



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

A CIRURGIA E O CIRURGIÃO DO SEC XXI

CONTRIBUTO DA DIREÇÃO DO COLÉGIO DE CIRURGIA GERAL DA ORDEM DOS MÉDICOS PARA AS REFORMAS NA SAÚDE EM PORTUGAL *

“DECLARAÇÃO DA TERCEIRA”

** Este documento foi elaborado pela Direção atual do Colégio de Cirurgia Geral da OM, constituída por Alberto Midões (ULSAM-Viana do Castelo), António Menezes da Silva (Lisboa), António Ribeiro (CHUC-Coimbra), Eva Barbosa (CH S. João-Porto), Jorge Pereira (CHT/V-Viseu), José Augusto Martins (ULSLA-Santiago do Cacém), Licínio Rego (IPO Porto), Maria Manuel Botelho (CHLC-Lisboa), Rui Bettencourt (HSEIT-Açores), Sandra Carlos (HGO-Almada) e Sheila Martins (IPO Coimbra).*

Teve ainda o contributo, em alguns pontos e em momentos diferentes, dos elementos dos sucessivos elencos Diretivos do Colégio de Cirurgia Geral, de 2012 a 2020, a saber: José Costa Maia (CH S. João-Porto), Vieira Amândio (CHE/VNG-Gaia), Teresa Mónica Rocha (CHTS-Penafiel), Donzília Brito (IPO-Porto), Luís Silveira (Castelo Branco), Margarida Ivo (CHLN-Lisboa), Pedro Coito (Caldas da Rainha), Vítor Nunes (HFF-Amadora), John Preto (CH S. João-Porto), Carlos Daniel (CHTV-Viseu), João Corte Real (HGO-Almada), Luísa Quaresma (CHLC-Lisboa).

2022



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

A NECESSIDADE DE REFORMAS NA SAÚDE EM PORTUGAL

PREÂMBULO

Os membros da atual Direção do Colégio de Cirurgia Geral depois de terem vivenciado, no âmbito das suas atividades, os vários problemas da especialidade de Cirurgia Geral, entendem necessário tomar posição em relação aos assuntos mais prementes do exercício da Medicina em Portugal nas várias vertentes.

Nesse sentido elaboraram este documento com o título **“A CIRURGIA E O CIRURGIÃO DO SEC XXI – CONTRIBUTO DA DIRECÇÃO DO COLÉGIO DE CIRURGIA GERAL DA ORDEM DOS MÉDICOS”**, a que acrescentámos a frase **“Declaração da Terceira”**, por ter sido nesta ilha, na cidade de Angra do Heroísmo, que surgiu a ideia deste trabalho, na reunião da Direção do Colégio de Cirurgia Geral aí realizada, no dia 8 de junho de 2022.

O documento, extenso, está dividido em quatro “capítulos” e pretende ser uma chamada de atenção para os médicos em geral, para a Ordem dos Médicos, o seu Bastonário e os órgãos executivos, como são o Conselho Nacional e os Conselhos Regionais; para os Sindicatos Médicos, para outras Ordens Profissionais que têm responsabilidade também na Saúde em Portugal e, obviamente, para o Ministério da Saúde, para o Governo, para o Presidente da República e para a Comunicação Social.

Mas mais do que isso, pretende ser um contributo, não só para melhorar a Formação e ulterior desempenho dos Médicos, em particular no que se refere à especialidade de Cirurgia Geral mas, sobretudo, para melhorar a prestação de cuidados aos doentes, eles a verdadeira razão da nossa existência.

O documento será divulgado entre todos os colegas do Colégio de Cirurgia Geral, mas também nas Direções dos outros Colégios, dando a conhecer as limitações de várias ordens e a forma como o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está a ser desprezado e destruído pelos responsáveis políticos.

Queremos também rejeitar, de forma veemente, o epíteto de “profissionais de saúde” que atualmente nos é atribuído, designação agora inventada que nem sequer consta na Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. Os médicos não são profissionais de saúde, são médicos! Será que os juizes são profissionais de justiça e os governantes profissionais de política? Vamos exigir que os médicos sejam respeitados!



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

ÍNDICE

	Página
I	4
A) O ENSINO PRÉ-GRADUADO E A CIRURGIA: ATUALIDADE E FUTURO	4
B) O INÍCIO À PRÁTICA CLÍNICA	6
1. Ato médico	6
2. Formação Geral	7
C) FORMAÇÃO EM CIRURGIA GERAL	8
1. PROGRAMA DE FORMAÇÃO	9
2. IDONEIDADE FORMATIVA DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL	10
• Critérios para atribuição	10
• Orientador de Formação	10
• Auditoria (Visitas de avaliação de idoneidade) aos Serviços	14
3. AVALIAÇÃO CONTÍNUA E AVALIAÇÃO FINAL	14
II	16
O EXERCÍCIO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL	16
1. MODELO DE CONCURSO DE “ACESSO” À CATEGORIA DE ASSISTENTE	16
2. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO GERAL	17
• Chefia e Direção de Serviço	19
3. PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR	19
III	20
SUBESPECIALIZAÇÃO DA CIRURGIA GERAL	20
1. QUE SUBESPECIALIDADES?	21
2. CENTROS DE REFERÊNCIA E REDE DE REFERENCIAÇÃO	23
IV	24
NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DO SN	24
1. REFORMA DO MODELO E DO ACESSO HOSPITALAR	24
2. REFORMA DO MODELO DE URGÊNCIA	25
• Situação atual de CRISE permanente	26
• O Cirurgião Geral na Urgência	28
• Necessidade da Especialidade de Medicina de Urgência	31
3. REVISÃO DA CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR	32
4. É PRECISO SALVAR O SNS	32
ANEXOS	33



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

I

A) O ENSINO PRÉ-GRADUADO E A CIRURGIA: ATUALIDADE E FUTURO¹

O ensino médico em Portugal necessita, de imediato, de uma reestruturação, de modo a contribuir para uma melhoria substancial na prática médica no futuro. As Escolas Médicas devem ter a preocupação de se adaptar à evolução constante da sociedade e criar novos métodos de ensino. O Ensino pré-graduado da Cirurgia, à semelhança do Ensino Médico em geral, deverá ser dinâmico e ajustar-se à evolução constante da sociedade, às suas necessidades e constrangimentos, e num momento histórico de pressão sobre o aumento da formação de médicos impõe-se também uma visão pragmática sobre o ensino pré-graduado. Diferentes abordagens podem ser tentadas no ensino médico em geral e no da Cirurgia em particular, sendo difícil provar quais as abordagens pedagógicas mais eficazes. No entanto, há princípios que têm de estar presentes no desenho pedagógico do ensino pré-graduado: em primeiro lugar, identificar as patologias/problemas que deverão fazer parte do *core* desse ensino; em segundo lugar desenhar a estratégia pedagógica para a aprendizagem cognitiva deste conjunto de patologias/problemas; em terceiro lugar definir o nível de profundidade e as metodologias do ensino prático; em quarto lugar estimular a reflexão crítica sobre os aspetos específicos da terapêutica; em quinto lugar e talvez aquele que seja mais difícil mas talvez mais importante de realizar, proporcionar a experiência aos alunos de viver sobre a influência de “Médicos/Cirurgiões-Modelo”.

Para a concretização destes princípios pedagógicos, as Escolas Médicas têm uma responsabilidade primeira, que assenta na criação de condições de atratividade e entusiasmo para que diferentes médicos das diferentes especialidades encontrem na Academia um local ímpar de realização profissional. Este corpo de docentes deverá ser representado por Cirurgiões com atividade cirúrgica intensa, com aptidões e entusiasmo pela investigação básica/clínica e comprometidos com a transferência de conhecimentos com base na docência. A trilogia Cirurgião/Cientista/Docente é difícil de concretizar, mas a ambição da Academia deve ser máxima em gerar condições para que ela se realize o maior número de vezes possível. Um corpo docente com estas características é fundamental para a concretização de todo o plano pedagógico do ensino pré-graduado, a começar pela definição e atualização constante do conjunto de patologias/problemas a lecionar.

O segundo aspeto do plano pedagógico, a definição do modelo de ensino cognitivo, tem variado consideravelmente ao longo do tempo. Apesar das inúmeras hipóteses o princípio norteador do ensino da componente teórica/cognitiva é o de

¹ Texto elaborado com a colaboração do Professor Doutor Jorge Correia Pinto, Presidente da Escola de Medicina da Universidade do Minho.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

formar médicos que aprendam e mantenham a necessidade perene de entender mecanisticamente o porquê das coisas, os processos normais (fisiológicos) e os anormais (patológicos) e não se satisfaçam com o conhecimento superficial muitas vezes suficiente para o desempenho clínico modesto. A evolução dos currículos das Escolas Médicas tem proporcionado cada vez mais ao aluno pré-graduado a hipótese de desenhar o seu percurso académico. No entanto, é firme a convicção de que o *core* de patologias/problemas das diferentes especialidades cirúrgicas é crucial ser aprendido pela generalidade dos alunos pois, independentemente da sua diferenciação futura, a prevalência dos problemas cirúrgicos mais do que justifica a sua aprendizagem de forma transversal no ensino médico pré-graduado.

Relativamente ao modelo de ensino teórico, as tendências mais atuais apontam no sentido de a aprendizagem ser dirigida às diferentes formas de apresentação da doença e não a uma descrição clássica e narrativa das diferentes patologias. A título de exemplo, em vez de haver um conjunto de aulas a abordarem a apendicite aguda, a colecistite aguda, a diverticulite aguda entre outras causas de dor abdominal, a aprendizagem inicia-se a partir da própria dor abdominal e o raciocínio clínico é estimulado a ser desenvolvido a partir daí, abordando as diferentes causas/doenças que expliquem com mais acurácia a dor abdominal. Para este modelo de ensino ser melhor concretizado ele exige que a aprendizagem ocorra em pequenos grupos de alunos, o que obriga a uma mobilização de um grande conjunto de docentes. Isto não significa que as aulas com grandes grupos de alunos sejam abolidas, pois elas são uma forma eficiente de transferência de informação sobretudo quando existe um corpo docente limitado e um grande número de alunos. Além disso, este tipo de aulas, habitualmente não centradas na resolução de um problema, podem ser lecionadas digitalmente num modelo de ensino não presencial.

O terceiro ponto, o do ensino prático da Cirurgia, engloba diferentes aspetos, a saber: a observação em contexto hospitalar de doentes com patologia cirúrgica, a observação e treino do exame objetivo destes doentes, a observação da execução de procedimentos cirúrgicos no bloco operatório, bem como a realização de um conjunto de gestos de maior ou menor grau de dificuldade (diagnósticos e terapêuticos) específicos das áreas cirúrgicas. Neste sentido há desafios e oportunidades que convém explorar. Com a crescente realização de cirurgias minimamente invasivas vídeo-assistidas, a sua gravação e posterior análise e reprodução constituem uma ferramenta de ensino ótima que poderá substituir na maior parte dos casos a necessidade de os alunos estarem presencialmente dentro das salas operatórias. Na realidade, é cada vez maior a convicção de que a presença de alunos dentro da sala operatória será, infelizmente, rudimentar no futuro do ensino da cirurgia pré-graduada, já que nada substitui, para quem quer ser cirurgião, o “gosto” de estar numa sala de operações. Nos últimos anos uma das maiores



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

inovações introduzidas no currículo médico pré-graduado cirúrgico foi a introdução do ensino da ecografia à cabeceira do doente. Dentro dos próximos anos iremos provavelmente assistir à massificação e portabilidade dos ecógrafos (“novos estetoscópios”) e as Escolas Médicas devem acompanhar esta pequena revolução diagnóstica.

Os novos currículos de formação médica pré-graduada (p. ex. MinhoMD) englobam um conjunto de atividades de incentivo à reflexão crítica nos quais estão incluídos temas até há pouco tempo pouco desenvolvidos no ensino pré-graduado (p. ex. consentimento informado). Esta incorporação e estimulação da prática reflexiva é uma aposta importante dos currículos médicos mais recentes que visa estimular nos estudantes hábitos de reflexão crítica acerca do mundo e da sua prática profissional, nomeadamente no caso específico da Cirurgia sobre a importância de aspetos como o consentimento informado e da terapêutica através da invasão do corpo.

O Futuro próximo do ensino da Cirurgia nas Escolas Médicas assentará, em resumo, num ensino centrado na resolução de problemas, onde se estimulará o raciocínio clínico em pequenos grupos de alunos. As novas tecnologias digitais permitirão que uma parte importante do ensino cognitivo e prática se possa desenrolar sem prejuízo formativo de forma não presencial. No processo de tentativa de automatização cirúrgica a Cirurgia robótica acabará por se impor naturalmente na história futura da cirurgia abrindo possibilidades a estratégias de ensino cirúrgico tais como o uso de simuladores cirúrgicos. O papel destes simuladores na seleção de alunos com maior aptidão/paixão naturais pela cirurgia poderá desempenhar um papel mais fundamental no Ensino futuro da cirurgia. Entretanto, é responsabilidade das Escolas médicas criar as condições para estímulo e captação de docentes que tenham mérito assistencial cirúrgico reconhecido e fazer desenvolver neles os componentes da investigação e da docência.

B) O INÍCIO À PRÁTICA CLÍNICA

1. ATO MÉDICO

A Lei de Bases da Saúde — Lei n.º 48/90, de 21 de agosto determina, na sua Base XXXII, que o conceito de ato médico é definido na lei. Por seu turno, os Decretos -Leis n.ºs 176/2009 e 177/2009 — diplomas que regulam as carreiras médicas —, nos seus artigos 9.º, determinam que o médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde. Estabelecem, também, os mencionados preceitos legais, que o médico exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.

Encontra-se, pois, legalmente definido o conceito funcional de médico enquanto profissional integrado no Serviço Nacional de Saúde. Importa, contudo, e numa perspetiva mais ampla, determinar o conceito de ato médico, porquanto sendo a atividade médica altamente regulamentada por razões de interesse público, já que está em causa a defesa da vida e saúde dos cidadãos, é necessário especificar expressamente o conteúdo intrínseco dos atos dos médicos. Interessa ainda afirmar que não está em causa um mero interesse corporativo de defesa dos interesses dos médicos, mas antes sim o interesse público de não se permitir a todos os prestadores de serviços de saúde uma intromissão em atos exclusivos para os quais só os médicos estão, cabal e integralmente, habilitados.

