

CIRURGIA GERAL
(Bases da Cirurgia)

Alcino Lázaro da Silva*

A cirurgia geral foi a base para o início do desenvolvimento dos métodos operatórios e é o ponto de partida para uma especialidade segura e eficaz.

Quando a história do homem começou, conscientemente, os procedimentos terapêuticos cruentos também deram seus primeiros passos. O médico, dentro dos recursos culturais e tradicionais e calcado em empirismo, fruto de observação, fazia o que era possível para salvar vidas. Operava com sacrifício bilateral: ao doente o sofrimento e ao médico a incerteza.

Com a observação, o tempo, a experimentação e a experiência ao longo dos séculos, o homem foi se firmando nos recursos técnicos e constituiu a chamada Cirurgia Geral. Um homem, limitado pelos conhecimentos e pela improvisação tecnológica, operava de tudo um pouco. Com isto aliviava mais do que tratava curativamente.

Com o aprimoramento técnico, o avanço da tecnologia, o número maior de profissionais e a maior procura por parte dos doentes, iniciou-se o processo de desmembramento da base inicial e única. Grupos de procedimentos cirúrgicos afins constituíram uma especialidade e se desligavam da cirurgia geral. Outros mais; tantos outros e a lista crescia ou cresce, sempre ligada ou dependente da melhoria ou do requinte tecnológico.

O processo foi se desenvolvendo tanto que o mercado de trabalho absorve, hoje, mais o especialista do que o médico ou cirurgião geral.

Porque este, então, não desapareceu e resiste ao tempo, ao desdobramento e à concorrência.

A resposta é que o núcleo formador, de qualquer sistema, por mais simples que seja, nunca desaparece e, em segundo lugar, há algumas atividades em medicina que mantêm a demanda do trabalho do cirurgião geral, pois exigem um profissional polivalente em conhecimento e experiência horizontal.

São elas: exercício da cirurgia em hospitais gerais ou comunitários; atendimento de urgência, especialmente em traumatologia; cirurgia oncológica; iatrogenias; complicações cirúrgicas graves abdominais; procedimentos cirúrgicos menores, em nível ambulatorial, cirurgia do tubo digestivo e de parede abdominal.

São atividades, em certos aspectos, com procedimentos e objetivos às vezes diferentes ou diversos, mas que apresentam, um denominador comum: a qualificação para executar procedimentos que envolvem as bases

fundamentais das especialidades. Por exemplo, ao se realizar uma histerectomia alargada somos obrigados, às vezes, a associar operações de colo, intestino delgado e vias urinárias; ao se fazer uma ressecção extensa no pescoço, executamos operações fundamentais em nervos, vasos, ossos, partes moles e de vias aéreas superiores; ao se operar um esôfago atuamos em estruturas abdominais, torácicas e cervicais. Estes exemplos poderiam se estender ao tratamento das iatrogenias, complicações graves, traumatologia. Fica por explicar a cirurgia desenvolvida em hospitais comunitários, a em nível ambulatorial e a do aparelho digestivo mais parede abdominal. Esta, tem seus limites definidos e em condições eletivas foi o que ficou reservado, como clínica programada, para o cirurgião geral; a desenvolvida em pacientes de comunidades obriga o cirurgião a intervir desde uma pequena sutura de pele até a decompressão craniana por trauma com hematoma expansivo; a em nível ambulatorial obriga-nos a intervenções menores, as mais variadas, com o objetivo maior de fazer diagnóstico e, se possível, tratar.

Como se depreende, em termos práticos, o cirurgião geral executa procedimentos de toda especialidade, por opção após bom preparo, ou por contingência intransferível, todas as vezes que há urgência, intercorrência transoperatória ou que não se necessita de procedimento tecnológico, requintado ou complexo, realizado por especialista dotado de conhecimentos verticais.

