



ELEIÇÕES PARA A DIREÇÃO DO COLÉGIO DE CIRURGIA GERAL

Lista A

Aida Maria Guerreiro Paulino – Hospital Castelo Branco

Carlos Manuel de Oliveira Neves Vaz – Hospital CUF Tejo

Hugo Silva Carvalho Pinto Marques – CHU Lisboa Central

José Flávio Guimarães Videira – IPO Porto

José Guilherme Lopes Rodrigues Tralhão – CHU Coimbra

Luís Afonso Meireles Maio Graça – CHU S. João

Maria do Carmo Gama Caldeira – Hospital Nélcio Mendonça Funchal

Nuno Gonçalo Ferreira Castela Abecasis – IPO Lisboa (Cabeça de Lista)

Rui Paulo de Medeiros Quintanilha – Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada

Sílvia Manuela Fonseca Neves – CHU Santo António

Susana Gabriela Santos da Costa – CHU Tâmega e Sousa

Suplentes:

Isa Maria Dias Fernandes dos Santos – Hospital de Setúbal

Maria Inês Carvalhais Monteiro Coelho – Hospital de Leiria

Caros colegas:

Nos próximos dias 4 a 7 de Setembro decorrerão as eleições para a Direcção do Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos. Trata-se dum órgão fundamental para o ordenamento do exercício da especialidade e um momento particularmente grave na vivência da nossa vida profissional. Vimos por este meio expor as nossas ideias para que delas tomem conhecimento e convidar-vos a votar, pois só desse modo os órgãos que nos representam terão a legitimidade e representatividade necessárias para defenderem os nossos interesses.

Manifesto da lista concorrente à Direcção do Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos

Contexto

As eleições que se avizinham para os órgãos técnicos da Ordem dos Médicos, nomeadamente para as Direcções dos Colégios de Especialidade, irão decorrer numa altura particularmente crítica para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, para a definição das condições técnicas do exercício da profissão (dentro e fora do SNS), para a **redefinição profunda da estruturas dos internatos de especialidade e sua avaliação** e para a própria manutenção dos princípios de autonomia e autorregulação da profissão. Todos estes aspectos são transversais à profissão como um todo, mas assumem uma acuidade e características particulares no que à Cirurgia Geral diz respeito.

Os recentes acontecimentos em que a qualidade dos serviços prestados, nomeadamente na área da Cirurgia Geral, é colocada publicamente em causa por **instabilidade gerada no interior dos próprios serviços e se assiste ao desmoronar de serviços de uma importância fulcral para o equilíbrio do SNS** é um sinal de alerta que não nos pode deixar indiferentes.

A História do SNS e a **implementação das carreiras médicas estão cronológica e estruturalmente ligadas e o sucesso do primeiro está indissolúvelmente ligado à existência de Serviços com hierarquias claras, tecnicamente reconhecidas**, geracionalmente equilibrados e com um volume de casuística que permita a progressiva diferenciação dos elementos do seu quadro. Foi este o contexto em que ao longo dos últimos 50 anos a Cirurgia Geral se distribuiu por todo o território nacional, conseguiu implementar cuidados de qualidade reconhecida nacional e internacionalmente em Serviços de Hospitais Centrais, mas também de muitos Hospitais Distritais dispersos pelas várias regiões, teve capacidade de adoptar as inovações tecnológicas que revolucionaram a sua prática e passou pela crise existencial que a dialética entre uma especialidade generalista e as vantagens duma subespecialização dos cuidados lhe colocaram.

É nossa convicção que as causas profundas da crise que atravessamos resultam do afastamento destes princípios fundacionais do sistema de saúde e, sobretudo, da progressiva diluição da autoridade da hierarquia técnica da profissão aos seus vários níveis, por culpa própria e poderosas intervenções alheias.

O ambiente de desorientação, de conflitualidade, de frustração das expectativas de desenvolvimento profissional, de desencanto com a formação fornecida ao longo do Internato e depois deste não é aceitável, não é inevitável e não é compatível com o desempenho da melhor profissão do mundo.