Os limites do ato médico podem ser variáveis no tempo, no momento concreto e nas circunstâncias sociais e culturais em que são praticados, pelo que as formulações adotadas têm a flexibilidade ajustada a esta realidade. A regulação e defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos do doente torna imperiosa a definição da atividade médica, no contexto das atividades de saúde, determinando de forma objetiva o seu conteúdo e responsabilidades. São atribuições da Ordem dos Médicos, de acordo com o previsto no artigo 3.º do seu Estatuto, constante do Decreto -Lei n.º 282/77, de 05 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo artigo 3.º da Lei n.º 117/2015, de 31 de agosto, “regular o acesso e o exercício da profissão de médico” (alínea a) e “contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes” (alínea b).

2. FORMAÇÃO GERAL

A **Formação Geral** é o período da Formação pós-licenciatura que precede a Formação Especializada e destina-se a preparar o Interno para essa Formação Especializada, devendo contribuir para os Internos fundamentarem as respetivas escolhas, que devem ser criteriosas.

Uma vez que o Programa Formativo da Formação Geral (Anexo da Portaria 268/2018) estabelece que os médicos internos devem frequentar **Ações de Formação**, que abordem áreas enunciadas no artigo 9.º da Portaria, entendemos ser necessário proporcionar aos Internos Formação em outras áreas, como:

- a) Desinfecção e assepsia;
- b) Colocação e remoção de sonda nasogástrica;



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

- c) Algáliação de doente do género feminino e masculino;
- d) Punção de veias para colheita de sangue para análises ou administração de “soros”;
- e) Punção arterial para gasometria
- f) Princípios no tratamento de feridas.

Para além dos **Objetivos de desempenho** do artigo 5.º da Portaria acima referida, entendemos que no final do Bloco Formativo de Cirurgia Geral o Interno deve estar apto a:

- a) Saber interpretar as queixas do doente no sentido de reconhecer os sinais indicadores de situações cirúrgicas e atuar adequadamente perante as mesmas.
- b) Saber abordar o doente cirúrgico, quer na sua avaliação pré-operatória, quer no seguimento pós-operatório;
- c) Reconhecer sinais sugestivos de abdómen agudo nas suas diferentes causas;
- d) Reconhecer sinais sugestivos de choque, nas diferentes formas de apresentação;
- e) Reconhecer situação de possível enfarte agudo de miocárdio em contexto de dor abdominal;
- f) Saber priorizar os exames auxiliares de diagnóstico, nas diferentes situações de urgência cirúrgica;
- g) Saber avaliar um politraumatizado e definir a hierarquização da atuação, quer no que se refere ao suporte básico de vida, quer em relação à prioridade de exames complementares a realizar;
- h) Saber interpretar exames complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografia do tórax, radiografia simples do abdómen e resultados laboratoriais;
- i) Ser conhecedor das várias vias de orientação prioritária de doentes urgentes (Vias Verde), e estar familiarizado com os critérios de inclusão em cada uma delas.

C) A FORMAÇÃO EM CIRURGIA GERAL

A obtenção do título de especialista de uma qualquer área da Medicina é condição necessária para o ingresso na Carreira Médica. Esta, ao contrário do que se possa pensar, só tem início após o ingresso no lugar de Assistente, por concurso ou por contratação. Até lá, os médicos são indiferenciados, caso não tenham feito o Internato de uma especialidade ou apenas especialistas, caso tenham obtido o respetivo título.

Com a publicação do Decreto-Lei 73/90 foram definidas, pela primeira vez, as Carreiras Médicas: Carreira de Clínica Geral (hoje Medicina Geral e Familiar), Carreira Hospitalar e Carreira de Saúde Pública. Pelo DL 177/2009 foram as carreiras estendidas a mais duas áreas: Medicina Legal e Medicina do Trabalho.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

A Carreira Hospitalar, como o nome indica, é realizada nos Hospitais havendo, segundo o Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria 79-2018 de 16 de março, mais de quarenta especialidades, sendo a Cirurgia Geral uma delas. Além das especialidades há ainda Subespecialidades e Competências, em áreas específicas, com regulamentação própria, definida nos Estatutos da Ordem dos Médicos. Todas elas são “auditadas” periodicamente pelas ações dos Colégios da Especialidade, Subespecialidades e Competências da Ordem dos Médicos.

A Cirurgia Geral é considerada, ainda hoje, a especialidade mãe de um grande número de especialidades cirúrgicas, particularmente as que atuam sobre órgãos da cavidade abdominal. Mas a Cirurgia Geral, que para alguns corre o risco de perder protagonismo no panorama atual, em que se fala muito da cirurgia de precisão, também ela tem evoluído e encontrado, por moto próprio, o seu espaço de vanguarda, mantendo regras e qualidades do passado. Mais do que pensar em acabar ou eliminar o termo ou a especialidade de Cirurgia Geral, é necessário encarar o futuro e aceitar que os Cirurgiões Gerais têm outras vias para progredir, “especializando-se” em áreas ou valências específicas, tornando-se assim “muito diferenciados” nessas áreas.

Surge assim o conceito de **“Subespecialidade”**, de acordo com o conceito expresso no Estatuto da Ordem dos Médicos, que entendemos dever ser uma designação para quem escolha dedicar-se a uma dessas áreas ou valências. Assim, defendemos a existência e a continuidade da **Cirurgia Geral**, enquanto especialidade e a criação de subespecialidades da Cirurgia Geral. Não se trata de criar cirurgiões gerais de primeira e de segunda. Longe disso! Trata-se, isso sim, de proporcionar outros percursos a quem tem vocação para tal. Entendemos haver lugar para os dois tipos. Somos um país pequeno, heterogéneo, com diferenças abismais entre o norte e o sul, o litoral e o interior, as grandes e as pequenas cidades, o continente e as ilhas. É com base em todos estes parâmetros que consideramos pertinente a nossa proposta.

1 PROGRAMA DE FORMAÇÃO

O Programa de Formação da especialidade de Cirurgia Geral em vigor, foi aprovado pela Portaria 48/2011 de 26 de janeiro. O Regulamento do Internato Médico estabelece no n.º 1 do artigo 23.º que os Programas de Formação devem ser revistos, preferencialmente, de cinco em cinco anos. Foi já elaborada uma proposta do novo Programa de Formação, que aguarda aprovação ministerial e publicação no Diário da República. Nessa proposta mantêm-se as características atuais, nomeadamente a duração de 72 meses (6 anos), propondo-se alterações na valorização das competências, na forma de avaliação contínua e nas provas de avaliação final. No entanto, e fiéis às nossas ideias, avançamos com nova proposta



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

de **Programa de Formação (Anexo 1)**, na Parte III deste documento, caso seja aceite a criação de subespecialidades da Cirurgia Geral.

2. IDONEIDADE FORMATIVA DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL

2.1 Critérios para atribuição de Idoneidade e Capacidades Formativas (ICF)

Os critérios para atribuição e avaliação da Idoneidade Formativa e das Capacidades Formativas dos Serviços de Cirurgia Geral, nas perspetivas assistencial e formativa, para fins de formação de especialistas em Cirurgia Geral, estão contidos num documento onde é referida a definição e avaliação da Idoneidade Formativa e os critérios para atribuição das Capacidades Formativas aos Serviços (**Anexo 2**). Definem-se os requisitos para obtenção de idoneidade, considerando-se requisitos gerais e específicos. Os primeiros dizem respeito ao Diretor de Serviço, à Unidade de Internamento, ao quadro médico ideal, ao Bloco Operatório, à Consulta Externa, ao Serviço de Urgência, aos Serviços/valências disponíveis nas 24 horas, incluindo na Urgência, ao apoio à atividade assistencial e científica (no Serviço ou no Hospital). Os requisitos específicos dizem respeito a outros Serviços/valências que devem estar disponíveis, incluindo na Urgência, e à atividade Cirúrgica.

2.2 Orientador de Formação

Embora em última análise caiba ao Diretor do Serviço a responsabilidade maior na formação dos Médicos Internos, a figura que mais próxima está do Interno é o respetivo Orientador de Formação. A sua escolha deve ser criteriosa, de entre elementos do Serviço com aptidão para tal, como a seguir se refere.

a) Requisitos e características

São requisitos mínimos para poder exercer a função de OF, os seguintes:

- i. Ter o grau de especialista de Cirurgia Geral há, pelo menos, três anos;*
- ii. Desempenhar funções num Serviço de Cirurgia Geral com Idoneidade Formativa com horário não inferior a 35 horas;*
- iii. Possuir atividade clínica à data de início de funções como OF;*
- iv. Estar inscrito no Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos.*

O OF deverá ter um conjunto de características técnico-profissionais, tais como:

- i. Responsabilidade profissional;*
- ii. Competência técnica;*
- iii. Comunicação eficaz, oral e escrita, nos múltiplos contextos profissionais;*
- iv. Capacidade de estabelecer relações de cooperação e apoio;*



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

- v. *Capacidade de análise e de crítica;*
- vi. *Domínio da metodologia básica de investigação.*

b) Perfil

O papel do Orientador de Formação (OF), como formador com domínio de competências práticas e teóricas e com impacto no processo de formação de futuros especialistas em Cirurgia Geral, é inquestionável. Logo, é necessário estabelecer critérios de qualidade e formação contínua dos OF, proporcionar-lhes uma formação complementar, com o objetivo de melhorar o seu desempenho e de criar os incentivos adequados, para manter um alto nível de motivação dos Internos. É igualmente importante, estabelecer mecanismos de avaliação das capacidades formativas dos OF.

Na sua atuação o OF deve permitir, ao formando, a aquisição de diversos tipos de competências, não só da aprendizagem e aplicação de conhecimentos teóricos e da prática de procedimentos médicos (invasivos ou não), mas também do treino de competências de comunicação interpessoal. É fundamental que o programa de formação, os serviços formadores e os OF, proporcionem oportunidades adequadas ao desenvolvimento dos formandos em diversos domínios, tais como:

- i. Capacidade de liderança;*
- ii. Capacidade de gestão;*
- iii. Perspicácia clínica;*
- iv. Interesse pela investigação;*
- v. Abertura à inovação;*
- vi. Comunicação interpessoal;*
- vii. Ética profissional;*
- viii. Política de saúde;*
- ix. Critérios de custo/benefício.*

Ao longo do percurso pós-graduado, o OF assume papéis fundamentais:

- *Papel de criador do vínculo entre o interno e o seu orientador, fundamental para a aprendizagem por modelos ou mentores.*
- *Papel de avaliador. Em conjunto, o formador, o interno e o serviço em que estão integrados, são responsáveis por criarem momentos de aferição de conhecimentos, ao longo do processo de aprendizagem e, assim, permitir um crescimento pessoal e clínico progressivo, por etapas e sempre tutelado, baseado no ensino tutorial e no feedback da experiência clínica.*

c) Competências

i. Pedagógicas

Englobam os conhecimentos, aptidões e atitudes que todo o orientador deve possuir, indispensáveis ao processo de ensino/aprendizagem pós-graduado, em modelo de estágio.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

Estas competências deverão constituir o objeto preferencial do programa de aprendizagem, formal e não formal, de âmbito institucional, e são:

- ***Competências na transmissão de valores essenciais a uma boa prática***
 - *O conceito de ética e de responsabilidade médico-legal;*
 - *O dever de bom relacionamento e comunicação com os doentes, os colegas e outros profissionais.*
- ***Competências de carácter formativo***
 - *Estabelecer uma relação eficaz Orientador/Interno, conhecendo os estádios de desenvolvimento da pessoa que orienta;*
 - *Selecionar métodos e técnicas pedagógicas adequadas às situações de ensino/aprendizagem e às características do interno:*
 - *Aplicar estratégias de ensino, como apresentações de casos clínicos/questionário direto, feedback do formando e do orientador, ensino de acordo com o grau de diferenciação e evolução, uso de outros recursos, audiovisuais, biblioteca, etc.;*
 - *Aplicar técnicas de motivação;*
 - *Utilizar o papel da simulação e dos simuladores como método de ensino-aprendizagem;*
 - *Treinar as capacidades de análise e de crítica do interno, ajudando-o a estruturar os seus conhecimentos e a estabelecer conexões entre factos;*
 - *Identificar as modalidades, métodos e instrumentos de avaliação dos internos:*
 - *Aferir, periodicamente, a capacidade de execução do interno, notificando as preocupações relacionadas com a aprendizagem, com comportamentos, com o trabalho ou a sua evolução e delinear um plano de correção;*
 - *Proporcionar dados sobre a avaliação do Interno, quando indicado.*
- ***Competências de carácter relacional/comunicação***
 - *Aplicar os princípios da comunicação e gestão de conflitos;*
 - *Possuir mecanismos eficazes da gestão de tempo e do stress;*
 - *Dinamismo e inovação;*
 - *Dedicação, responsabilidade e exigência;*
 - *Capacidade de comunicação com os internos:*
 - *Servir de modelo positivo e eficaz;*
 - *Reforçar, positivamente, o desempenho adequado;*
 - *Capacidade de comunicação interpares.*
- ***Competências na planificação***
 - *Conhecimento do programa e grelha de avaliação do internato;*



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

- *Planificação do programa de formação e da programação de estágios.*
- **Competências em ensino/investigação/formação científica**
 - *Participação em atividades docentes;*
 - *Participação em trabalhos de investigação clínica;*
 - *Ensino e transmissão de metodologias de investigação clínica;*
 - *Participação em cursos ou seminários, a fim de adquirir conhecimentos para elaboração de trabalhos científicos;*
 - *Participação em congressos/reuniões científicas;*
 - *Participação em protocolos institucionais e ou do Serviço.*

ii. Ético-legais

- *Conhecer a política de saúde;*
- *Interpretar a Regulamentação dos Internatos Médicos;*
- *Respeitar a Ética;*
- *Valorizar os aspetos económicos.*

iii. De carácter logístico

- *Instruir o formando nas políticas e procedimentos do serviço e do hospital;*
- *Proporcionar uma aprendizagem adequada através da programação de todas as atividades, na realização das tarefas diárias, nas rotinas do serviço, no manuseamento de equipamentos e nas múltiplas tarefas na Urgência*

d) Avaliação do OF

As competências pedagógicas devem ser o objeto de intervenção direta e dirigida pelas instituições responsáveis pela formação médica pós-graduada. Estas instituições devem supervisionar o desempenho dos orientadores de formação, com o intuito de permitir o apoio e o desenvolvimento das suas funções e das suas tarefas. Só a auditoria dos resultados permite a otimização e a melhoria contínua do papel do Orientador na Formação. Essa avaliação pode ser realizada através de:

i. Autoavaliação;

ii. Avaliação indireta de comportamentos e atitudes do orientador no desempenho de diversas atividades:

- *Análise dos relatórios anuais de atividade;*
- *Intervenção na discussão e análise de relatórios de internos;*
- *Participação nas reuniões formais da Direção de Internato.*

iii. As instituições devem providenciar a aquisição e o desenvolvimento destas competências, promovendo a realização de cursos para orientadores de formação de internos da formação especializada de cirurgia geral.

e) Horário e remuneração compensatória



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

Entende a Direção do Colégio de Cirurgia Geral que a função de OF deve estar contemplada no respetivo horário e deve ser remunerada. Assim propomos o seguinte texto:

No horário dos OF, deve estar contemplada, pelo menos, uma hora por dia, para as tarefas próprias dessa função.

