguesa está, por direito próprio, na 1ª linha do panorama cirúrgico internacional**.

A segunda, para salientar que as constrições com que, universalmente, nos confrontamos nestes domínios, são recentes de apenas três décadas.

De facto, foi apenas no início da passada década de 90 que *o conhecimento e a técnica* começaram a fazer sentir a necessidade de reflexão para encontrar objectivos e decisões que a dimensão específica e modo de exercício adequado da Cirurgia Geral aconselhavam e deveriam impor.

Logo em 1991, em Editorial do *British Journal of Surgery*, James Johnson chamava a atenção para a **Specialization in General Surgery**, concluindo que a **Cirurgia Geral tinha Futuro, mas o Futuro dependia de Especialização e de Sub-Especializações**.

E em 1999, Johanes Jeekel, numa excelente *Presidential Address* publicada no *Annals of Surgery*, chamava a atenção para os **Crucial Times for General Surgery** que, se estavam a viver e a impor séria reflexa sobre desenvolvimento e futuro.

Contudo, aqueles tempos foram cruciais porque, abrindo a *Caixa de Pandora*, iniciaram um longo período de reflexão que, ainda não terminado, permitiu perspectivar a qualidade das questões que estão na base do problema.

Mais que um efectivo choque de divergências, o que estava subjacente na aparente conflitualidade das preocupações veiculadas por ambas os Autores é a natural diferenciação de inter-acções entre **Essências**, da Disciplina enquanto *Ciência*, e a do Cirurgião, enquanto *cultor do ofício*.

Passou a defender-se que, ao contrário de **gerais**, os **procedimentos** deveriam passar a ser cada vez **mais específicos e diferenciados**.

Assim, foram James Johnson e Johanes Jeekel que inauguraram a *era política da concertação estratégica* que, dissecando o núcleo, escalpelizou a **anunciada extinção da Cirurgia Geral**, mudando o centro do problema para o da **Diferenciação**, cumprida através de **Áreas Dedicadas e de Intervenção Específica**, ou seja, da **Sub-Especialização**, ao mesmo tempo que efectivava a importância da **Especialidade Mãe**.

Com marcado impacto nos EUA, a controvérsia do problema assume expressão universal e particular ênfase na Europa, face às diferenciadas atitudes próprias das raízes culturais de cada País e Sociedade. Objectivo a diferença com dois exemplos clássicos e bem elucidativos da questão: a **excelência do Modelo Francês**, por assentar na *sedimentação da evolução natural da cultura da competência e no mérito do desempenho* e a **Área da Cirurgia Vascular**, Especialidade autónoma em Portugal e que no Reino Unido persiste no âmbito da clássica Cirurgia Geral.

Dir-se-á que o problema de hoje é o vivido há cerca de meio século com o nascimento e autonomia das, hoje inquestionáveis, Especialidade Cirúrgicas, de que, como exemplo, não referirei mais que a Urologia ou a Ortopedia.

Todavia, a evidente similitude quanto *aos princípios* esconde a enorme diferença quanto a *atitudes e consequências*.

Interessante e a justificar um minuto da nossa atenção, é o modo inteligente e pragmático como as Instituições Americanas têm vindo a equacionar o problema.

O **American College of Surgeons** considera a Cirurgia Geral como o *core nuclear* das Disciplinas Cirúrgicas e o Cirurgião Geral ... *as a General Sur-*



gical Specialist engaged in the Comprehensive care of Surgical Patients ..., colocando grande ênfase no **Specialist** e no **Comprehensive**.

O **American Board of Surgery** vai mais longe e define Cirurgia Geral como o **core central do conhecimento**, atribuindo ao Cirurgião Geral a responsabilidade de ser Especialista num extensíssimo conjunto de Áreas, elencadas *à moda* de Índice de um Livro de Texto de Patologia Cirúrgica.

Face a esta enorme Área de Conhecimento que, em volume e qualidade, aumenta a ritmos vertiginosos, começou a ser evidente a perda de interesse e motivação pela Cirurgia Geral, com muitos Cirurgiões, particularmente os mais jovens, a decidir optar, logo à Saída do Internato, por Sub-Especializações, na *procura*, dos referidos procedimentos *mais restritos e diferenciados* e, por isso, mais conceituados e remunerados.