Organização dos Serviços de Cirurgia Geral

O exercício da especialidade de Cirurgia Geral é desempenhado em condições muito diferentes conforme o tipo de Hospital em causa (Central/Especializado/ Distrital/ Concelhio, Público/Privado), as necessidades da população que serve e os recursos disponíveis (materiais e humanos, quer da

especialidade de Cirurgia Geral, quer de outras especialidades cirúrgicas). Não há pois uma receita uniforme para a organização dos diferentes Serviços.

Parece-nos, no entanto, que a experiência dos últimos anos nos mostra que há alguns princípios gerais que importa respeitar e alguns pecados mortais que é imperioso evitar.

Há **evidência incontornável na vantagem da subespecialização** nos cuidados dentro de algumas áreas da Cirurgia Geral. É também evidente a vantagem em termos de resultados clínicos da concentração de casuística em centros especializados, vulgarmente conhecidos por Centros de Referência, no tratamento de determinadas patologias. Tem-se por isso vindo a assistir à criação de muitas dessas Unidades Funcionais e Centros de Referência nos Serviços de Cirurgia Geral. Importa ter em conta que a evidência por trás da sua mais valia parte de determinados pressupostos que se devem verificar quando da sua constituição. O principal deles é o volume de casuística que ocorre ao Serviço e a possibilidade que este tem ou não de permitir o grau de diferenciação esperado. Pode assim fazer sentido criar uma destas Unidades em alguns Serviços e não noutros.

A criação de Unidades Funcionais deve-se acompanhar duma estruturação hierárquica dos Serviços que lhes confira a autonomia necessária sem perder a visão do todo e o muito que têm a ganhar com a sua interacção com as outras Unidades do Serviço em termos de actualização de conhecimentos, estruturação da formação dos internos, rentabilização dos meios postos à disposição do Serviço e colaboração nas situações de urgência interna ou externa em que eventualmente não estejam disponíveis. O papel de liderança e integração do Director de Serviço neste tipo de Serviço moderno e multifuncional é por isso talvez ainda mais importante que o era nos Serviços de Cirurgia do passado.

Em qualquer modelo de organização do Serviço é a avaliação dos resultados clínicos que justifica ou não as opções que foram tomadas. Isto é um Serviço com bons resultados no tratamento dos seus doentes com determinada patologia está justificado para o continuar a fazer, mesmo que não tenha uma Unidade Funcional específica para essa patologia. E o contrário também é verdade. Só a melhoria dos resultados justifica a criação de Unidades subespecializadas. O problema é como é que se faz a avaliação desses resultados. Para além duma auditoria interna honesta (pedra de toque que caracteriza as organizações íntegras), a generalização dos processos clínicos electrónicos e registos nacionais (como o oncológico e de transplantação) facilitam uma aferição externa dos resultados globais, eventualmente com necessidade de ser cotejada com o índice de case mix institucional para essa patologia.

Na generalidade dos **Serviços a Cirurgia do Ambulatório corresponde à maioria do volume operatório e a criação das necessárias infraestruturas e valorização curricular dos colegas** que ela se dedicam é de elementar justiça.

A existência de períodos definidos de reunião de todos os elementos do Serviço para debater temas de actualização científica, morbidade e mortalidade, programação da actividade cirúrgica e problemas de organização do Serviço é indispensável à coesão organizacional. Mais uma vez é da completa responsabilidade da hierarquia do Serviço garantir que esta discussão se faz duma forma livre, séria e profunda, mas sem atitudes tóxicas, culpabilizadoras ou desrespeitosas que façam os elementos

do Serviço, sobretudo os mais novos, perderem a transparência que lhes é inata e optarem por atitudes de dissimulação ou deturpação da verdade.

A política de gestão de recursos humanos é fundamental num Serviço de Cirurgia Geral. A dimensão do quadro deve ter como principais princípios orientadores a capacidade que o Serviço tem de fornecer casuística suficiente para permitir a diferenciação dos seus elementos, cirúrgica e outra, nas várias áreas de actuação do Serviço e a manutenção dum equilíbrio geracional que permita uma transição fluida de graus de diferenciação na altura própria da evolução profissional. Um dos dogmas que importa refutar é que nem todo o trabalho clínico num Serviço de Cirurgia precisa de ser assegurado por cirurgiões ou internos da Cirurgia. Há muito tempo que noutros países se recorre a médicos de outras especialidades, não especializados ou enfermeiros diferenciados para essas tarefas.