O exercício da função de OF deve ser remuneratoriamente compensado, à semelhança do que acontece com a chefia de equipa de Urgência, devendo ser atribuído um suplemento de 5% da remuneração base, valor esse que pode ser acumulável com outras compensações.

2.3 Auditoria (Visitas de avaliação de idoneidade) aos Serviços

As auditorias aos Serviços são realizadas por uma Comissão de Verificação, constituída por dois membros da Direção do Colégio, um representante do Conselho Regional a que pertence o Hospital do Serviço a visitar e um representante do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI) – artigo 14.º do Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades (Regulamento n.º 628/2016 publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 128 de 6 de julho), alterado pelo Regulamento 951/2022, publicado no DR n.º 128/2022, Série II de 13/10/2022.

Além da verificação dos requisitos referidos no Anexo 3, há a preocupação de ouvir os elementos do Serviço, em particular os Médicos Internos e conhecer a sua atividade, acompanhamento e desempenho ao longo da Formação.

Estas Visitas não são auditorias no verdadeiro sentido da palavra, até porque têm de ser autorizadas pelo órgão de gestão do hospital. Não é possível fazer Visitas surpresa ou assistir a intervenções cirúrgicas ou outras atividades do dia-a-dia.

3. AVALIAÇÃO CONTÍNUA E AVALIAÇÃO FINAL

Nos últimos anos o processo de avaliação contínua e final do Internato especializado de Cirurgia Geral, bem como o processo de ingresso dos novos especialistas nas vagas de assistente daí decorrente, transformou-se num processo de descrédito e verdadeiramente escandaloso, a que chamamos caricaturalmente “20, 20, 20”.

Creemos que é transversal, para quem de direito, Serviços e Colégio, que atingimos um patamar de desqualificação em que as notas atribuídas não podem, obviamente, corresponder à evidência formativa que é apresentada aos Júris de Avaliação Final. São confrontados com notas finais de Internato entre os 19,0 e os 20,0 valores. Inaceitável..



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

Tudo decorre do simples facto de que por conveniência/facilidade de decisão, a certificação do Internato (leia-se nota da Avaliação Final) tenha passado a condicionar, de forma determinante, a seriação para o provimento hospitalar, promovendo o tal cenário do “20, 20, 20” sem critério que o justifique. Obviamente, sem desmérito para os excelentes cirurgiões formados em tantos e tantos hospitais, sendo que o contrário, de forma excecional, infelizmente também seja verdade.

Conicionados por esta realidade, os Serviços e respetivos avaliadores elevam o mais possível a classificação da Avaliação Contínua, como forma de assegurar o provimento do “seu” Interno, não percebendo que os demais fazem o mesmo, resultando neste inaceitável princípio, distinguir os Internos entre si por milésimas...

É necessário e urgente mudar este cenário, para o que se impõe adotar algumas medidas, não só no modelo e classificações nos dois momentos da avaliação dos Internos, a **Avaliação Contínua** e a **Avaliação Final**, mas também, e não menos importante, no formato do Concurso para ingresso nos hospitais. Neste caso, a classificação da Avaliação Final do Internato, ainda que deva ser tida em conta, não pode ser o parâmetro determinante para a seriação dos Internos. Abordaremos os dois pontos, Avaliação e Concurso, separadamente.

3.1 Avaliação Contínua (AC)

Não sendo claro o que distingue um cirurgião de 15 de outro de 16 valores, por exemplo, o que importa é que qualquer deles esteja APTO a exercer a especialidade de Cirurgia Geral, onde quer que seja. Para tal importa encontrar um método sério que valide a formação e atribua o grau (título) de especialista.

São fundamentais duas circunstâncias: o cumprimento de um Programa Formativo exigente para cada ano do Internato, sendo responsabilidade do Serviço formativo assegurar as condições para a progressão dos Internos; a necessária auditoria anual da Ordem dos Médicos, através da Direção do Colégio, para garantir o cumprimento dos pressupostos que determinam essa progressão. O incumprimento do Programa determina a não progressão para o ano seguinte com a conseqüente repetição.

Em termos concretos a Direção do Colégio já elaborou (aguarda publicação!) um Programa de Formação com um grau de exigência elevado para cada ano do Internato, e os Serviços obrigam-se-ão a criar e exigir as condições para o seu cumprimento. Por outro lado a Direção do Colégio validará, em cada ano, a progressão dos Internos, através da análise do relatório que anualmente deve ser entregue, bem como da avaliação atribuída no respetivo Serviço. Assim torna-se



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

irrelevante a avaliação quantitativa, na medida em que o Interno estará (ou não) APTO a progredir para o ano seguinte.

Repetindo-se o processo ao longo dos seis anos de Internato, o Interno estará APTO a apresentar-se à Avaliação Final, sem avaliação quantitativa.

3.1 Avaliação Final (AF)

Propõe-se que a primeira prova seja a Teórica, que tenha a forma escrita, sendo um Teste Nacional, transversal a todos os Internos que terminam o seu Internato na respetiva época, realizado segundo regulamento a elaborar. Só passará à prova seguinte (Avaliação do “*Logbook*” (Caderneta do Interno), que substitui a Prova Curricular), quem obtiver **50%** de acertos no teste, que determinará uma nota de carácter quantitativo. A Prova Prática, será a última e consistirá na discussão de casos clínicos.

Este Exame determinará, como atualmente se verifica, a classificação quantitativa da **Avaliação Final**, que corresponderá à média aritmética das classificações obtidas nas três provas, com uma **nota final** de zero a vinte valores.

II

O EXERCÍCIO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL

1. MODELO DO CONCURSO DE ACESSO À CATEGORIA DE ASSISTENTE

Ao longo dos anos vivenciamos muitos modelos de concursos de provimento e nenhum se revelou perfeito porque provavelmente é impossível. Mas os resultados do atual modelo, para o qual anualmente todos temos contribuído ao manter e participar em Júris de avaliação final, são verdadeiramente escandalosos. Cremos ser um imperativo ético propor a mudança, ainda que saibamos quão difícil é consegui-la. Mas não nos poderão acusar de não termos tentado!

Num concurso que se exige aberto pelo próprio Hospital e não pela ACSS, (que o faz de forma cega e interessada), de modo a poder definir o futuro do respetivo Serviço, se possível com perfil, entende-se que a fórmula de avaliação privilegie a **Entrevista** e não a nota final do exame de Internato.

A Entrevista (E) é uma prova essencial neste tipo de Concurso. Propomos que nela sejam considerados três parâmetros que serão valorizados individualmente:

P – adequação do perfil do candidato às necessidades do serviço: valorizado de 0 a 7 valores;



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

A – adaptação e conhecimento da realidade local do distrito e do Serviço: valorizado de 0 a 6 valores;

Exp – experiência em área específica: valorizado de 0 a 7 valores.

A classificação da Entrevista resulta do somatório das classificações dos três parâmetros: **E = P + A + Exp**;

A classificação final da prova resultará da aplicação da seguinte fórmula:

Classificação Final = (0,5 x Nota Final Internato) + (0,5 x Entrevista).

2. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO GERAL

2.1 Competências

Na cirurgia, **competência** é a capacidade de aplicar, com sucesso, conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais, a tarefas que lhes são habituais, bem como a novas situações. Devemos distinguir competências de deveres, profissionais e éticos, de qualquer profissional, particularmente no exercício da medicina. Não podemos esquecer que antes de ser Cirurgião, o Cirurgião Geral, assim como o especialista de qualquer outra especialidade cirúrgica, é médico e como tal tem deveres. Defender as boas práticas em todos os momentos e circunstâncias da avaliação, diagnóstico e tratamento dos doentes é um deles. As competências específicas do Cirurgião Geral advêm, pois, das faculdades adquiridas e próprias destes especialistas e das atividades que caracterizam a especialidade de Cirurgia Geral. Devemos distinguir as competências técnicas e as não técnicas.

a) Competências Técnicas

O Cirurgião Geral desenvolve a sua atividade assistencial nos Serviços de Cirurgia Geral e nos Serviços de Urgência. Para além da sua atividade, própria da especialidade nas suas várias vertentes, o seu campo de ação está abrangido pela atividade operatória programada nos Blocos Operatórios, pela atividade na Consulta Externa, na realização de alguns exames complementares de diagnóstico e no seguimento dos doentes operados. Para tal é necessário avaliar devidamente os doentes, orientar a investigação das situações clínicas, estabelecer o diagnóstico e propor o tratamento adequado, nomeadamente a intervenção cirúrgica ou, em situações específicas, apresentar o caso a discussão com os seus pares nas reuniões de decisão terapêutica. Depois executar as intervenções cirúrgicas adequadas a cada caso, segundo o conhecimento à data e respeitando as *leges artis*.

b) Competências Não Técnicas

Para além das competências técnicas são hoje competências essenciais adicionais as capacidades não técnicas, como a inteligência emocional, a capacidade de comunicação e a capacidade de liderança. Um líder cirúrgico tem de saber



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

comunicar, não só com os doentes e seus familiares, e com os outros profissionais, mas também com as Administrações Hospitalares, a Direção do Internato, a Ordem dos Médicos e os políticos. Um líder cirúrgico formado pela tríade tradicional: capacidades técnicas, investigação e ensino não reúne, hoje, competências para chefiar uma equipa ou Unidade, ou dirigir um Serviço ou um Departamento com sucesso.

- **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.

- **Tomada de decisão**

Saber considerar as diferentes opções, selecionar 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 partilhar 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 de 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.

2.2 Atribuições

Atribuição é, regra geral, uma função específica que cabe dentro da competência. Tendo em conta os diferentes locais de atuação o Cirurgião Geral terá, necessariamente, diversas atribuições nos vários desempenhos, particularmente na sua atividade assistencial nos Serviços de Cirurgia Geral. Mas será talvez no Serviço de Urgência onde mais se faz sentir a necessidade de melhor definir as suas atribuições.

Excluindo as situações em que acabam por se desenvolver valências de superespecialização e situações de elevada exigência técnica que devem ser geridas



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

pelos Diretores de Serviço em conjunto com os seus colaboradores e com os respetivos protagonistas, a atividade do cirurgião geral fora da urgência não suscita controvérsia. Mas deve privilegiar as decisões baseadas em consensos adquiridos e desenvolvidos em reuniões multidisciplinares e o acompanhamento dos doentes a seu cargo mesmo no decurso da execução de terapêuticas adjuvantes. Deve ainda ser obrigatória uma atividade científica válida incluindo sobretudo a Investigação Clínica e a colaboração conjunta de vários centros.

- **Chefia e Direção de Serviço**

A Chefia de Unidades Funcionais ou equipas do Serviço deve obedecer a critérios bem definidos baseados na capacidade técnica, nas competências não técnicas e também na confiança hierárquica institucional, nomeadamente do Diretor Clínico. Daí a necessidade de criar mecanismos que possam ser considerados para “eleger” a chefia dessas Unidades, nomeadamente a subespecialização, que adiante abordaremos.

A Direção de Serviço é, efetivamente, um lugar de extraordinária importância. Não há Cursos para Diretor de Serviço, mas há critérios que devem ser exigidos para desempenho do cargo. Entendemos que o Diretor de Serviço deve ser nomeado, pelo CA do hospital, de entre Chefes de Serviço, designação que deve voltar a ser usada em vez da atual de Assistente Graduado Sénior. Não pode manter-se o método **irracional** atual, plasmado no DL 18/2017, que ocasionou os maiores atropelos nos diversos atos recentes para nomeação de Diretores de Serviço, atos esses que têm designação de “procedimentos concursais”, em que se constituíram “comissões de escolha”, como se fosse para a aquisição de equipamentos ou materiais para os hospitais, que integram, pasme-se, administradores hospitalares! É tempo de os médicos serem respeitados e ser dada ao Diretor de Serviço a importância e o valor que realmente tem.

3. PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR

Desde há alguns anos os Conselhos de Administração (CA) dos hospitais são lugares políticos. A manter-se esta forma de nomeação preferindo os amigos e correligionários políticos, em vez da competência e conhecimento, os Serviços de Saúde manterão a sua rota de qualidade descendente a que vimos assistindo, que não é mais grave devido à dedicação de quantos neles trabalham, particularmente os médicos, os enfermeiros, os Psicólogos, os Técnicos e também os profissionais de saúde, que complementam a atividade daqueles.

Os hospitais não são uma empresa simples, não são uma qualquer fábrica simples, e não trabalham um qualquer material inerte. Os hospitais destinam-se a tratar doentes. Trabalham pessoas, seres humanos, alguns na condição de doentes, muitas



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

vezes com pouca ou nenhuma solução. Os hospitais não funcionam com números. Isso é algo que uma pessoa com um diploma em gestão de empresas e muito qualificada nunca entenderá. Como é que alguém com esse diploma pode administrar uma empresa sem conhecer o campo de ação da mesma? Como é que alguém pode gerir uma empresa de que nada percebe? Do mesmo modo como pode um médico que nunca trabalhou em um hospital administrá-lo da melhor maneira?