Entre outras são apontadas como causas para esta desmotivação e conseqüente desinteresse o volume de trabalho e a vastidão do âmbito técnico e científico que é próprio da Especialidade.

O volume de trabalho tem inerente o muito pesado período de formação, particularmente o elevado esgotamento físico imposto pelos longos e repetidos períodos de trabalho nocturno.

A tudo isto associaram-se as inevitáveis repercussões sobre a **Qualidade de Vida**, pessoal e familiar, agravada, diria que naturalmente, com a **feminização da cirurgia**.

Penso que esta questão da *feminização da cirurgia* não é alheia a esta situação e gostaria de deixar uma nota pessoal a este propósito. Sendo que as mulheres já constituem a maioria dos estudantes de Medicina, no mundo em geral e também em Portugal, a *feminização da cirurgia é um facto com data marcada*. Será importante perceber que assim será porque a cirurgia, de então, passará a ser diferente. Necessariamente diferente, direi. Não sei em que sentido, espero que para melhor, mas tenho a certeza que *essa Cirurgia será diferente* e que este facto pesará muito na evolução e desenvolvimento de modelos, programas e formas de *pensar e fazer* a cirurgia.

Igualmente importante é o muito vasto âmbito técnico e científico que o desenvolvimento do Saber e das Tecnologias têm vindo a trazer para a nossa prática clínica. Também este facto tem feito com que muitos potenciais candidatos, pondo em causa as suas próprias capacidades e competências para tudo abarcar com qualidade, se tenham vindo a afastar da Cirurgia Geral.

Por outro lado e não sem menor peso na decisão, todos estes aspectos são, negativamente, potenciados e agravados pela diminuição do prestígio social, profissional e remuneratório de que a *Especialidade Mãe* tem vindo a sofrer face às *Especialidades Cirúrgicas Filhas*.

A dimensão da situação tornou-se objectivamente preocupante quando nos finais dos anos 90, o Mapa de Vagas dos Internatos dos Grandes Hospitais Universitários de Nova Iorque, Londres e Paris começaram a ser, não só parcialmente preenchidos como o eram por Candidatos colocados progressivamente mais abaixo no ranking de acesso.

A redução do número de Cirurgiões Gerais é significativa e ilustrada de forma muito clara pela situação Americana, onde a Cirurgia Geral passou de 1ª opção de 12,1% dos **Internos** em 1981, para apenas 6% em 2001, ou seja, **uma redução de 50% em apenas em 20 anos**.

Em Portugal, a situação é, em meu entendimento, mais delicada porque a formação diferenciada nas várias Especialidades Cirúrgicas não passa pelo cumprimento, diria que elementar, da Formação Nuclear completa do Internato de Cirurgia Geral, mas sim por acesso próprios e períodos específicos de formação limitativamente diferenciada.

Dir-se-á, contudo, que esta evolução, conceptual e metodológica, para a Sub-Especialização, tendo causas complexas e multifactoriais, é consequência da elementar interacção relacional entre **direitos e deveres**.

Direitos dos Doentes, a poderem beneficiar do melhor e mais avançado que a ciência e as tecnologias lhes podem oferecer, e **Deveres dos Cirurgiões** para, com um robusto património técnico e científico, serem aptos e competentes para lhes oferecer essa mesma *qualidade*.



Os doentes reclamam e o Sistema deve favorecer o acesso a **Centros Especializados**, onde **Equipas Dedicadas** poderão oferecer melhores resultados em áreas específicas, com menores índices de complicações, mais curtos períodos de internamento e melhores índices de sobrevivência.

Contudo, como sempre acontece em todas as circunstâncias da Vida, não há estratégias de mudança que, no âmbito dos *princípios*, objectivos e resultados, por muito fortes que sejam as suas potencialidades, estejam imunes a críticas, limitações e inconvenientes.