Os temas da Urgência e do Internato de Formação Específica merecem uma abordagem específica em capítulos próprios.

Urgência

A Urgência é consensualmente considerada o Calcanhar de Aquiles do funcionamento do SNS e a ela são atribuídas responsabilidades nos problemas que este enfrenta que verdadeiramente não são dela, embora seja nela que se reflectam com mais acuidade as ineficiências sistémicas.

A Cirurgia de Urgência e Emergência (incluindo o Trauma) é uma das áreas em que a subespecialização pode trazer uma melhoria de resultados assistenciais. É por isso reconhecida internacionalmente como uma subespecialidade, com organizações científicas e publicações dedicadas à sua prática e formação. Pode por isso fazer sentido em alguns hospitais, com casuística suficiente, apostar na criação de Unidades Funcionais dedicadas que nomeadamente assegurem o funcionamento de Centros de Trauma, de que o país tanto carece.

A realidade, na maioria dos Hospitais, não é essa. O número de cirurgias/dia realizadas no Serviço de Urgência não justifica o investimento em recursos humanos que lhe é atribuído diariamente pelo Serviços de Cirurgia. Por outro lado esse esforço traduz-se num sobredimensionamento dos quadros do Serviço a quem não é possível assegurar em quantidade e qualidade o acesso a actividade assistencial electiva que permita a diferenciação profissional desejável. E deste ciclo vicioso nasce grande parte do descontentamento e frustração expresso pelos cirurgiões gerais, que muitas vezes está na base do seu abandono do SNS.

É preciso definir, em cada caso, qual a dotação adequada de profissionais, especialistas e internos de formação específica, para o SU. Sob a responsabilidade do chefe de equipa de Cirurgia podem e devem estar médicos que não precisam de ser especialistas e que assegurem as actividades menos diferenciadas inerentes ao bom funcionamento do SU. **A implementação de meios de triagem eficientes permitiria divergir para a consulta externa muitos dos doentes não urgentes que recorrem ao SU por inexistência de alternativas.** Os profissionais do Serviço que seriam desviados do SU poderiam assegurar essas e outras actividades assistenciais electivas do Serviço, com vantagens cumulativas para os doentes que seriam

assim adequadamente assistidos e para os profissionais que teriam mais possibilidades de diferenciação profissional.

É possível e desejável que a constituição das equipas preveja a existência de um ou mais elementos de prevenção, que permita suprir necessidades imprevistas sem o mesmo empenho de recursos, nomeadamente em termos de pausas compensatórias.

Não compete à Cirurgia Geral a assistência clínica e logística dos doentes das outras especialidades cirúrgicas. Essa tarefa ou é assegurada pelos próprios ou por uma estrutura profissional específica do SU, para a criação da qual urge encontrar uma de várias soluções possíveis. **A Cirurgia Geral tem sim a seu cargo os doentes que necessitam dos cuidados que lhe são próprios e que só ela pode assegurar.**

Internato de Formação Específica em Cirurgia Geral

A forma de aprender (e ensinar) Cirurgia tem sofrido profundas modificações nos últimos anos, traduzindo as alterações seculares da epidemiologia da doença cirúrgica, da tecnologia em que a prática cirúrgica cada vez mais se apoia, o aparecimento de plataformas de maior ou menor sofisticação, culminando com as que incorporam realidade virtual, nas quais os gestos e tempos cirúrgicos podem ser treinados sem aplicação directa nos doentes.

A introdução generalizada das tecnologias de cirurgia miniinvasiva levaram a que a aprendizagem dos internos (inicialmente preterida para a formação dos mais velhos) se faça de uma maneira progressiva, passando pelos diversos passos duma determinada intervenção, cujo domínio condiciona a continuidade da execução da cirurgia até que esta seja feita inteiramente pelo interno.

A epidemiologia das doenças tratadas cirurgicamente nos Serviços de Cirurgia Geral alterou-se profundamente e os mínimos estabelecidos actualmente no Regulamento do Internato estão completamente desfasados da realidade da prática desses serviços.