Em um estudo publicado no *The Guardian*, em 2011, David Brindle conclui que os médicos seriam a melhor opção para administrar os hospitais, que poderiam estar muito melhor se nos últimos 30 anos fossem administrados por eles. Infelizmente, por razões políticas de quem nos tem (des)governado nos últimos 30 anos, houve uma diminuição de médicos em lugares de liderança.

Um outro estudo realizado por Amanda Goodall nos EUA encontrou uma ligação entre os principais hospitais e a liderança por médicos. O autor do estudo analisou os 100 melhores hospitais dos EUA em vários campos. Por exemplo, dos 100 principais hospitais de tratamento do cancro, 51 eram administrados por médicos qualificados. Dos 6500 hospitais dos EUA, apenas 235 tinham médicos como executivos-chefe. Esses números significam que os resultados podem ser ainda melhores se mais hospitais forem liderados por médicos. De acordo com Amanda Goodall, os hospitais liderados por médicos tiveram índices de qualidade 25% superiores aos outros hospitais. O autor diz uma coisa interessante e importante: *"Parece que convenções milenares sobre a contratação de médicos – atualmente uma ideia que é desfavorável em praticamente todo o mundo – podem estar certas o tempo todo"*. Infelizmente esta “verdade” não é aceite e o conhecimento e competência são substituídos por “homens de colarinho branco” que assumem o controlo, administrando os orçamentos dos hospitais. O não ter médicos em lugares de liderança em hospitais nos dias de hoje é lamentado, mas apenas isso porque a saga continua...

III

SUBESPECIALIZAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

A Formação em Cirurgia Geral tem seguido uma tradição antiga, baseada na forma como esta “profissão” era vista no passado. O início da atividade cirúrgica desempenhada por médicos e a sua relativa “simplicidade” na época, deu origem a um conjunto de médicos que, de acordo com a sua experiência, competência e preferências, estariam aptos a executar essa atividade nas suas várias vertentes. De facto, as diversas operações e terapêuticas de cariz cirúrgico que até há relativamente pouco tempo se praticavam, correspondiam à diferente conjugação e sequência de um relativamente estável conjunto de gestos aplicados em diversos



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

suportes e com diversas finalidades. O conhecimento e a competência técnica para executar os gestos cirúrgicos correspondentes, aliados ao estudo e prática das várias operações habilitava o cirurgião a tratar, operando praticamente tudo. Era o tempo do “Cirurgião Universal”.

Mas mais recentemente, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento da Anestesia, das medidas de suporte de vida e da capacidade de reanimação, bem como a evolução do conhecimento de novas entidades patológicas e o desenvolvimento de novas capacidades para o seu tratamento, aliadas a novas técnicas e tecnologias em crescimento exponencial e à complexidade de diagnósticos ou de tratamento, levaram à necessidade de criar novas especialidades e, atualmente, várias subespecialidades dentro da Cirurgia Geral, para o que é necessário conhecimento específico e especializado, e experiência.

O “Cirurgião Universal”, que abarcava todas as situações passíveis de tratamento cirúrgico, acabou por dar origem à “especialidade” de Cirurgia, que surge no século XIX, dando origem mais tarde a outras especialidades autónomas, o que motivaria a adoção da designação de Cirurgia Geral ao que antes era apenas Cirurgia. Se, por um lado, se entende esta designação, para a distinguir das outras “Cirurgias”, a verdade é que ela ficou como a especialidade “capaz de executar o que for preciso”, o que é abusivamente levado à letra por outras especialidades e, particularmente, pelos órgãos do ministério da Saúde e administrações hospitalares, o que é, no mínimo, inaceitável.

Agora a Cirurgia Geral prepara-se para ir dando origem a Cirurgiões “altamente” especializados em áreas cada vez mais específicas e complexas. No entanto e porque “quem só de um assunto sabe, nada sabe na realidade”, este Cirurgião altamente especializado deve nascer de um Cirurgião com Formação Universal, que é o Cirurgião Geral que, com toda a legitimidade, poder-se-á “superespecializar”. De notar que também as especialidades não cirúrgicas sofreram a mesma evolução e passam por idênticas mudanças.

É este o desafio atual de quem tem por missão a gestão da Formação em Cirurgia Geral, a Direção deste Colégio, que não pode ficar parada a assistir à degradação dos Serviços, à acumulação de defeitos e ao não aproveitamento das capacidades de tantos especialistas desejosos do reconhecimento das suas aptidões nas várias vertentes, atentos à universalidade da Formação Cirúrgica de base que é, inalienável.

1. QUE SUBESPECIALIDADES?

Adquirido o grau de especialista de Cirurgia Geral, depois de quatro anos de Formação, este especialista está apto a desempenhar a sua atividade em qualquer



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral de qualquer hospital. Mas este Cirurgião Geral poderá candidatar-se a uma **subespecialidade**, numa área mais específica, que é uma forma de qualificar a sua atividade nessa área, em que a experiência, o conhecimento e o volume de patologias e intervenções determinam melhores resultados e menor morbimortalidade.

Entendemos que devem ser de áreas ou valências em que o princípio enunciado seja aplicável. Atualmente têm diferenciação para serem incluídas neste conceito, as seguintes valências:

- Cirurgia da Cabeça e Pescoço;
- Cirurgia da Mama;
- Cirurgia da Parede Abdominal complexa;
- Cirurgia do Esófago, Estômago e Duodeno;
- Cirurgia da Obesidade;
- Cirurgia Colorretal;
- Cirurgia Hepatobiliopancreática;
- Cirurgia dos Sarcomas;

Também entendemos ser necessário criar a **Cirurgia de Urgência/Emergência**, que certamente irá contribuir para uma melhoria, não só da prestação de cuidados, mas também da liderança das equipas cirúrgicas na Urgência.

Nestes conceitos não se inclui o tratamento de patologia benigna da mama; excisão de gânglios cervicais e de outras regiões; tratamento de hérnias epigástricas, umbilicais e inguinais; colecistectomia laparoscópica simples; hemorroidas simples, fissuras e fístulas anais simples, procedimentos que continuarão a ser realizados pelo Cirurgião Geral, particularmente em hospitais periféricos/nível 1.

Subespecialidades Cirurgia Geral		
Cirurgia Geral + 2 Anos	+ 3 Anos	+ 4 Anos
Cabeça e pescoço (+ Tiroide)		
Mama		
Parede abdominal complexa		
Bariátrica		
Cirurgia de Urgência/Emergência		
Esófago, Estômago e Duodeno		
Colorretal		
Sarcomas		
Hepatobiliopancreática + Transplante Fígado/Pâncreas		



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

A “**diferenciação**” nestas áreas durará, em termos de formação, entre 2 e 4 anos conforme o grau de exigência da patologia em questão, como no quadro acima se sugere. A ser aprovada, esta proposta deverá implicar a estruturação hospitalar pública de acordo com o conceito. Hospitais de nível 2 têm de se organizar com grupos de interesse (no mínimo!) nestas patologias e apresentar os resultados. Qualquer serviço desta dimensão tem que se organizar assim e ter especialistas com esta diferenciação, caso contrário serão hospitais de nível 1, impossibilitados de fazer cirurgia mais diferenciada e terão de o justificar pelo volume e pela avaliação regular da morbimortalidade.

Para cada subespecialidade será definido e aprovado um **Programa de Formação**, com duração e teor adequados a cada uma delas, com definição dos estágios, dos números e das avaliações. Cumprido com aproveitamento o respetivo Programa de Formação, determinará a atribuição da Subespecialidade em determinada área, em que o detentor da mesma desempenhará as suas funções em Serviços com diferenciação na respetiva valência.

2. CENTROS DE REFERÊNCIA E REDE DE REFERENCIAÇÃO

A criação de Centros de Referência (CR) em 2014 obedeceu a critérios muito mal definidos, sem a exigência principal, ou seja a experiência suficiente e necessária desses Serviços, baseada em números e resultados credíveis. Por outro lado houve, como sempre acontece neste país, o receio de ferir suscetibilidades de determinados “senhores”, de não ter coragem de excluir quem não tinha capacidade ou competência e satisfazer os “compadres”. Foi assim que se criaram Centros com exigência de números muito aquém do que deveria ser exigido o que resultou na criação de um número exagerado como no caso de CR de cirurgia do reto no país ou de CR do transplante de órgãos em Lisboa (cinco!). Tudo isto por não haver uma coordenação baseada no conhecimento e na competência da parte de quem foi “convidado” a liderar este processo, como vem acontecendo no nosso Ministério da Saúde.

A subespecialização só poderá ser obtida em CR reconhecidos como tal, ou afiliados a outro hospital, criados ou a criar, credenciados, reconhecidos e acreditados pela UEMS. Tendo em consideração o teor que determinou a criação dos atuais CR, o conceito deverá, obviamente, ser alargado para as subespecialidades que envolvem a cabeça/pescoço e tiroide, a mama, a parede abdominal complexa, o estômago e o cólon, independentemente da natureza da patologia. Para a obtenção da diferenciação em cada uma das valências referidas, deverá ser definido, anualmente, um mapa de vagas para cada uma delas.

Embora com diferentes níveis de diferenciação e equipamento, a Cirurgia Geral é uma das especialidades nucleares e estruturantes da atividade hospitalar e uma das



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

áreas fundamentais da prestação de cuidados de saúde. Está disponível em todas as Instituições que integram a Rede Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo sido elaborada a sua Rede de Referência Hospitalar em 2009 sob a responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), **que, no entanto nunca obteve aprovação ministerial, inviabilizando a sua consequente publicação.**

Esperamos poder dar algum contributo numa área tão importante e tão sensível, como é a de criar Centros de Excelência, bem como participar na definição da Rede de Referência.

IV

NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DO SNS

1. REFORMA DO MODELO E DO ACESSO HOSPITALAR

Mais do que a reforma do modelo hospitalar e do acesso ao mesmo, é necessário reformular toda a atividade na Saúde. É necessário dar atenção ao SNS e tomar as medidas necessárias para o melhorar. Para tal torna-se necessário:

- **Priorizar a saúde e o bem-estar dos profissionais** não só dando as condições e os meios necessários, mas também remuneração de acordo com a diferenciação e responsabilidade;
- **Estimular os profissionais:** os médicos de todas as áreas e valências, bem como os Enfermeiros, Farmacêuticos, Psicólogos e Técnicos, para que, com o seu contributo se melhore progressivamente a prestação de cuidados;
- **O direito à saúde** deve constituir um objetivo intransigentemente defendido por todos. Todos devem estar envolvidos nas melhorias para o futuro, independentemente da filiação política e/ou grupo profissional. A Saúde não é património da esquerda ou da direita. **É um direito!** Mas deve haver também a preocupação de inculcar nos cidadãos o dever de cuidar da própria saúde, promovendo informação sobre estilos de vida saudável.
- **Falar verdade:** é necessário que os políticos falem verdade, se preocupem com a sustentabilidade e transmitam esses princípios aos dirigentes dos hospitais. Falar aos médicos e aos outros profissionais com verdade; estimular a criação de ambiente positivo, com justiça e respeito; clarificação dos atos.
- **Plano Nacional de Saúde:** é preciso um SNS que garanta a universalidade, investimento planeado plurianual, com garantia de atingir metas definidas de um Plano de Saúde que é urgente definir e aprovar, quer em princípios, quer em tempo, quer em financiamento



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

- **Academia SNS:** É necessária a harmonização de todos os organismos envolvidos na saúde, começando pelas Escola Médicas. A criação de uma Academia SNS poderá ser uma iniciativa que sustente esta ideia.

O acesso aos hospitais deve também ser pensado para encontrar uma forma mais racional, particularmente no acesso à Urgência. Não podemos continuar a assistir ao recurso ao Serviço de Urgência de cidadãos que, embora doentes, não carecem de cuidados hospitalares. Para tal é imperioso que o “pré-hospitalar” esteja devidamente organizado para poder assistir esses “doentes” e, só em caso de necessidade, serem enviados aos Serviços de Urgência hospitalares.

Também o acesso à Cirurgia Geral e às outras especialidades cirúrgicas deve obedecer a critérios bem definidos tornando esse acesso célere. É importante lembrar a criação, em 2004, do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), que veio regular toda a atividade cirúrgica programada de todas as especialidades cirúrgicas e abarcar todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica, até à conclusão do processo, após realização da cirurgia, nos hospitais públicos e nos privados. Este modelo, muito bem idealizado e que estava centralizado na ACSS, pretendia reduzir o tempo de espera; garantir a equidade do acesso; promover a eficiência global do sistema através da otimização da gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia e dos recursos afetos; e garantir a qualidade e a transparência da informação. Acabaria por ser destruído na própria ACSS, ao “encerrar” a Unidade Central do SIGIC, com grave prejuízo para os doentes e para as contas públicas e que seria importante reativar...

2. REFORMA DO MODELO DE URGÊNCIA

Desde há muito que se vive com o sentimento permanente de que a filosofia dos nossos Serviços de Urgência (SU) necessitam de uma reforma profunda. Nos dias de hoje, a organização do SU é igual à de há mais de 40 anos, dependendo, essencialmente, de duas especialidades: Medicina Interna e Cirurgia Geral. De certa forma também da Ortopedia, embora esta especialidade tenha uma área de atuação mais definida. Pode dizer-se que a Cirurgia, a Medicina Interna e a Ortopedia eram as responsáveis, e ainda são, dos balcões de urgências dos hospitais de todo o país, um modelo que copiava o modelo existente nos Hospitais Cívicos de Lisboa. Observavam todos os doentes que acorriam à urgência, encontrando-se em presença física, com as outras especialidades, na altura menos do que hoje, em prevenção. Hoje, mantém-se a mesma fórmula, ignorando as modificações que a Cirurgia Geral sofreu durante os anos que passaram.