Sob o ponto de vista didático e formativo, é preciso distinguir na cirurgia duas partes fundamentais: a que deve ser ensinada na graduação, cognominada Bases da Cirurgia, e a que deve ser apreendida e desenvolvida pelo cirurgião, para bem realizá-la, cognominada Cirurgia Geral. A primeira parte, área básica do ensino de graduação, é indispensável, a nosso ver, à formação do médico geral.

Entre estes dois aspectos, quanto a qualidade e eficiência, há uma distância muito grande. Os extremos exemplificam-se. Na graduação prepara-se o aluno para fazer uma sutura, uma exérese da lesão benigna, uma biópsia, um procedimento salva-vida na urgência. Na vida profissional, os mesmos procedimentos são desenvolvidos na rotina, mas além deles o cirurgião terá que executar uma cirurgia em via biliar ou fazer ressecções e restaurações extensas no tratamento do câncer.

Por esta razão, não se pode falar em ensino de cirurgia geral a nível de graduação. Fala-se, isto sim, em formar um profissional qualificado a desenvolver em cirurgia as bases comuns a todas as especialidades para um atendimento rotineiro na clínica cotidiana (Ferreira, 1987).

(*) Professor Titular de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

O ensino da cirurgia, pois, tem que se preocupar com duas etapas distintas: a formação do aluno nos procedimentos mínimos (básicos) e indispensáveis para compor o médico e uma etapa ulterior, tardia, árdua, difícil e progressiva. Esta dará ao médico condições de treinamento para tornar-se um cirurgião que possa resolver todos os problemas cirúrgicos encontrados na urgência, no hospital comunitário, na oncologia, na iatrogenia, nas complicações pós-operatórias e nos hospitais de interior.

Este é o grande desafio aos currículos escolares.

Na graduação, criar condições para as bases indispensáveis à formação do médico; na pós-graduação, treinar, lentamente, o profissional para assumir o maior ônus e a maior quota de trabalho na cirurgia assistencial. Isto, não se consegue senão através de Residência, Aperfeiçoamento, Especialização, Atualização, Reciclagem.

Compete-nos, pois, em primeiro lugar e em primeira etapa, formar bem o médico nas bases fundamentais da cirurgia. Numa segunda etapa, num serviço de saúde bem estruturado, dinâmico e bem supervisionado, o estudo, o treinamento e a investigação, lentamente, vão qualificando, adestrando e ampliando a ação do médico que se prepara para o exercício da cirurgia geral. Não se faz um Cirurgião Geral num programa de residência. Sobre esta há

que se manter mais treinamento, mais cursos e mais oportunidades de adestramento e tirocínio.

O que fazer na Graduação? (Quadro 1).

O Departamento ou a Comissão de ensino deste, assume o curso integralmente, e o divide didaticamente, em seqüência, a saber: Bases da Metabologia em Cirurgia; Anestesiologia; Propedêutica Cirúrgica; Clínica Cirúrgica; Procedimentos Cirúrgicos Menores (PROCIME); Traumatologia; Internatos.

A Ginecologia e a Obstetrícia, paralelamente, geram informações úteis pois o exercício da medicina comunitária obriga o cirurgião a intervenções rotineiras nesta área.

Parece-nos viável tal roteiro, mesmo nas escolas onde os recursos hospitalares e de pesquisa carecem de mais recursos.

Como fazer?

O aluno aprende as bases do metabolismo para compreendê-las melhor nas alterações ocorridas em doenças ou no pós-operatório; aprende e treina, em cadáveres e animais, as técnicas fundamentais; aprende a fazer uma indução anestésica e uma entubação correta, praticando em animal, boneco e em doentes na sala de cirurgia e a propedêutica e a clínica cirúrgica são aprendidas nos ambulatórios e enfermarias. Os procedimentos ci-