Começando pelos *Centros Especializados e de Referência* direi que as vantagens da sua criação são claras face às enormes potencialidades que advêm:

- Do favorecimento da eficiência e competências profissionais, positivo face à explosão de conhecimento, técnicas e desenvolvimentos tecnológicos.
- Da limitação do número de procedimentos cirúrgicos efectuados por cada Cirurgião que, contribuindo para o aumentado *case-flow* individual, reforçará competências e excelência de resultados.
- Optimização da organização.
- E, consequência última dessa melhor eficiência e qualidade da resposta, o aumento *orientado de procura* pela Sociedade.

O terceiro destes pontos refere, justamente, a **organização**, questão nuclear da qualidade e desenvolvimento do sistema administrativo do nosso País.

Disse o ano passado, neste lugar e condição, e reafirmo agora que, entre as três Áreas qualificadoras da dimensão Social do Estado, é a **Saúde** que pode ser apresentada como definidora da nossa diferenciação, em *qualidade e eficiência*, técnica e científica.

Registe-se que insisto na *qualidade e eficiência* e não me refiro a *organização*.

Criticamos o SNS porque é a nossa área, porque o conhecemos bem e porque sabemos que poderíamos fazer mais e melhor.

Contudo, comparando-o com a **Educação** e, sobretudo, com a **Justiça** é inequívoco e consensual que

a nossa *qualidade e eficiência* é, na generalidade dos parâmetros, um **projecto de sucesso** encontrando-se, em todos os campos de análise, a grande distância dos anteriores.

É clássico dizer-se que o nosso problema é *Organização*. É-o, de facto, tanto em *substância* como quanto ao *modo* de execução e ao rigor de *regulação do modelo*, dos seus níveis e mecanismos de coordenação e controlo dos diferentes patamares de decisão.

Não temo ser contraditado quando afirmo, numa construtiva atitude positiva que, na generalidade do Sistema e Serviço Nacional de Saúde, a qualidade Técnica é superior à da Gestão.

Mas se o *Futuro da Cirurgia Geral depende de Especialização*, a questão lógica que se impõe é a de saber **qual Especialização ?**

É uma questão fulcral porque, o que numa análise simplista parece não constituir mais que uma mera perspectiva retórica de um problema de resposta imediata com base num exercício de elementar *bom senso*, transforma-se num tema complexo e delicado quando se desce ao terreno da sua aplicabilidade concreta.

E, nesta dimensão, o que esse exercício evidencia é a delicadeza do problema que, sendo complexo e não isento controvérsias, se não for correctamente ponderado poderá vir a assumir dimensões gravosas em duas áreas críticas: **na Assistência de Proximidade e na Urgência**.

Compreende-se que o problema não possa ser antigo, porque o que está nuclearmente subjacente à questão são os níveis dos patamares do *Conhecimento* e dos *Saberes*, com as suas complexidades que regulam, no *porque* e no *como*, o *Fazer*, assim como as *Tecnologias* que, com as suas muito recentes explosões em vários e diversos âmbitos, têm marcantes implicações em todas estas vertentes.

Então como compatibilizar interesses, dos profissionais e das Sociedades, e recursos, humanos e financeiros, sendo inquestionável que a base do problema é a **qualidade ?**

Procurando a resposta concreta à equação enunciada impõe-se regressar ao problema base e procurara esclarecer se a **Cirurgia Geral** deverá ser entendida,



apenas, como uma **Especialidade Formadora**, ou deverá persistir na sua dimensão plena de **Especialidade efectiva da Prática Clínica**?

Que a Cirurgia Geral deve permanecer como o *núcleo formador do core* da arte cirúrgica é uma decisão universal, consensualmente contextualizada pelo College e pelo Board Americanos, poderemos admitir que estamos a falar de *Especialização enquanto Área Formadora*.

E, se essas mesmas Instituições, defendem que a Cirurgia Electiva deve ser assumida por *Grupos Dedicados e Diferenciadas*, organizadas em Sub-Especialidades, ficando a restante actividade cirúrgica, quer na Urgência quer nos County Hospitals, a cargo dos chamados *General Surgery Specialists*, não é já de *Especialização enquanto Área Clínica* que falamos?

A resposta não é simples, porque estes **General Surgery Specialists**, estão aptos a abordar **com eficaz competência**, a generalidade das patologias mais comuns, tanto na perspectiva diagnóstica como terapêutica, justificando o ênfase que o American Board coloca no que define por *Specialists e Comprehensive*.