Se, na altura, a Cirurgia era verdadeiramente geral, hoje assistimos a uma progressão geométrica do saber médico e da tecnologia inerente e é consensual que é muito difícil para um único cirurgião saber tratar com a mesma competência e atualidade



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

patologias distintas do foro da Cirurgia Geral. Por esse motivo, temos vindo a assistir à setorização dos serviços de cirurgia geral no país, inicialmente nos grandes hospitais e, agora, até nos de menores dimensões. A par desta ramificação da disciplina Cirurgia, e de todo o saber médico em última análise, as necessidades das populações foram aumentando e diversificando, enchendo as listas de espera dos Hospitais, primeiramente para consultas e, conseqüentemente, para intervenções cirúrgicas. A exigência do utente também se modificou, fruto do avanço tecnológico da informação ao seu dispor, que põe na ponta dos dedos de cada ser humano um manancial, nem sempre compreensível e por vezes bacoco, de opções de tratamento.

Os SU são verdadeiros “canibais” de Especialistas, **impedindo-os de exercer a função para a qual foram treinados** e em cuja Formação o próprio Estado investiu. Este tempo gasto nos SU é um “handicap” enorme para todos os Serviços de Cirurgia Geral do país. Este tempo que se traduz em redução do tempo disponível para a rotina, origina uma redução da produtividade. Na verdade, **os quadros dos serviços de cirurgia geral são dimensionados para suprir as necessidades da urgência, não das atividades de rotina.**

- **Situação atual de crise permanente**

Os Serviços de Urgência de todos os hospitais vivem em “crise” desde há longa data. Essa “crise”, tão anunciada nos meios de comunicação social, em particular no domínio da Cirurgia Geral hospitalar não é, verdadeiramente, algo de novo ou imprevisível. Há anos que esta crise está instalada agudizando-se em função de alguns fatores, sendo o mais recente a pandemia do vírus SARS-cov2, responsável pela COVID-19, mas é fundamentalmente consequência de uma realidade há muito identificada e para a qual não se têm procurado soluções de fundo.

Os SU sempre foram fonte de problemas, por uma razão ou outra. Nos últimos 20 anos tem-se assistido ao ultrapassar das capacidades dos SU, resultando em uma procura exagerada, tempos de espera prolongados e atraso na prestação de cuidados, com as conseqüentes queixas e insatisfação dos utentes. Vários fatores terão contribuído para este fenómeno como a concentração das populações à volta dos grandes centros urbanos e a desertificação do mundo rural, além de **uma inexistente educação para a saúde**, que empurra os doentes para os hospitais e para fora dos centros de saúde, bem como o encerramento, com a vinda da “Tróica”, dos sistemas de apoio periféricos que reduzem as entradas nos SU: SUB e SAPs.

Com o aumento sustentado do número de doentes, as especialidades estão a ficar exauridas, os especialistas cansados, assistindo-se hoje ao nunca antes visto: Cirurgiões Gerais pedirem dispensa das urgências assim que chegam à idade em



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

que isso lhes é facultado. Estes profissionais, além de não verem as suas equipas serem reforçadas à luz do aumento da afluência de doentes, não foram adequada e proporcionalmente recompensados pelo seu trabalho. É gritante o gasto de recursos humanos nos SU, para tempos operatórios baixos, **com a existência de listas infindas de doentes a aguardar cirurgia eletiva.**

Estas regras, que obrigam à presença na urgência de um número de Especialistas de Cirurgia Geral, comprometem, objetivamente, o funcionamento diário dos Serviços, no que diz respeito à sua atividade assistencial diária, realidade que é transversal a todo o país. Por outro lado, a capacidade formativa dos Internos está comprometida, pelas alterações organizacionais geradas nos Serviços, que interferem diretamente com a disponibilidade dos Orientadores de Formação no acompanhamento dos mesmos.

O êxodo dos profissionais de saúde para o florescente e alimentado setor privado, o envelhecimento dos quadros, a indefinição das carreiras, os baixos salários, o excesso de trabalho, a intencionalmente pesada máquina burocrática do estado que limita a abertura de vagas de ingresso hospitalar e complica e dificulta os concursos e, no fundo, um **verdadeiro desinvestimento no Serviço Nacional de Saúde**, são fatores que contribuem para o “estado a que isto chegou”. Apesar deste (des)tratamento, e como todos pudemos constatar, o SNS garantiu aos portugueses, nesta brutal crise pandémica que ainda não terminou, a sua segurança e sobrevivência num sacrifício pessoal e profissional heroico. Tudo são razões para refletirmos sobre as soluções que se impõem encontrar para ultrapassar a crise das urgências, mas que **está condenada ao fracasso, se essas soluções não contrariarem a dinâmica instalada**, procurando novos modelos de organização das urgências hospitalares, que levarão tempo a ser implementados, razão pela qual importa começar quanto antes essa reforma que tem que ser inovadora, revolucionária até, como foi o próprio SNS.

A crise em diferentes hospitais tem aspetos comuns que são, no essencial, o excesso de doentes nos Serviços de Urgência e a falta de recursos humanos para responder a essa procura. Mas não só. Há um fator determinante para que esta incapacidade de resposta seja ainda maior que é, na nossa opinião, o seu modelo de organização e funcionamento, consumidor de recursos com poucos resultados e que se revela nos tempos de hoje, esgotado e ultrapassado. **É preciso uma solução nova!**

Os Cirurgiões e os Internistas mantiveram-se nos SU onde são os responsáveis por toda a patologia urgente, excluindo a do foro da Ortopedia, que também representa uma fatia importante do número de doentes. A Medicina Interna abarca toda a patologia médica, do seu foro e do foro de outras especialidades médicas e o mesmo se verifica para a Cirurgia Geral, em relação à patologia cirúrgica. Por outro lado a evolução técnica e tecnológica teve um papel importante, bem como a



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

introdução do sistema pré-hospitalar com apoio médico para a melhoria dos cuidados, **exigindo profissionais cada vez mais diferenciados e melhor preparados.**

O excesso de procura tem a ver, necessariamente, com a incapacidade que os cuidados de saúde primários têm, em toda a sua dimensão, de se organizarem para dar uma primeira resposta atempada à doença aguda. O encerramento dos SAPs, a empresarialização das USF, a definição de produtividade com base em critérios de rentabilidade e outros fatores, limitaram o acesso dos cidadãos ao seu médico de família quando dele mais necessitam, socorrendo-se da urgência hospitalar para procurar uma resposta à sua doença aguda que, na grande maioria das vezes, não necessita de cuidados hospitalares urgentes para ser solucionada. **A pandemia não trouxe um problema novo, só veio agudizar o já existente: a incapacidade dos cuidados de saúde primários darem resposta em tempo útil à doença aguda dos seus utentes** (porque esta é a sua nova cultura organizacional).

- **O Cirurgião Geral na Urgência**

Os serviços de urgência são, hoje, os filhos de ninguém. O seu corpo clínico não lhe pertence e não existe o espírito de equipa necessário para tratar o doente com qualidade, aproveitando a multidisciplinaridade tão referida atualmente. No caso dos cirurgiões, a situação agrava-se na medida em que o serviço de urgência colide com as atividades de rotina, parasitando os restantes serviços assistenciais do hospital, roubando tempo precioso, tempo esse que deveria ser gasto a resolver os problemas eletivos dos doentes e reduzir os tempos de espera dos mesmos.

De facto, o tempo de um cirurgião é gasto no serviço de urgência, muitas vezes a realizar tarefas que não são da sua competência. O resto do tempo, é gasto entre as folgas e os descansos compensatórios que o SU produz, e, uma parte irrisória, no trabalho assistencial eletivo. Não se afirma que o serviço de urgência não é importante. Justamente o oposto. Afinal é uma montra do SNS. Mas, o sistema tem de ser mais eficiente. Por essa razão, entendemos que urge criar uma **especialidade de medicina de urgência** que possa ser um corpo clínico permanente do SU, responsável pela sua gestão e organização, libertando as especialidades “eletivas” para poderem ser mais produtivas e eficientes. Claro que tem de haver cirurgiões na urgência, mas com funções diferentes e com necessidade de menos elementos na escala. Com uma rede de referência adequada e equipas dedicadas, os Serviços de Urgência passariam a ter um quadro próprio, motivado e com formação adequada que poderia, de sobremaneira, melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população, inclusive na área eletiva. E também melhoraria a qualidade de vida dos profissionais envolvidos.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

A necessidade de cirurgiões para o SU seria menor o que, aliado a novos critérios de constituição das equipas de urgência, permitiria deslocar os cirurgiões para o trabalho eletivo e a manutenção da qualidade formativa dos Serviços. Entretanto, a sectorização da Cirurgia Geral, à qual já aludimos, pode levar à sua própria desagregação e potenciar a criação de múltiplas novas especialidades. Há quem pretenda preservar o coração da Especialidade, como o Colégio de Cirurgia Geral, propondo uma reforma da formação em Cirurgia com base no “tronco comum”, prática já existente em diversos países, na Europa e nas Américas. E um dos ramos desse tronco pode ser a Cirurgia de Urgência.

A setorização da atividade cirúrgica arrisca-se a produzir especialistas com pouco ou mesmo nenhum contacto com o SU. Na verdade isso já está a acontecer. A criação de uma área dedicada especialmente à cirurgia de urgência, muito embora não resolva esse problema, poderá representar um complemento à especialidade de medicina de urgência. No nosso país, a setorização deu lugar a um progressivo privilegiar das atividades programadas em detrimento das urgentes, relegando para um plano secundário a necessidade de dar aos cirurgiões, em geral, independentemente da sua área de diferenciação, uma efetiva, ainda que elementar, capacidade de intervenção em situações de emergência.

Tradicionalmente, a formação necessária para atuar em situações de urgência/emergência durante os internatos sempre esteve largamente dependente da formação no contexto eletivo, o que, nos últimos anos, com o desenvolvimento da filosofia de tratamento cirúrgico urgente baseada no Controlo de Danos, se tornou inapropriado. Este aspeto assume atualmente particular importância nesta época de globalização, particularmente quando se tenciona manter grupos médicos de missão em destinos distantes, em teatros marcados pelo subdesenvolvimento, pela instabilidade política ou, como atualmente vivemos, pela guerra. Importará, por isso, desenvolver atualizações nos programas curriculares adaptadas às realidades do mundo moderno, à semelhança das modificações curriculares e de atuação que outros países já encetaram, acertando com eles o passo, no que respeita à melhoria dos cuidados prestados às populações. Deste modo, os Cirurgiões com esta habilitação seriam capazes de lidar com uma ameaça aguda à vida, órgão, membro ou tecido causada por trauma externo ou processo de doença aguda, exacerbação aguda de um processo de doença crónica ou complicação de um procedimento cirúrgico ou outra intervenção diagnóstica ou terapêutica.

A evolução da Cirurgia Geral tem sido marcada por avanços que têm mudado de forma indelével a sua prática contemporânea. A cirurgia laparoscópica e, mais recentemente, a cirurgia endoluminal, a cirurgia endovascular e a robótica, produziram um salto tecnológico substancial, permitindo a realização de gestos cada vez mais complexos com recurso a abordagens cada vez menos invasivas, o que obrigou a adaptações curriculares dos internatos. Ao mesmo tempo, a



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

expansão do conhecimento da fisiopatologia e da história natural de algumas doenças alargou os critérios para a intervenção cirúrgica, introduzindo procedimentos que eram inimagináveis há alguns anos. Isto obriga o cirurgião a adquirir, não só, a mestria necessária à realização desses gestos técnicos, se necessário com recurso à simulação, como também, um conhecimento e atualização constantes no tocante às indicações e estudo pré-operatório dos doentes com estas patologias. Isto torna difícil, se não mesmo impossível, a manutenção de níveis elevados de atualização científica e técnica em todas as áreas da cirurgia de rotina.

Associado a tudo isto, assistiu-se nos últimos anos a um enorme progresso nos cuidados intensivos peri-operatórios que, se por um lado tornou possível manter e suportar as funções vitais de inúmeros doentes cirúrgicos, nomeadamente vítimas de trauma grave, criou, por outro, novos sobreviventes e uma série de novos desafios, tais como a prevenção e tratamento da falência orgânica múltipla ou da síndrome de compartimento abdominal. Enquanto na prática cirúrgica eletiva é possível, e desejável, uma cada vez maior subespecialização, esta pode produzir sérios constrangimentos no tratamento do doente cirúrgico em estado crítico e, em particular do traumatizado grave e do doente em sépsis. É frequente estes doentes apresentarem múltiplas lesões em diferentes regiões anatómicas, com várias delas a contribuírem para a letalidade. São doentes com compromisso grave da sua fisiologia, por fenómenos de hemorragia ou sépsis, não podendo ser abordados de uma forma cirúrgica tradicional, baseada em órgãos e na anatomia. É, pois, necessária uma abordagem em que, acima de tudo, se reconheça como prioritário o restabelecimento atempado da fisiologia, muitas vezes com recurso a manobras cirúrgicas não convencionais, como é o caso das técnicas de controlo de dano.

Estas técnicas diferem das habitualmente utilizadas em cirurgia eletiva pois não constituem, na maior parte dos casos, procedimentos definitivos. Ao resolver de imediato o risco de vida, permite-se a transferência do doente para cuidados intensivos onde se procede à recuperação dos distúrbios metabólicos que lhes permite sobreviver e serem submetidos, mais tarde, a cirurgia de cuidados definitivos. Para além do referido, a abordagem de doentes urgentes que apresentam uma multiplicidade de lesões e morbidade obriga, com frequência, ao recurso a diversas especialidades, nem sempre presentes ou acessíveis. Nestas circunstâncias, torna-se necessário que alguém assuma a liderança da equipa, atribuindo prioridades e escalonando as intervenções necessárias. Tal papel só poderá caber a um cirurgião com competência reconhecida, técnica, para a realização de muitos dos procedimentos de emergência em mais do que uma região anatómica, e científica, no processo de tomada de decisão. É neste sentido que surge **a necessidade de um processo que reconheça a formação especificamente orientada no sentido do tratamento do doente cirúrgico**



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

crítico, que habilite um cirurgião a lidar com as várias situações urgentes, tais como o abdómen agudo nas suas múltiplas etiologias, o trauma nas suas diversas vertentes e localizações anatómicas, as infeções necrotizantes ou as síndromes compartimentais, apenas para citar alguns exemplos.