QUADRO 1

Formação de Médico em Bases da Cirurgia

Ano	Período	Matéria	Dinâmica (aulas)
3º	5º	Bases da Metabologia em cirurgia	Teórica Modelo Experimental Grupo de Discussão (GD)
	6º	Bases da Técnica Cirúrgica	Teórica Cadáver Cão
4º	7º	Anestesiologia	Teórica Boneco (Simulação) Bloco Cirúrgico
	8º	Propedêutica Cirúrgica	Teórica Ambulatório
5º	9º	Clínica Cirúrgica Procedimentos Cirúrgicos Menores (PROCIME)	Teórica Enfermaria Bloco Cirúrgico
	10º (Internato)	Ginecologia e Obstetrícia	Teórica Ambulatório Plantões
6º		Traumatologia	Teórica Plantões na Urgência
	11º 12º (Internato)	Clínica Médica Pediatria Cirurgia Geral (6 meses)	Teórica Enfermaria Bloco Cirúrgico

rúrgicos menores (PROCIME) são treinados em nível ambulatorial, na enfermaria e no bloco cirúrgico e a traumatologia dentro de um serviço de Pronto Socorro da própria Escola ou em convênio. No programa de treinamento do aluno deve haver, obrigatoriamente, as opções para estágios em Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, intercalados de acordo com escala, de forma a que todos o façam em regime de Internato.

Sobre tudo isto, ou ao final, dependendo de arranjo entre a oferta de cada Serviço e o mínimo de alunos com que somos compromissados, há o Internato em Cirurgia Geral. Aqui estarão aqueles que, realmente, vão se tornar médicos de hospitais comunitários, de família, ou seguirão residência em cirurgia ou em especialidades cirúrgicas.

Quem vai se responsabilizar por este ensino?

O Colegiado de Coordenação Didática, ouvidos os Departamentos (na atual reforma universitária), esquematiza um currículo médico onde a cirurgia se faz representar, seqüencialmente, pelo Quadro 1.

O Departamento, informado sobre sua seqüência de disciplinas (ou de toda a matéria), carga horária e períodos correspondentes, responsabiliza-se pela sua dinâmica.

Os professores são convocados, reunidos, distribuídos de acordo com a carga horária de cada um e o interesse de ensino. Em arranjo administrativo pode-se compor o interesse do ensino com o interesse profissional de cada docente. Atitude pouco obrigatória porque o que se vai ensinar na graduação, naturalmente pertence ao conhecimento de cada um, não importando a sua especialidade. Isto porque serão ensinadas as bases fundamentais e estas todos os profissionais devem dominar.

Um recurso para motivar o docente, não exauri-lo em paciência e tolerância é fazer, periodicamente, um gerenciamento nos quadros das disciplinas. Evita-se a rotina mediocrizante, motiva-se o docente por novos conhecimentos ou recapitulações, evita-se o enfado e, com isto, a eficiência do ensino se fará sentir.

Os coordenadores serão profissionais mais experientes, que tenham liderança e autoridade, para que não haja equiparação de responsabilidade e certos descumprimentos de atividades.

A avaliação será feita, obrigatoriamente, por observação, provas de habilidades e conhecimentos teóricos.

A aula teórica será ministrada pelos mais experientes, intercalados pelos menos experientes para seu treinamento. Os assuntos serão os de caráter geral e que não exijam demonstrações práticas.

Com esta seqüência, parece-nos, teremos um médico com conhecimentos cirúrgicos suficientes para o exercício profissional geral em comunidades.