É crescente a convicção de que a *Especialização de Áreas Dedicadas* melhora a qualidade da prestação de cuidados.

Mas, qual será o impacto que uma decisão deste tipo, assumida de forma intempestiva, absoluta e administrativa, mais que clínica, terá no todo *comprehensive* da Cirurgia Geral?

A ser assim, nada mais restará que a *fragmentação* da prática cirúrgica em campos com fronteiras tão rígidas que, só por si, anulam a tão procurada qualificação.

De facto, a *qualidade* só será consistente quando traduzir a soma cooperativa e integradora das partes e nunca da emergência isolada de uma, mesmo que de excepção, em desfavor das restantes, ou, da gestão isolada de cada uma.

Apenas uma estratégia, clínica e organizativa, efectivamente integradora das mais-valias acumuladas por cada uma das *áreas dedicadas* poderá trazer a *qualidade*, a *diferenciação* e a *referência* que todos pretendemos e procuramos.

Regressando ao núcleo da questão, importa que se reflecta nas consequências que esta, eventual, *pulverização* da Cirurgia Geral poderá ter nos Serviços Centrais e, sobretudo nos Hospitais de Proximidade e na Urgência?

Com a expectável evolução demográfica das Sociedades, está por conhecer as consequências que esta redução, em número e volume de trabalho, terá para a *qualidade diária* dos Cirurgiões Gerais, não sendo poucas nem de *baixo peso*, as vozes que temem algo de desagradável.

Contudo, atendendo a que esta parece começar a ser uma decisão universal, os **Crucial Times** que vivemos neste domínio, não me parecem deixar lugar a muitas alternativas.

É minha convicção que, com os cuidados antes enunciados, nos Hospitais Centrais, nomeadamente Académicos, a *dedicação diferenciadora* não pode deixar de ser a *norma* aplicada com particular atenção e cuidado.

Será de fácil conclusão que o seu cumprimento rigidamente imposto poderá ser particularmente negativo, face aos eventuais conflitos próprios da Componente Física do Homem não ser, muitas vezes, compatível com o *tratamento por secções* e, sobretudo, porque os limites das patologias não serem compagináveis com linhas de fronteira politicamente definidas.

Pelas prementes decisões que nos são impostas sobre Metodologias Funcionais e de Organização, são *cruciais os tempos* que vivemos até porque é nosso dever não permitir que as decisões não sejam clínicas, técnicas e científicas, além de temperadas pelo mais elementar *bom senso*.

A SITUAÇÃO MAIS DELICADA SERÁ NA RESPOSTA À URGÊNCIA

Aqui, ou nos preparamos no sentido de seguir uma estratégia tipo *General Surgical Specialists*, ou é possível que, num futuro não muito longínquo, venham a ser os Cirurgiões *Super-Especializados* a exercer, na



Urgência, a mesma actividade dos actuais *Cirurgiões Generalistas*, agora ditos *Indiferenciados*.

No primeiro caso, impõe-se que não percamos tempo a desenvolver Programas Específicos de Formação em Cirurgia de Emergência, necessariamente não apenas Traumatológica, enquanto a delicadeza das consequências da segunda situação não parecem difíceis de antever.

O problema tem sido profundamente estudado no Reino Unido e muito bem caracterizado pelo estudo liderado pelo Grupo do Queen Alexandra Hospital, de Portsmouth.

Mostra esse estudo que os casos complexos, a exigirem intervenções imediatas em horas incómodas, por **Cirurgiões Especialistas de Órgão** são, em média 56 por ano, correspondendo a 1 caso por semana. **Concluem** que estas casos impõem a necessidade de serem encontradas **soluções pontuais para cada Região**, sendo necessária uma formação específica mais prolongada e profunda para os **General Surgery Specialists** de Áreas Geográficas onde estes casos sejam muito mais frequentes.

A **Resposta à Assistência de Proximidade** será, em meu entendimento, mais simples porque dependerá apenas da Definição de uma **Carta Hospitalar Portuguesa** bem pensada e adequada às Regiões, bem fundamentada em termos de Áreas de Intervenção e funcionalmente bem integrada numa adequada Rede Nacional de Referência.