Não se pretende que todos os cirurgiões que trabalham em urgência tenham essa aptidão ou reconhecimento. Mas representaria uma mais-valia para cada equipa, que pudesse ser liderada por um Cirurgião Geral, com uma diferenciação reconhecida pelos seus pares e pela Ordem dos Médicos, que lhe confere a habilitação para dirigir a urgência cirúrgica de um hospital, sobretudo em grandes hospitais, e para atuar em situações de exceção.

- **Necessidade da Especialidade de MEDICINA DE URGÊNCIA**

Admitindo as diferentes solicitações deste Serviço e das valências médicas e cirúrgicas que o servem, de acordo com a classificação e missão assistencial dos hospitais, integrando uma equipa cirúrgica multidisciplinar, o Cirurgião Geral deve chefiar esta equipa, não por uma questão de se pretender evidenciar, mas porque pela característica mais “universal” da sua Formação, estará mais bem preparado, até para gerir a atividade dos cirurgiões de outras especialidades. Para tal deve ser competente, experiente, conhecedor e estar atualizado.

Pretender que a equipa tenha um chefe de Medicina e um chefe de Cirurgia, ambos em igualdade, é uma aberrante tentativa de conciliação, falaciosa e inconsistente. Os doentes são tratados por uma só equipa, multidisciplinar, que, de acordo com o diagnóstico, programa a terapêutica considerando também patologias associadas, por vezes mais preocupantes do que a doença principal. As entidades, nos extremos, podem ser médicas ou cirúrgicas, mas entre estes existem, cada vez mais, componentes “mistas” a considerar.

Sendo uma especialidade de cuja atuação se espera uma forte componente técnica, não compete seguramente ao Cirurgião Geral triar todos os doentes e fazer os respetivos diagnósticos, colmatando as faltas de pessoal médico ou as observações incompletas dos seus colegas menos diferenciados que têm a função de “triadores”. Deve estar resguardado e disponível para intervir se necessário, para acompanhar os doentes na execução de exames que sejam determinantes para a estratégia de tratamento e abordar os doentes no contexto dos traumatismos graves. Assim, excluindo estes casos, deve observar e tratar apenas os doentes de Cirurgia Geral, estando, dentro do espírito de equipa multidisciplinar, disponível para observar o doente em conjunto com o médico que o recebeu e assumir o doente se este for cirúrgico.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

3. REVISÃO DA CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR

Os médicos são um pilar importante do SNS, talvez o mais importante. A sua presença e as suas atividades são fundamentais. Uma barraca com um médico pode ser um hospital, mas um “arranha-céus” sem médicos nunca será um hospital.

A progressão na carreira deve estar bem definida na lei, bem como o método, os critérios e os prazos, que devem ser rigorosamente cumpridos. Não podemos aceitar e condenamos vivamente o que aconteceu no passado recente e desejamos que tenha sido apenas um episódio sem exemplo. Os médicos não podem ser desrespeitados da forma que têm sido. Os médicos são um dos pilares da sociedade e como tal devem ter estabilidade do exercício nobre da sua profissão. A progressão na Carreira deve ter por base o “Concurso” com Júris idóneos que avaliem nos momentos indicados os candidatos. Entendemos também que deverá instituir-se a recertificação periódica dos médicos de todas as especialidades, hospitalares ou não e de todas as carreiras, papel a atribuir à Ordem dos Médicos.

A revisão da Carreira Médica é um fator essencial e a ter em conta na reforma hospitalar. Porém deve ser feita com uma visão do que é ser médico no século XXI.

4. É PRECISO SALVAR O SNS

O Serviço Nacional de Saúde não pode continuar a funcionar como funcionava há 40 anos. O SNS tem de evoluir e já devia ter evoluído até. Precisamos de um SNS forte e com capacidade de competir com os setores privado e social, bem como com os outros países da União Europeia. Não se contratam mais médicos, enfermeiros, técnicos e profissionais de saúde porque o SNS não se adaptou à nova realidade e também porque os nossos governantes ainda não perceberam que para termos um Serviço Nacional de Saúde forte é preciso que ele tenha capacidade competitiva, que seja importante para as pessoas que lá trabalham e que o seu trabalho seja valorizado. Haver mais de um milhão de portugueses sem médico de família, mais de meio milhão de primeiras consultas hospitalares por recuperar e milhares de intervenções cirúrgicas não realizadas, bem como atraso na marcação de consultas por doença oncológica e saber que há milhares de doentes que não sabemos quem são, por não terem sido observados, é inaceitável.

A Ordem dos Médicos vem chamando a atenção para alguns atores determinantes para a situação caótica que agora se vive em vários hospitais, para não dizer muitos ou mesmo todos! Os recursos humanos escasseiam em todos os grupos profissionais: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de diagnóstico e Terapêutica e nos profissionais da saúde, como os auxiliares, maqueiros, administrativos, etc. Estes profissionais têm de ser acarinhados e compensados financeiramente pelo seu trabalho. São um setor importante da sociedade, se não



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

mesmo o mais importante. Os nossos governantes e os políticos em geral têm que perceber isto e não enveredar pelo caminho mais fácil da bajulice e defesa de interesses particulares. É preciso respeitar os profissionais, reconhecer o seu trabalho e defender as Ordens Profissionais em geral e as ligadas à saúde em particular mas, infelizmente, tudo está a ser feito para as fragilizar!

“Numa altura crítica para o sistema de saúde, não negamos que existam alterações legislativas que possam ser importantes para o funcionamento do sistema. Contudo, é manifestamente estranho que um diploma com 30 anos seja alterado apressadamente, em surdina e sem envolver os médicos e outros profissionais que todos os dias enfrentam e ultrapassam no terreno muitos dos constrangimentos criados por más políticas”, referiu o Bastonário da OM, Miguel Guimarães, a propósito da tentativa do atual governo de matar ou silenciar as Ordens Profissionais, e acrescentou: *“Estamos perante mais um exemplo de uma forma de trabalhar que ignora quem tanto dá aos doentes e quem melhor conhece as necessidades do SNS”*.

A referência da ex-ministra da Saúde, Marta Temido, na Comissão Parlamentar da Saúde, a propósito da carência generalizada de médicos nos hospitais públicos, ao afirmar que na contratação tão importante como a competência técnica é a resiliência, percebe-se que não é Médica, Enfermeira, Psicóloga, etc., se não teria dito **“resiliência já demonstrada por todos os profissionais que trabalham na área da saúde, durante as vagas do surto da pandemia”!**

O SNS foi construído e é mantido por todos quantos trabalham no sector, do qual **os médicos são o pilar principal. O SNS deve ser alvo de reforma e modernização.** Modernizar não passa pela privatização, como por aí se diz, mas pela mudança nos modelos de gestão.

Vamos prosseguir com a defesa do SNS para o salvar!

**A Direção do Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
2022**

ANEXOS:

ANEXO 1 – Nova proposta de Programa de Formação (Tronco comum)

ANEXO 2 – Critérios para atribuição de Idoneidade e Capacidades Formativas aos Serviços de Cirurgia Geral



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

ANEXO 1

PROGRAMA DA FORMAÇÃO EM CIRURGIA GERAL (TRONCO COMUM)



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

PROGRAMA DA FORMAÇÃO EM CIRURGIA GERAL (TRONCO COMUM)

Esta Proposta baseia-se no pressuposto de que as especialidades cirúrgicas (podendo algumas ser excluídas) deverão ter uma formação Básica de Cirurgia Geral, aqui designada Tronco Comum e uma Formação Especializada, com definição e duração adequada a cada uma delas.

1. Duração: **4 anos**

A duração total da Formação em Cirurgia Geral é de **48 meses**, sendo **38 meses em Cirurgia Geral e dez meses em Serviços** de outras especialidades, cirúrgicas ou não, que correspondem aos estágios parcelares.

2. Objetivos gerais

2.1 Objetivos de conhecimento:

2.1.1 Atividade clínica

- a) Abordagem do doente cirúrgico, tendo em conta os princípios fundamentais, de conhecimento e atuação, em áreas de interesse para a cirurgia geral:
 - Cuidados ao doente crítico;
 - Infecção;
 - Nutrição;
 - Oncologia;
 - Imunologia e transplantação.
- b) Anatomia cirúrgica;
- c) Etiopatogenia, epidemiologia, fisiopatologia, semiologia clínica, laboratorial, imagiológica e morfológica;
- d) Regras de assepsia;
- e) Comportamento no bloco operatório;
- f) Conhecimento de equipamentos e noções de instrumentação cirúrgica;
- g) Técnica cirúrgica;
- h) Urgência em Cirurgia Geral: diagnóstico, tratamento e encaminhamento;
- i) Ética, comunicação e responsabilidade médico-legal.

2.1.2 Atividade científica e de investigação

- a) Frequência de ações de formação complementar, relacionadas com o programa de desempenho do estágio a decorrer;
- b) Frequência de cursos ou seminários para aquisição de conhecimentos para elaboração de trabalhos científicos;



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

- c) Incorporação de metodologias de investigação clínica, como imperativo profissional para a necessidade de constante renovação de conhecimentos e de técnicas.

2.2 Objetivos de desempenho

2.2.1 Atividade clínica

- a) Elaboração de histórias clínicas com fundamentação do diagnóstico, definição de lista de problemas, plano terapêutico e prognóstico;
- b) Avaliação do risco cirúrgico e preparação pré-operatória;
- c) Execução de intervenções cirúrgicas, progressivamente mais diferenciadas, para cumprimento dos números estabelecidos no Programa de Formação;
- d) Avaliação crítica dos resultados operatórios, com análise da morbilidade e mortalidade;
- e) Elaboração de nota de alta ou transferência;
- f) Articulação e comunicação com outros prestadores de cuidados de saúde;
- g) Atitude na emergência cirúrgica e abordagem do grande traumatizado.

2.2.2 Atividade científica e de investigação

- a) Preparação e apresentação de comunicações;
- b) Publicação de trabalhos;
- c) Participação em atividades de investigação.

3. Caracterização e duração dos estágios

- 3.1 Ao longo da Formação haverá dois tipos de estágios: estágios de **Cirurgia Geral** e estágios **parcelares** em outras especialidades/valências.

3.1.1 Os estágios de **Cirurgia Geral** são realizados em serviços de Cirurgia Geral e têm a duração total de 42 meses;

- O último ano de estágio deve ser realizado integralmente no Serviço de Cirurgia Geral de colocação do Interno;
- Uma parte do tempo destes estágios de Cirurgia Geral pode ser realizada nos IPO, por um período máximo de seis meses;

3.1.2 Os **estágios parcelares** são três, são realizados em Serviços ou Unidades com a mesma denominação do estágio e têm como objetivos gerais:

- a) Aquisição de conhecimentos na área da respetiva especialidade, com interesse para a Cirurgia Geral.
- b) Contacto, participação e execução das técnicas próprias da respetiva especialidade, com interesse para a Cirurgia Geral.



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

3.1.3 Dos estágios parcelares um é obrigatório, em Medicina Intensiva, com a duração de quatro meses e dois opcionais, de três meses cada, sendo recomendados, e por isso serão valorizados em sede de avaliação final, os seguintes:

- Cirurgia Torácica;
 - Gastrenterologia;
 - Imagiologia de diagnóstico;
 - Cirurgia Vascular;
- a) O estágio de Medicina Intensiva deve ser realizado, preferencialmente, no primeiro ano de Formação;
- b) Os estágios opcionais referidos no ponto 31.3 têm como objetivos específicos de desempenho e de conhecimento, os seguintes:
- i. Estágio em **Cirurgia Torácica**:
 - Aquisição dos conhecimentos fisiopatológicos, semiológicos e clínicos, necessários ao diagnóstico de patologia torácica geral (pulmão, mediastino e pleura), incluindo noções básicas de urgência;
 - Atividade de enfermagem e de consulta sob orientação de médico especialista;
 - Contacto, participação e execução de técnicas próprias da Cirurgia Torácica necessárias à prática da Cirurgia Geral, mormente em situações de urgência (traumatismos torácicos e patologia da parede costal e pleura).
 - ii. Estágio em **Gastrenterologia**
 - Aquisição de conhecimentos fisiopatológicos, semiológicos e clínicos na área da gastrenterologia necessários à prática de cirurgia geral;
 - Contacto, participação e execução das técnicas próprias da gastrenterologia, necessárias à prática de cirurgia geral, mormente nas áreas da endoscopia digestiva.
 - iii. Estágio de **Radiodiagnóstico/Imagiologia**
 - Aquisição de conhecimentos de radiodiagnóstico/ imagiologia, particularmente no campo da ecografia, necessários à prática da cirurgia geral;
 - Contacto, participação e execução das técnicas de radiodiagnóstico /imagiologia necessárias à prática de Cirurgia Geral;
 - Este estágio pode ser substituído pela frequência, devidamente certificada, do Curso “hands on” de Ecografia (E-fast e ecografia na Urgência).
 - iv. Estágio em **Cirurgia Vascular**:



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

- Aquisição dos conhecimentos fisiopatológicos, semiológicos e clínicos da área da cirurgia vascular necessários à prática da cirurgia geral, incluindo noções básicas de urgência em cirurgia vascular;
 - Contacto, participação e execução das técnicas próprias da cirurgia vascular necessárias à prática da cirurgia geral, mormente em situações de urgência (suturas arteriais, embolectomias e *bypass*) e tratamento cirúrgico de varizes.
- 3.2** Recomenda-se ainda a realização de estágio(s) em Serviço/Unidade de trauma e em Serviço/Unidade de transplantação de órgãos, com duração máxima de três meses cada, incluídos nos estágios de Cirurgia Geral;
- 3.3** Os Internos deverão realizar ainda Cursos recomendados pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cirurgia, que são obrigatórios, devendo os custos dos mesmos serem suportados pelas Instituições de colocação do Interno;

4. Sequência dos estágios

4.1 1.º ANO: Estágio de Cirurgia Geral, (8 meses) + Medicina Intensiva (4 meses)

4.1.1 Objetivos de conhecimento

- a) Atividade clínica: os Internos devem cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.1, particularmente os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer;
- b) Atividade científica e de investigação:
 - i. Os Internos devem frequentar seminários clínicos nas áreas de infeção, nutrição, hérnias da parede abdominal, cuidados peri-operatórios;
 - ii. Os Internos devem realizar os seguintes cursos, obrigatórios, valorizados em sede de avaliação final:
 - **Suporte Avançado de Vida no Trauma** com os objetivos de:
 - Aprendizagem de um método seguro e confiável para a abordagem de doentes vítimas de trauma;
 - Aquisição de conhecimentos necessários a:
 - . Avaliação rápida do doente vítima de trauma;
 - . Ressuscitar e estabilizar por prioridades;
 - . Determinar as capacidades e as necessidades existentes com vista à transferência para cuidados definitivos;
 - . Assegurar os melhores cuidados.
 - **Laparoscopia básica**, com os objetivos de:
 - Aquisição de conhecimentos práticos de Laparoscopia;



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

- Domínio das bases técnicas deste método de abordagem.