Obviamente que a formação dos internos de Cirurgia Geral não é homogénea de acordo com os locais onde o seu Internato decorre. Há no entanto que garantir que independentemente de onde o Interno seja colocado, haja um core de formação que lhe seja disponibilizado. É justo **reconhecer o esforço enorme feito pela anterior Direcção do Colégio em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia de fornecer módulos de formação acessíveis a todos os internos, quer na vertente teórica, quer na vertente prática da sua formação.** Estaremos dispostos a manter e aprofundar estes programas, segundo os princípios que estiveram na sua génese.

A progressiva sectorização dos Serviços de Cirurgia Geral não deve obviar a que a formação ao longo do Internato mantenha uma abrangência generalista, sobre a qual o cirurgião possa depois construir a sua diferenciação profissional, sem um condicionamento precoce, do qual pode ser vítima caso a realidade que tenha que enfrentar seja diferente de expectativas extemporâneas.

Julgamos **fundamental alterar profundamente a forma de avaliação do Internato.** Os Internos devem construir ao longo do Internato um portfolio no qual conste toda a sua actividade profissional, cirúrgica (descritiva e iconográfica), cursos frequentados, apresentações nas suas diversas formas e em

diferentes eventos científicos, trabalhos de investigação e publicações. A avaliação desse portfolio deve ser feita anualmente em prova pública no Serviço em que esteja colocado. É esperado dos tutores e directores de Serviço que seja assinalado ao Colégio qualquer situação de atraso na progressão normal da evolução das aptidões profissionais do Interno, para que medidas correctivas possam ser implementadas precocemente.

A **Prova de Avaliação Final do Internato tem que ser profundamente revista**. É absolutamente necessário terminar de vez com a tendência hiperinflacionária das classificações a que se tem assistido, com a compressão das notas finais no valor mais alto da escala, ainda por cima com classificações atribuídas por juris diferentes, com critérios diferentes. O facto de a classificação final do Internato ter deixado de ser o único critério de admissão dos especialistas no quadro hospitalar abre a oportunidade de se introduzirem mudanças profundas, que, quanto a nós passam por:

1. Existência de critérios de avaliação de conhecimentos científicos que possam uniformizar a avaliação teórica dos internos;
2. Avaliação curricular estruturada que tenha em atenção critérios mínimos obrigatórios, mas também a avaliação da evolução do Interno de acordo com o programa de internato que lhe foi delineado e a qualidade da produção científica;
3. Prova clínica tendo por base casos clínicos devidamente documentados, cuja discussão diagnóstica, terapêutica e prognóstica esteja ao alcance do interno no fim da sua formação específica.

Valorização dos actos médicos específicos da Cirurgia Geral

Um dos problemas que se têm arrastado nas últimas décadas prende-se com a desvalorização relativa dos actos próprios da especialidade na Tabela de Valores Relativos dos Actos Médicos da OM, para além da sua profunda desactualização que omite muitos dos procedimentos realizados pelos cirurgiões gerais. **Importa que se faça um grande esforço no sentido de também a esse nível recuperar a posição da Cirurgia Geral em termos absolutos e relativos em relação aos actos próprios das outras especialidades.**

Em resumo pugnamos por:

1. Remodelação profunda do trabalho, muitas vezes indiferenciado e fora do âmbito da nossa especialidade, efetuado muito no Serviço de Urgência;
2. Garantir formação pós-graduada que não seja custeada pelos próprios e com a desconfiança da tutela hospitalar;
3. Integração plena e progressão na estrutura hospitalar, pública ou privada terminando com a estagnação crónica a que assistimos quotidianamente nas carreiras;
4. Modificação clara e irreversível do Código de Nomenclatura e valor dos atos cirúrgicos, com aumento muito significativo dos atos efetuados pela Cirurgia Geral;
5. Dignificar o Internato médico de Cirurgia Geral: aos internos têm que ser retiradas as tarefas indiferenciadas, têm que ter acesso à aprendizagem de modo prioritário, têm que ter conhecimento do excepcional futuro, que será potenciador de talentos que a vida de um Cirurgião Geral pode ter, quebrando assim a enorme crise de vocação que existe agora na nossa especialidade.



Aida Paulino



José Flávio Videira



Carmo Caldeira



Sílvia Neves



Carlos Vaz



José Guilherme Tralhão



Nuno Abecasis



Susana Costa



Hugo Pinto Marques



Luís Graça



Rui Quintanilha



Isa Santos



Maria Inês Coelho