Disse há um ano, nesta mesma condição e local, que urge caracterizar Capacidades e Competências, Técnicas e Institucionais.

Reafirmo hoje que, esse rigor objectivo de análise não pode deixar de passar por Processos de Acreditação, cumpridos através de **Auditorias**, necessariamente Internas mas fundamentalmente, **Externas** que **Acreditarão as Instituições e Recertificarão os Cirurgiões**, para Áreas Específicas de actividade clínica.

É inquestionável que a Cirurgia Geral *não pode deixar de continuar a ser o berço educacional e a guardiã da aprendizagem, investigação e assistência clínica* na nossa Área de Conhecimento e, assim, manter-se como *Especialidade* enquanto *Área Formadora*. Toda-

via, é meu entendimento que, acautelando os reparos, preocupações e estratégias anteriormente expressas, as capacidades e competências da Cirurgia Geral enquanto *Especialidade Assistencial*, se não reforçada, não poderá deixar de ser adequada e convenientemente valorizada.

Na génese destes problemas estão as actuais circunstâncias, de conhecimento, desenvolvimento técnico e tecnológico, impõem uma profunda e realista atenção *ao repensar dos tempos e modos* da formação continuada em Cirurgia.

Em diferentes Inquéritos efectuados, tanto nos EUA como no UK, os Internos referem que o período de Internato é insuficiente para que adquiram experiência bastante que lhes permita considerarem-se como **Cirurgiões autónomos**.

Tenho para mim, que as actuais 32 horas de trabalho semanal são claramente insuficientes, para permitirem a exposição a situações clínicas muito diversificadas e adequados tempos de formação técnica e treino, nomeadamente em Bloco Operatório.

Entre as soluções em equação, encontramos a defesa do alargamento do período de Formação, difícil, face aos actuais 6 anos de Internato, e a do treino em *Realidade Virtual* com base em *simulação computadorizada* que, com provas seguras de eficiência há muito comprovadas no mundo da aviação, poderá vir a suprir, com grande eficácia, aquelas limitações.

A importância e delicadeza da situação impõe-nos que todos, Tutelas apoiadas nas Sociedades Científicas, sejamos capazes de saber encontrar soluções válidas para estas aparentemente inconciliáveis situações.

Maior diferenciação técnica e científica, bem avaliadas e auditadas, favorecedoras da afirmação reconhecida de Centros Diferenciados e de Referência em Áreas Específicas e, sobretudo, todos com competência bastante para responder, com qualidade e segurança, aos nossos concidadãos tanto em Ambientes Centrais, como de Proximidade e de Urgência, é condição para que todos, Tutelas e Sociedades Científicas, temos de saber encontrar adequadas soluções.

Voltando às simbologias iniciais, direi que *é este bloco ainda disforme, denso e pétreo*, que teremos que



ser capazes de polir para *libertar* um Modelo Organizacional que reformule o Sistema, reforce a capacidade intrínseca do Serviço Nacional de Saúde, de modo a que *os comuns dos Cirurgiões* possam receber o Fogo que lhes restitua a motivação, capacidade e competência para bem poder responder aos desafios que a Saúde dos nossos concidadãos nos impõem no dia-a-dia.

Podem V. Exas., Senhor Director Geral da Saúde, pedindo-lhe que desta nota dê devida informação ao Senhor Ministro e Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos contar com a total motivação, empenho e

interesse da Sociedade Portuguesa de Cirurgia para dar corpo a esta tarefa que o País nos exige.

Uma palavra última de cumprimentos muito efusivos aos Cirurgiões Portugueses, registando com muito agrado a participação empenhada de todos os Serviços e Centros Hospitalares no nosso XXXII Congresso Nacional de Cirurgia, reconhecendo o trabalho desenvolvido e expresso através de Comunicações Orais, Vídeos e Posters, que este ano ilustrando a nossa actividade global superam, em número, todos os anteriores.

Correspondência:

HENRIQUE BICHA CASTELO
henriquecastelo@sapo.pt

Data de recepção do artigo:

27/06/12