- **Simulação cirúrgica** das intervenções cirúrgicas que o Médico Interno está apto a realizar;
- **Metodologias de Investigação**, acreditado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), com os seguintes objetivos:
 - Contacto e aprendizagem de métodos de investigação clínica;
 - Aquisição de conhecimentos para realização de trabalhos científicos e de investigação;

4.1.2 Objetivos de desempenho

a) Atividade clínica

- O Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.2.1, de modo especial, os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer;
- Atividade cirúrgica
 - i. Execução de gestos cirúrgicos básicos tais como: suturas, drenagem de coleções superficiais, desbridamento de feridas, toracocentese e paracentese, e cateterização venosa central;
 - ii. Realização de intervenções cirúrgicas na parede abdominal, pele e partes moles superficiais, anal, perianal e apendicectomias;
 - iii. Execução de tempos operatórios em intervenções cirúrgicas *major*;
 - iv. Recomenda-se a participação em **120 a 150** intervenções no bloco operatório, das quais, pelo menos, **50** como cirurgião principal.

b) Atividade científica e de investigação

- Apresentação de *Journal club/Vídeo club*, temas teóricos, casos clínicos e análise da morbimortalidade nas reuniões clínicas do Serviço;
- Participação na elaboração de trabalhos científicos para apresentação em reuniões ou Congressos.

4.2 2.º ano (Estágio de Cirurgia Geral + Estágio parcelar opcional)

4.2.1 Objetivos de conhecimento

- a) Atividade clínica: o Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.1.1, particularmente os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer, e do estágio de Medicina Intensiva.
- b) Atividade científica e de investigação:
 - Realização de cursos nas áreas referidas no estágio de Cirurgia 1 que o Médico Interno não tenha tido possibilidade de frequentar durante esse estágio;
 - Frequência de seminários nas áreas de patologia da Tireoide, Proctologia, litíase biliar, abdómen agudo, sépsis em cirurgia;



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

- Realização dos seguintes cursos valorizados em sede de avaliação final:
 - i. “**Anastomoses digestivas**”, com os objetivos de:
 - A aquisição de conhecimentos práticos na realização de anastomoses digestivas manuais e mecânicas;
 - O domínio das máquinas de sutura;
 - ii. Curso “**hands on**” de **Ecografia** (E-fast e ecografia na Urgência), com os objetivos de:
 - Contacto com a física dos ultra-sons e compreensão da sua utilidade médica;
 - Aquisição de conhecimentos para:
 - . Manuseamento do instrumental relativo à produção de imagem ecográfica
 - . Interpretação da imagem ecográfica;
 - . Reconhecimento de imagens ecográficas normais e patológicas;
 - . Reconhecimento de imagens artefactuais;
 - . Aplicação e integração dos conhecimentos para interpretação de imagens relativas a situações de urgência, nomeadamente trauma e patologia abdominal aguda.
 - . O domínio das bases técnicas deste método de diagnóstico, para aplicação intraoperatória.
 - iii. Cursos de **simulação cirúrgica** relativos às intervenções cirúrgicas que o Médico Interno está apto a realizar;

4.2.2 Objetivos de desempenho

- a) Atividade clínica
 - O Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.2.1, particularmente os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer e do estágio de Medicina Intensiva;
 - Atividade cirúrgica
 - ii. Execução de técnicas de sutura e anastomoses digestivas manuais e mecânicas, e prática de técnicas minimamente invasivas;
 - iii. Abordagem cirúrgica do abdómen agudo e do politraumatizado;
 - iv. Prática e progressão nas intervenções efetuadas no ano anterior e realização de intervenções cirúrgicas na vesícula biliar, tiroide, mama, intestino delgado, cólon e membros, e tempos parciais em cirurgia gástrica;
 - v. Recomenda-se a participação em **150 a 180** intervenções no bloco operatório, das quais, pelo menos **100** como cirurgião principal.
- b) Atividade científica e de investigação: a mesma referida na alínea b) do ponto 4.1.2, acrescida da elaboração e apresentação de trabalhos científicos.



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

4.2.3 Neste ano o Médico Interno deverá realizar o estágio obrigatório de Medicina Intensiva;

4.3 3.º ano (Estágio de Cirurgia Geral + estágio parcelar opcional)

4.3.1 Objetivos de conhecimento

- a) Atividade clínica: o Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.1.1, particularmente os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer e do estágio opcional escolhido.
- b) Atividade científica e de investigação
 - Realização de cursos nas áreas referidas nos estágios anteriores que o Médico Interno não tenha tido possibilidade de frequentar durante esses estágios;
 - Frequência de seminários clínicos nas áreas de paratiroide e neoplasias da mama, estômago, cólon e reto;
 - Realização do curso em **Laparoscopia avançada**, valorizado em sede de avaliação final, com os objetivos de aquisição de conhecimentos práticos nesta área e domínio das técnicas mais avançadas deste método de abordagem.
 - Realização de Cursos de **simulação cirúrgica** relativos às intervenções cirúrgicas que o Médico Interno está apto a realizar;

4.3.2 Objetivos de desempenho

- a) Atividade clínica
 - O Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.2.1, de modo especial, os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer e do estágio opcional escolhido;
 - Atividade cirúrgica
 - i. Prática e progressão nas intervenções efetuadas nos anos anteriores na tiroide, mama, estômago, intestino delgado, cólon, vias biliares e membros;
 - ii. Participação e realização de intervenções cirúrgicas na Urgência;
 - iii. Recomenda-se a participação em **180 a 200** intervenções no bloco operatório, das quais **120** como cirurgião principal.
- b) Atividade científica e de investigação: a mesma referida na alínea b) do ponto 4.2.2.

4.3.3 Neste ano o Médico Interno deverá realizar um dos estágios parcelares opcionais, e o estágio obrigatório de Medicina Intensiva, caso não o tenha realizado no ano anterior;



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

4.4 4.º ano (Estágio de Cirurgia Geral 12 meses)

4.4.1 Objetivos de conhecimento

- a) Atividade clínica: o Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.1.1, particularmente os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer e do estágio opcional escolhido.
- b) Atividade científica e de investigação:
 - Realização de cursos nas áreas referidas nos estágios anteriores que o Médico Interno não tenha tido possibilidade de frequentar durante esses estágios;
 - Frequência de seminários clínicos nas áreas de distonilidades esofágicas e neoplasias do esófago, patologia da suprarrenal, sarcomas e melanomas;
 - Realização do curso de **Cuidados Cirúrgicos Definitivos no Trauma**, valorizado em sede de avaliação final, com os objetivos de:
 - Aquisição de conhecimentos avançados de fisiopatologia cirúrgica no doente com trauma grave;
 - Aquisição de capacidades de tomada de decisão em situações críticas;
 - Aprendizagem de capacidades técnicas avançadas no tratamento de trauma grave;
 - Entendimento alargado das opções de tratamento no trauma grave e seu suporte científico;
 - Domínio do controlo de dano no trauma;
 - Realização de Cursos de **simulação cirúrgica** relativos às intervenções cirúrgicas que o Médico Interno está apto a realizar;

4.4.2 Objetivos de desempenho

- a) Atividade clínica
 - O Médico Interno deve cumprir os objetivos gerais enunciados no ponto 2.2.1, de modo especial, os relacionados com o programa de desempenho do estágio a decorrer e do estágio opcional escolhido;
 - Atividade cirúrgica
 - i. Prática e progressão nas intervenções efetuadas nos anos anteriores;
 - ii. Recomenda-se a participação em **200 a 220** intervenções no bloco operatório, das quais **150** como cirurgião principal;
 - iii. A partir do início deste ano são permitidas ajudas cirúrgicas formativas, desde que esteja presente o especialista responsável pela coordenação da equipa cirúrgica.
- b) Atividade científica e de investigação: a mesma referida na alínea b) do ponto 4.3.2, acrescida da preparação de trabalhos para publicação.

4.4.3 Neste ano o Médico Interno deverá realizar o segundo estágio parcelar opcional;

5. Números mínimos da atividade cirúrgica e da atividade científica



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

5.1 Desempenho cirúrgico global nos estágios de Cirurgia Geral

- 5.1.1 No conjunto dos estágios em Cirurgia Geral o Médico Interno deverá ter participado em, **750 a 850** intervenções cirúrgicas de todas as áreas da Cirurgia Geral e realizado, no mínimo, **450 a 500** dessas intervenções como cirurgião principal, das quais, pelo menos, 30% em regime de ambulatório, e 100 de Cirurgia Minimamente Invasiva, em diversas áreas.
- 5.1.2 As intervenções cirúrgicas realizadas pelo Médico Interno ao longo da Formação deverão ser registadas na Caderneta individual, assim como os tempos operatórios parciais (passos de intervenção) efetuados pelo Médico Interno no decurso de intervenções cirúrgicas *major* realizadas por outro cirurgião, que devem ser contabilizados.

5.2 Trabalhos científicos

- 5.2.1 O Médico Interno deverá realizar trabalhos científicos, quer para publicação, quer para comunicação oral ou outra, que deverão estar registados na Caderneta individual.
- 5.2.2 O Médico Interno deverá publicar, pelo menos, um artigo como 1º autor, e ser co-autor de pelo menos dois outros, em revista nacional ou internacional da especialidade.
- 5.2.3 Nos trabalhos apresentados sob a forma de comunicação devem distinguir os apresentados nos Serviços e os apresentados em congressos ou reuniões nacionais ou internacionais, cujo número e valorização deverão constar na grelha de avaliação.

6. Avaliações

6.1 Avaliação contínua

- 6.1.1 Avaliação de desempenho:
- A avaliação de desempenho consiste na avaliação de competências técnicas e não técnicas do Médico Interno;
 - Para além dos parâmetros referidos no n.º 3 do artigo 56.º do Regulamento do Internato Médico, devem ainda ser considerados os seguintes, com idêntica ponderação:
 - Perceção da situação clínica do doente;
 - Comunicação e trabalho em equipa;
 - Capacidade para tomar decisões;
 - Capacidade de liderança;
- 6.1.2 Avaliação de conhecimentos:
- A avaliação de conhecimentos é feita perante um Júri constituído pelo Diretor do Serviço, pelo Orientador de Formação do Médico Interno e por um



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

Assistente Graduado Sénior, ou Assistente Graduado, ou Assistente do Serviço;

- b) A avaliação de conhecimentos é obrigatoriamente formalizada no final de cada ano da formação e consiste na discussão do relatório anual e/ou da Caderneta individual do Médico Interno, prova prática com discussão de casos clínicos e prova teórica;

6.1.3 O resultado referente à avaliação contínua deverá ser registado na Caderneta individual do Médico Interno.

6.2 Avaliação final

6.2.1 A avaliação final consta de três provas públicas e eliminatórias: teórica, discussão curricular e prática;

6.2.2 A **prova teórica** será a primeira prova da avaliação final, a realizar no início de cada época de avaliação, na forma de teste de escolha múltipla;

- a) Terá carácter nacional sendo realizada simultaneamente em todas as Regiões de Saúde do país;
- b) Obedecerá a Regulamento próprio, a ser criado, que deve respeitar, entre outros, os seguintes princípios:
- Definir a estrutura da prova, o tipo e o número de questões do teste, que não poderá ser inferior a 100 nem superior a 120;
 - Definir a duração máxima da prova, que não deverá ser inferior a duas horas, nem superior a duas horas e meia;
 - Definir a composição do Júri Nacional, que deverá ser único e integrar elementos indicados pela Ordem dos Médicos;
 - Definir a Bibliografia recomendada;
 - Definir os termos da classificação, devendo ter aproveitamento os candidatos que obtiverem um resultado de, pelo menos, 50% de respostas certas.

6.2.3 A **prova de discussão curricular** e a **prova prática** são realizadas perante júris nacionais, nomeados de acordo com o estabelecido no Regulamento do Internato Médico e realizadas em moldes iguais para todos os Médicos Internos;

6.2.4 A prova de discussão curricular será a segunda prova da avaliação final e resulta da análise da Caderneta individual do Médico Interno e da avaliação da sua argumentação durante a mesma;

- a) Caso não exista Caderneta individual o Médico Interno deverá apresentar o *Curriculum Vitæ*, que deverá estar autenticado pelo Diretor do Serviço.
- b) Na avaliação curricular deve ser utilizada a grelha de avaliação definida pelo Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, que estará publicada no portal da



Direção do Colégio de Cirurgia Geral

Ordem dos Médicos, onde constam os elementos que o júri deverá ter em conta e a sua valorização;

- c) A classificação final da prova de discussão curricular, resulta da classificação obtida na avaliação da Caderneta individual ou do CV do Médico Interno, que têm um peso de 60%, e da média ponderada da classificação obtida durante os estágios que integram o programa da Formação Especializada, que tem um peso de 40 %.

6.2.5 A prova prática consiste na análise e interpretação de casos clínicos, previamente sorteados, devendo ser cumpridos os seguintes critérios:

- a) Cada candidato deverá analisar, no mínimo, três casos clínicos sendo pelo menos um relacionado com situação de Urgência;
- b) Os candidatos dispõem de 15 minutos para análise e discussão de cada caso;
- c) O Júri deverá disponibilizar os relatórios e os resultados dos meios complementares de diagnóstico, dos casos em discussão;
- d) Na avaliação e classificação desta prova o Júri deve valorizar os seguintes parâmetros:
 - i. Integração de conhecimentos expressa na forma da análise e condução do raciocínio clínico e na qualidade da discussão dos diagnósticos prováveis;
 - ii. A solicitação criteriosa de exames complementares ou especializados, sua justificação e interpretação dos mesmos;
 - iii. Integração de conhecimentos necessários ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e seguimento.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

ANEXO 2

CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DE IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA AOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DE IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA AOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL

Artigo 1.º

OBJETO

Este documento define os critérios para atribuição e avaliação da Idoneidade Formativa e das Capacidades Formativas dos Serviços de Cirurgia Geral, nas perspetivas assistencial e formativa, para fins de formação de especialistas em Cirurgia Geral.