Referências Bibliográficas

01. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Preparação do médico geral*. Rio de Janeiro, ABEM, 1983. 46p. (Série de Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, n.5).
02. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Preparação do médico geral*; reexame e perspectivas. Rio de Janeiro, ABEM, 1986, 97p. (Série de Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, n.11).
03. BELLIS, O. J. Inguinal herniorrhaphies using local anesthesia with one day hospitalization and unrestricted activity. *Int. Surg.*, 60:37-40, 1975.
04. BIROLINI, D. O cirurgião geral; conceito anacrônico ou realidade palpante. *Rev. Paul. Med.*, 99:38-9, 1982.
05. BIROLINI, D. A residência médica e as especialidades. *Rev. Paul. Med.*, 100:38-9, 1982.
06. BRAASCH, J. W. The lost sheep. *Arch. Surg.*, 121:335-90, 1986.
07. BROWN, J. H. General surgery societies: some role models. *Bull. Am. Col. Surg.*, 71:28-31, 1986.
08. CAMARGO, S. F. A arte cirúrgica numa comunidade do interior. *J. Bras. Med.*, 52:44-9, 1987.
09. CANNON, W. B. Insights on Outpatient surgery. *Bull. Am. Col. Surg.*, 71:9-12, 1986.
10. CAPELLA, M. R.; GODBERG, P.; QUARESMA, E.; RUIZ, J. S.; KANDER, S. L.; ARAUJO, E. J. Tratamento cirúrgico ambulatorial da hérnia inguinal na criança. *J. Pediat.*, 52:216-22, 1982.
11. ECLESIASTICO. 38, 1-15.
12. EDITORIAL. Ambulatory surgery. When and what procedures. *Bull. Am. Col. Surg.*, nov. 1982, p. 21.
13. FAGUNDES, D. J. & GOLDENBERG, S. Inquérito sobre o ensino e a pesquisa em técnica operatória e cirurgia experimental nas escolas médicas brasileiras. *Acta Cir. Brasil*, 1:2-15, 1986.
14. FERREIRA, E. A. B. Ensino da cirurgia geral na graduação. Palestra, Belo Horizonte, 1987.
15. FERREIRA SANTOS, R. Conceito e formação do professor de cirurgia. *Acta Cir. Bras.*, 2:30-4, 1987.
16. FERREIRA SANTOS, R. Humanizar a cirurgia contemporânea. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 9:185-6, 1982.
17. FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. *A qualificação do cirurgião-geral*; catálogo de competências mínimas obrigatórias. São Paulo, FUNDAP, 1985. 37p. (Documentos de trabalho, n.3).
18. HUGHES, E. F. X.; LEWIT, E. M.; RAND, E. H. Operative work loads in one hospital's general surgical residency program. *New Eng. J. Med.*, 289:660-66, 1973.
19. HUMPHREYS, J. W. General surgery redefined in the era of specialization. *Bull. Am. Col. Surg.*, 69:4-6, 1984.
20. LÁZARO DA SILVA, A. A medicina de ambulatório no interior. *Rev. bras. Med.*, 26:443-8, 1969.
21. LÁZARO DA SILVA, A. Dinâmica dos leitos móveis para cirurgia da superfície. *Anais Fac. Med. Univ. Fed. MG.*, 32/33:225-9, 1975/76.
22. LÁZARO DA SILVA, A. Curso de cirurgia na graduação I. *Jornal Assoc. Med. Minas Gerais*, 122:2, 1978.
23. LÁZARO DA SILVA, A. Curso de cirurgia na graduação. *R. bras. Educ. Méd.*, 3(2):9-15, maio/ago. 1979.
24. LÁZARO DA SILVA, A. Formação técnica de cirurgião. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 27:247-8, 1981.
25. LÁZARO DA SILVA, A. & SILVA, M. P. Departamento de cirurgia na universidade brasileira. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 28:82-4, 1982.
26. LÁZARO DA SILVA, A. *Hospital universitário*. *Rev. bras. Educ. Méd.*, 8(3):207, set/dez. 1934.
27. LÁZARO DA SILVA, A. Cirurgia em nível ambulatorial. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 30:170-1, 1984.