Artigo 2.º

DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA

1. Considera-se idóneo para a realização de estágio de Cirurgia Geral, o Serviço ou Unidade que, tendo idoneidade/qualidade para fins assistenciais, possa garantir o cumprimento dos objetivos expressos no programa de formação para esse estágio e seja reconhecido como tal.
2. A atribuição e/ou a verificação da idoneidade para a formação médica, bem como o processo de avaliação da qualidade e das capacidades formativas dos Serviços, obedecem ao artigo 14.º do Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades.
3. As avaliações iniciais, para atribuição de idoneidade formativa, e as reavaliações são feitas por iniciativa da Ordem dos Médicos (OM), a pedido do Serviço em causa, ou por solicitação do Ministério da Saúde.
 - 3.1 Quando o pedido de avaliação da idoneidade é da iniciativa do Serviço, deve ser requerida, pelo seu Diretor, ao Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM), durante o mês de janeiro de cada ano;
 - 3.2 Para efeito do número anterior, ou para reavaliação da idoneidade, os Diretores dos Serviços devem preencher um inquérito (Avaliação Anual de Idoneidade), disponível no portal da ACSS e da Ordem dos Médicos (Colégio de Cirurgia Geral), acompanhado dos resultados do Serviço no ano anterior, devidamente avalizados pelo Conselho de Administração;
 - 3.3 O não cumprimento do referido no número anterior, após um prazo de 60 dias, pode determinar a não atribuição de Médicos Internos a esse Serviço;
 - 3.4 Caso faça parte da Direção do Colégio de Cirurgia Geral um elemento do Serviço que requer a idoneidade, não terá direito a voto na reunião em que esta seja decidida.

Artigo 3.º

REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

1. Os Serviços que pretendam iniciar ou dar continuidade à atividade de formação de especialistas, devem preencher um conjunto de requisitos gerais e específicos, referentes à estrutura, direção e funcionamento do Serviço, à interação com os outros Serviços da instituição, ao processo assistencial/educacional e aos resultados assistenciais e educativos, que a seguir se indicam.

2. Requisitos Gerais:

2.1 Diretor de Serviço

- a) O Diretor do Serviço deve estar inscrito no Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral e ter sido nomeado segundo os critérios do artigo 28.º do D.L. 18/2017 de 10 de fevereiro, ou ser Assistente Graduado Sénior;
- b) O Diretor de Serviço deve desempenhar as suas funções a tempo inteiro no Serviço, não devendo exercer cargos executivos no Conselho de Administração da Instituição.

2.2 Unidade de Internamento

- a) Quadro médico ideal: três Assistentes Graduados Sénior/seis Assistentes Graduados com grau de Consultor e doze Assistentes Graduados/Assistentes;
- b) Enfermagem: número de Enfermeiros adequado à dimensão e necessidades do Serviço;
- c) Apoio de Secretariado;
- d) Gabinetes médicos e Sala de Reuniões;
- e) Processo clínico informatizado;
- f) Atividade no Serviço
 - Registo diário da observação dos doentes;
 - Discussão pré-operatória dos doentes;
 - Reuniões Clínicas semanais que incluam: temas de revisão; casos clínicos; “Journal/Video Club”; análise da morbimortalidade com periodicidade bimestral ou trimestral; revisão crítica da casuística das Equipas/Unidades Funcionais do Serviço;
 - Participação em reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica.

2.3 Bloco Operatório

- a) Disponibilidade semanal no Bloco Operatório adequada às necessidades cirúrgicas e à Formação dos Médicos Internos, em número e diferenciação;
- b) Disponibilidade de sala operatória nas 24 horas;
- c) Condições para a prática de Videocirurgia e Cirurgia Ambulatória.
- d) Distribuição equitativa das intervenções cirúrgicas pelos Médicos Internos de acordo com a sua diferenciação formativa;
- e) Realização de um número mínimo de intervenções cirúrgicas de todas as áreas da Cirurgia Geral, particularmente as exigidas à Formação dos Médicos Internos da Formação Especializada.

2.4 Consulta Externa



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

- a) Instalações próprias;
- b) Gabinetes individuais;
- c) Sala de tratamentos;
- d) Sala de Pequena Cirurgia;
- e) Apoio de Enfermagem;
- f) Apoio administrativo;
- g) Número mínimo: 5000 consultas/ano.

2.5 Serviço de Urgência

- a) O Serviço de Urgência deve ser Polivalente ou Médico-Cirúrgico;
- b) Equipa cirúrgica deve ser constituída de acordo com as normas estabelecidas pela OM;
- c) Deve ter Sala de emergência;
- d) Deve ter uma Sala operatória disponível nas 24 horas;
- e) Deve ter condições para realização de Videocirurgia.

2.6 Serviços/valências disponíveis nas 24 horas, incluindo na Urgência

- a) Anestesiologia;
- b) Medicina Interna;
- c) Patologia Clínica;
- d) Imagiologia (com ecografia e/ou TC);
- e) Imunohemoterapia.

2.7 Apoio à atividade assistencial e científica (no Serviço ou no Hospital)

- a) Arquivo clínico organizado;
- b) Acesso à Internet;
- c) Meios de apoio audiovisual.

3. Requisitos Específicos:

3.1 Serviços/valências que devem estar disponíveis, incluindo na Urgência, além dos referidos no número 2.5

- a) Medicina Intensiva;
- b) Ortopedia;
- c) Gastrenterologia.

3.2 Atividade Cirúrgica

- a) Condições para a prática de Cirurgia Minimamente Invasiva de todas as áreas da Cirurgia Geral;
- b) Realização de intervenções cirúrgicas de todas as áreas da Cirurgia Geral, em número e diferenciação.

Artigo 4.º

CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

1. O não cumprimento de qualquer dos requisitos gerais, referidos no número 2 do artigo 3.º, implica a não atribuição de Idoneidade Formativa ao Serviço, ou a perda da mesma.
2. A **Idoneidade Formativa** dos Serviços pode ser **total** ou **parcial**.
 - 2.1 Terão idoneidade formativa **total** os Serviços que, além dos requisitos gerais, cumpram os requisitos específicos referidos no número 3 do artigo 3.º;
 - 2.2 Terão idoneidade formativa **parcial**:
 - a) Os Serviços que não cumpram todos os requisitos específicos;
 - b) Os Serviços em que não tendo sido possível cumprir a alínea a) do número 2.1 do artigo 3.º, o cargo de Diretor é exercido por um Assistente Graduado com o Grau de Consultor;
 - c) Os Serviços em que os Médicos Internos tenham necessidade de realizar estágios de Cirurgia Geral para complementar a sua formação, em Serviços com Idoneidade Formativa Total e/ou nos IPO;
 - 2.3 A idoneidade formativa parcial é atribuída para **54, 48 ou 42** meses.
 - a) Idoneidade Formativa para **54 meses** é atribuída aos Serviços em que os Médicos Internos tenham necessidade de realizar apenas **seis meses** de estágios de Cirurgia Geral nos termos referidos na alínea c) do número 2.2;
 - b) Idoneidade Formativa para **48 meses** aos Serviços:
 - i. Que integrem um Hospital que não cumpre a alínea c) do número 3.1 do artigo 3.º;
 - ii. Que integrem um hospital com um Serviço de Urgência médico-cirúrgico;
 - iii. Que estejam nas condições referidas na alínea b) do número 2.2;
 - iv. Em que os Médicos Internos tenham necessidade de realizar **12 meses** de estágios de Cirurgia Geral nos termos referidos na alínea c) do número 2.2;
 - c) Idoneidade Formativa para **42 meses** aos Serviços:
 - i. Que integrem um Hospital que não cumpre a alínea a) do número 3.1 do artigo 3.º;
 - ii. Os Médicos Internos tenham necessidade de realizar **18 meses** de estágios de Cirurgia Geral nos termos referidos na alínea b) do número 2.2.
 - 2.4 Em casos específicos e devidamente fundamentados, poderá a Direção do Colégio atribuir idoneidade para 36 meses, bem como a realização de estágios de Cirurgia Geral, até ao máximo de 12 meses, a Serviços que cumpram um mínimo de requisitos gerais para o cumprimento do Programa de Formação, ou estejam ligados a um hospital de maior dimensão como instituição afiliada, ou pertençam à mesma Unidade Local de Saúde ou Centro Hospitalar.
 - 2.5 Os Médicos Internos colocados em Serviços com Idoneidade Formativa total poderão realizar estágio(s) em Serviços com Idoneidade parcial, para conhecer realidades diferentes, até ao máximo de três meses.



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

3. A Idoneidade Formativa de um Serviço pode ser reduzida ou retirada se:
 - 3.1 Não for proporcionada aos Médicos Internos condições para uma formação adequada, constatada em Visita de Verificação de Idoneidade Formativa;
 - 3.2 Forem detetadas, em Visita de Verificação de Idoneidade Formativa, deficiências e desconformidades relativas aos requisitos gerais e específicos bem como à Direção do Serviço.

Artigo 5.º

DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DAS CAPACIDADES FORMATIVAS

1. Entende-se por Capacidade Formativa a capacidade de um Serviço em acolher Médicos Internos da Formação Especializada, assegurando o cumprimento total ou parcial do Programa de Formação.
2. São definidas **Capacidade Formativa para o 1.º ano** e **Capacidade Formativa total**.
 - 2.1 Capacidade formativa para o 1.º ano corresponde à capacidade que o Serviço tem para receber Médicos Internos do 1.º ano da Formação Especializada em Cirurgia Geral, com uma periodicidade definida, obedecendo a critérios definidos pela Direção do Colégio, nomeadamente o número de intervenções cirúrgicas realizadas no Serviço;
 - 2.2 Capacidade formativa total corresponde ao número máximo de Médicos Internos da Formação Especializada em Cirurgia Geral, que um Serviço pode acolher em simultâneo, não devendo, em princípio, ultrapassar 18 Médicos Internos.
3. A avaliação das capacidades formativas de cada Serviço, deve ter em conta o número global de Médicos Internos nesse Serviço, quer de Cirurgia Geral, quer de outras especialidades cirúrgicas, para que a qualidade da sua formação não seja comprometida.

Artigo 6.º

FORMAÇÃO E ESTÁGIOS DOS MÉDICOS INTERNOS

1. Os estágios da Formação Especializada em Cirurgia Geral estão discriminados no Programa de Formação, e devem incluir atividades na Enfermaria, na Consulta Externa, no Bloco Operatório e no Serviço de Urgência, bem como as múltiplas atividades dos Serviços onde são realizados.
 - 1.1 Na Formação dos Médicos Internos, deve haver o cuidado da sua participação em todos os aspetos da avaliação e preparação dos doentes, nos cuidados pré-operatórios, nas atividades multidisciplinares, na técnica cirúrgica incluindo formação em cirurgia minimamente invasiva, nos cuidados pós-operatórios e seguimento dos doentes, em todos os tipos de cirurgia de urgência e situações de doentes politraumatizados;
 - 1.2 Os Serviços devem ainda proporcionar a formação teórica adequada, a realização de trabalhos e a investigação clínica, estimular a frequência de cursos, nomeadamente de



Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

simulação, e a colaboração ativa dos Médicos Internos nas reuniões, apresentando temas variados, análise e discussão da morbimortalidade e trabalhos para apresentação pública;

- 1.3** Estas regras devem aplicar-se também aos Médicos Internos de outras especialidades que realizam estágios nos Serviços de Cirurgia Geral.
- 2.** O plano de estágios do Médico Interno deve ser elaborado no 1.º ano da Formação Especializada e, do mesmo, o Diretor do Serviço dará conhecimento à Direção do Colégio de Cirurgia Geral, até 30 de junho de cada ano, depois de validado pelo Diretor do Internato Médico do hospital;
 - 2.1** O primeiro e o último ano da Formação Especializada deverão ser realizados no Serviço de colocação do Médico Interno, excetuando-se os IPO;
 - a) No caso dos IPO os Médicos Internos deverão realizar os primeiros seis meses do 1.º ano no Serviço de colocação e os restantes seis meses em Serviços com Idoneidade Formativa Parcial;
 - b) Os seis meses restantes correspondentes ao ano de Cirurgia Geral a realizar fora do IPO, deverão ter lugar em Serviço com Idoneidade Formativa Total, de preferência no 4.º ou 5.º ano do Internato.
 - 2.2** Recomenda-se que todos os Médicos Internos realizem estágios ou parte de estágios ou atividades formativas em instituições diferentes daquela em que foram colocados, para contactar distintas vivências e realidades hospitalares:
 - a) A frequência de estágios deverá ser comprovada por informação do Diretor do respetivo Serviço frequentado;
 - b) Poderão ainda ser realizados estágios no estrangeiro, respeitando as normas legais, devendo o Colégio de Cirurgia Geral ser informado da realização dos mesmos.

Artigo 7º.

AVALIAÇÃO CONTÍNUA DOS MÉDICOS INTERNOS

- 1.** Os Médicos Internos estão sujeitos a avaliação contínua, nos moldes referidos no Programa de Formação a qual é obrigatoriamente formalizada no final de cada ano de formação, devendo o resultado da mesma estar concluído até final do mês seguinte.
- 2.** As classificações das avaliações anuais deverão constar na caderneta individual do Médico Interno, criada para o efeito.
- 3.** A classificação obtida em cada ano de formação deverá ser enviada, pelo Diretor do Serviço respetivo, ao Secretariado dos Colégios da Ordem dos Médicos, depois de validada pelo Diretor do Internato Médico do hospital, no prazo de 90 dias após a realização das avaliações, acompanhada de uma cópia digitalizada do Relatório anual de cada Médico Interno.

Revisto e atualizado pela Direção do Colégio de Cirurgia Geral/2022