28. LISBOA, A. M. Formação do médico geral; a proposta da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. *Rev. bras. Educ. Méd.*, 10(2):105-6, maio/ago. 1986.
29. MONTENEGRO, B. Aspecto da vida de um cirurgião. *Anais Paul. Med. Cir.*, 73:189-201, 1957.
30. MONTENEGRO, B. Roteiro de um cirurgião. *Anais Paul. Med. Cir.*, 73:139-57, 1957.
31. MONTENEGRO, B. Concorrendo para o progresso da cirurgia e do ensino médico. *Anais Paul. Med. Cir.*, 84:295-313, 1962.
32. MONTENEGRO, B. A personalidade do cirurgião. *Anais Paul. Med. Cir.*, 95:155-64, 1968.
33. MORAES, I. N. O perfil do médico. *Carisma*.
34. NYHUS, L. M. Filosofia do treinamento cirúrgico. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 11:29-32, 1984.
35. OLIVEIRA, M. R. & BIROLINI, D. *Normas e condutas*. São Paulo, Disc. Cirurgia Geral, Dep. Cir. USP., 1980.
36. OLIVEIRA, M. R. e cols. Cirurgia geral. Programas de cursos. Dep. de Cir., Fac. Med. USP., 1984. 2 vol.
37. OLIVEIRA, M. R.; SPERANZINI, M. S.; JUNQUEIRA, Jr., A. A atualidade da cirurgia ambulatorial. *Rev. bras. Educ. Méd.*, 9(1):52-4, jan./abr. 1985.
38. PIMENTA, L. G. & LÁZARO DA SILVA, A. Hérnia epigástrica (lipoma interxifoumbilical). Classificação, freqüência, repercussão sobre o tempo de afastamento do trabalho e custo operacional: valorização do sistema cirúrgico ambulatorial. *Rev. Assoc. Med. Brasil.*, 29:162-5, 1983.
39. PINHO, M. Cirurgia anorretal ambulatorial. Uma evolução necessária. *Rev. Bras. Colo Proct.*, 7:5-6, 1987.
40. PORTO, J. Cirurgia dermatológica. *Bol. Cent. Est. Hosp. Serv. Est.*, 15:306-11, 1963.
41. POSSIK, R. A. & JAQUET, A. Rotina do Dep. de Cirurgia Abdominal. São Paulo, Centro de Est. Fund. Antônio Prudente, 1983.
42. RAHAL, F.; PEREIRA, V.; INACIO, W.; GONÇALVES, A. J.; MALHEIROS, C. A. *Condutas normativas*. São Paulo, Fac. Ciências Médicas da Santa Casa, 1987.
43. SANABRIA, A. R.; VALDERRAMA, E. A & ORTIZ, E. U. *Cirurgia ambulatoria*. Centro Hospitalario San Juan de Dios. Bogotá, 1973.
44. SEMINÁRIO DE CIRURGIA AMBULATORIAL. Fac. Med. UFMG, Belo Horizonte, 7-9 de outubro de 1981.
45. SCHULTZ, R. C. JCAH Accreditation, do we need it for ambulatory surgical centers? *Bull. am. Col. Surg.*, 70:27-8, 1985.
46. SNOW Jr., J. B. The importance of general surgery to surgical specialists. *Bull. Am. Col. Surg.*, 69:7-8, 1984.
47. SILVA, A. A.; BATISTA, E. F. N.; CRUZ, J. B.; CARNEIRO, J. L.; CARMO, J. W. C. Programa da disc. de técnica operatória e cirurgia experimental. Vitória, Dep. de Clínica Cirúrgica, 1984.
48. SPERANZINI, M. B.; OLIVEIRA, M. R. *Manual do residente de cirurgia*, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S.A., 2a. ed., 1981.
49. VASCONCELOS, E. A formação do cirurgião. Conferência Academia Nacional de Medicina, 1964.
50. VÉLEZ, A. & GONZALEZ, A. Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. *Acta Med. Valle*, 7:80-8, 1976.
51. WILSON, R. E. Defining the surgical oncologist. *Bull. Am. Col. Surg.*, 69:9-12, 1984.

Endereço do Autor:
 Rua Guaratinga, 151
 Sion
 30310 - Belo Horizonte, MG