

REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE CIRURGIA
CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR



REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA
CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR

FUNDADA EM 1984



Volume X - N.º I - Janeiro - Março 2003

CONSELHO CIENTÍFICO

A. Dinis da Gama	Lisboa
Alberto Queiroz	Coimbra
Albuquerque Matos	Coimbra
Alexandre Moreira	Porto
António Braga	Porto
Armando Farrajota	Lisboa
C. Barradas Amaral	V. N. de Gaia
C. Santos Carvalho	Lisboa
J. Celestino da Costa	Lisboa
J. Daniel Menezes	Almada
J. Fernandes e Fernandes	Lisboa
J. Queiroz e Melo	Lisboa
Jaime Neto	V. N. de Gaia
João Cravino	Lisboa
Joaquim Barbosa	Lisboa
José Roquette	Lisboa
L. Teixeira Dinis	Lisboa
Luís Noronha	Lisboa
Manuel Guerreiro	V. N. de Gaia
M. Rodrigues Gomes	Porto
Mário Caetano Pereira	Porto
Mário Vaz de Macedo	Lisboa
Pedro Bastos	Porto
Rui Bento	Lisboa
Rui de Lima	Lisboa
Teresa Godinho	Lisboa
V. Sá Vieira	Lisboa

DIRECTOR

José Roquette
(Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia
Cardio-Torácica e Vascular)

EDITOR

J. A. Pereira Albino

CORPO REDACTORIAL

Amílcar Mesquita	Manuel Fonseca
Carlos Sarmento	Maria Emília Ferreira
Fernando Martelo	Maria Teresa Vieira
Ferreira Peneda	Mário Mendes
Francisco Félix	Paulo Pinho
Jorge Tenreiro	Paulo Ponce
José Neves	Rui Almeida

A Revista Portuguesa de Cirurgia Cárdio -Tórácica e Vascular publica quatro números anuais, cada número avulso custa € 7,5. A assinatura para Portugal e Espanha é de € 14,00.

A assinatura para Angola, Brasil, Cabo-Verde, Guiné, Moçambique e S. Tomé é de USA \$35. Para os outros países é de USA \$40.

Para os sócios da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio - Torácica e Vascular, da Sociedade Portuguesa de Cirurgia e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia a distribuição é gratuita.

The Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio -Torácica e Vascular publishes four annual numbers, Each number cost € 7,5.

The annual subscription for Portugal and Spain is € 14,00. The Annual subscription for Angola, Brasil, Cabo -Verde, Guiné, Moçambique and S. Tomé is USA \$35. For the other countries is USA \$40. For the members of the Portuguese Society of Cardio Thoracic and Vascular Surgery, Surgery and Cardiology the distribution is free.

Propriedade e Administração:

Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular
Av. da Republica, 34 -1.º -1050 LISBOA

Editor: R. Raquel Roque Gameiro, 16D -r / c Esq. -1500 LISBOA
Telefs. 21 7742767 - 21 7742766 -Fax 21 7787450

Endereço Internet: http://www.ordemmedicos.pt//sociedade_médicas/spcctv/index.html

E-mail: spcctv@mail.telepac.pt

Correspondência Geral:

R. Raquel Roque Gameiro, 16 D -r / c Esq. - 1500 LISBOA
Tel. 21 7712050 -Fax 21 7712056

REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR
2003

Publicação Trimestral

Tiragem deste número: 7500 exemplares

ISSN - 0873-7215

Depósito Legal nº60310/93





REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR

Volume X - N.º I - Janeiro - Março 2003

SUMÁRIO

EDITORIAL J. A. Pereira Albino	6
PÁGINA DO PRESIDENTE José Roquette	7
CIRURGIA GERAL E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS: Tema Revisitado Manuel Cardoso de Oliveira	9
RELAÇÕES DA CIRURGIA GERAL COM A CIRURGIA TORÁCICA Maria Teresa Magalhães Godinho	13
A CIRURGIA GERAL E A CIRURGIA CARDIOTORÁCICA Pedro Teixeira Bastos	17
CIRURGIA VASCULAR, ESPECIALIDADES AUTÓNOMA: Educação e Formação Profissional A. Dinis da Gama	21
REGISTO NACIONAL DE CIRURGIA CARDÍACA DO ADULTO: O Início de Uma Nova Era? Miguel Sousa Uva, João Carlos Mota	25
CLASSIFICAÇÃO CURRICULAR OPERATÓRIA EM CIRURGIA VASCULAR: Uma Actualização Dez Anos Depois A. Dinis da Gama	29
AGENDA DE CONGRESSOS E REUNIÕES	37





REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR

Volume X - N.º I - January - March 2003

CONTENTS

EDITORIAL J. A. Pereira Albino	6
PRESIDENT'S LETTER José Roquette	7
GENERAL SURGERY AND SURGICAL SPECIALITIES Manuel Cardoso de Oliveira	9
THE RELATIONS OF GENERAL SURGERY WITH THORACIC SURGERY Maria Teresa Magalhães Godinho	13
GENERAL SURGERY AND CARDIOTHOTACIC SURGERY Pedro Teixeira Bastos	17
VASCULAR SURGERY, AN AUTONOMOUS SPECIALITY: Education and Professional Formation A. Dinis da Gama	21
ADULT CARDIAC SURGERY NATIONAL REGISTRY: The Beginings of a New Era? Miguel Sousa Uva, João Carlos Mota	25
OPERATIVE CURRICULAR CLASSIFICATION IN VASCULAR SURGERY: An Up-to-dat, Ten Years Later A. Dinis da Gama	29
MEETINGS AND CONGRESSES	37



EDITORIAL

Em Portugal, como na maioria dos países ocidentais, a principal causa de mortalidade e morbidade relaciona-se, sem dúvida, com doenças do aparelho circulatório, cujo tratamento e prevenção cabem integralmente no âmbito das especialidades que integram esta Sociedade.

Investir na formação de especialistas e no seu desenvolvimento é, portanto um problema inerente às nossas Especialidades, o qual não pode deixar de tomar em consideração um incremento progressivo das necessidades assistenciais, suscitado pela problemática da longevidade da população.

Assim, é necessário providenciar para que se eduquem especialistas, em quantidade e qualidade, de modo a que estes possam responder ao incremento das solicitações que se esperam a curto prazo nas nossas práticas clínicas, nomeadamente com recurso aos avanços nos domínios das modernas terapêuticas endovasculares e da terapêutica genética.

É pois com alguma apreensão que assistimos, na área de Lisboa, à passagem de dois dos principais hospitais formativos da nossa especialidade (Hospital Santa de Marta e Hospital de Santa Cruz) para sociedades anónimas, cuja prioridade será a obtenção de lucros, em detrimento da aposta na formação de profissionais aptos a desenvolver todas as técnicas que fazem parte do armamentário das nossas especialidades.

Cabe às Sociedades Científicas, às suas actividades, às suas iniciativas e às revistas que delas emanam tentar colmatar as possíveis lacunas desta formação e promover e desenvolver todos os aspectos com ela relacionados, constituindo-se assim como mais um veículo de opinião para quem queira tomar decisões acertadas.

Assim decidimos editar, neste número, as alocações apresentadas no nosso último Congresso referentes à problemática das bases educacionais e formativas das nossas Especialidades e suas relações com a Cirurgia Geral, além de termos solicitado ao Prof. Diniz da Gama uma actualização da sua classificação curricular operatória em patologia vascular, que tão útil se tem revelado para uma boa sistematização curricular.

Pensamos assim, uma vez mais, contribuir para dar continuidade aos objectivos que nos temos proposto, de participar na promoção e desenvolvimento das nossas Especialidades.

O EDITOR



(J. A. Pereira Albino)

PÁGINA DO PRESIDENTE



Este número do órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vascular é dedicado a aspectos fulcrais que esta Direcção se propôs promover, entre os quais se coloca destacada a educação e formação profissional.

Consideramos fundamental o envolvimento das Sociedades Científicas na clarificação de aspectos formativos das Especialidades que as integram. Assim, no último Congresso tivemos o privilégio de ouvir vários insignes prelectores defender os seus pontos de vista no que concerne á formação nas nossas Especialidades e a sua articulações com a Cirurgia Geral.

As alocações na altura apresentadas e agora transcritas espelham bem a evolução formativa que desejamos para as nossas especialidades, a Cirurgia Vascular e a Cardiotorácica.

Nestas páginas e nos artigos que abordam o tema, deixamos um repto á Ordem dos Médicos, aos Colégios das Especialidades e aos poderes instituídos. O trabalho efectuado não pode nem deve ser considerado em vão.

Outro dos aspectos porque esta Direcção se tem batido é o da implementação dos Registos Nacionais, assunto já sobejamente debatido quer em páginas do Presidente anteriores quer nas Assembleias Gerais da Sociedade.

Nesta revista surgem pela primeira vez os dados do Registo Nacional Cardíaco de Adultos. Ainda embrionário, é contudo já uma demonstração inequívoca do esforço de alguns no sentido de se conhecer a realidade nacional nessa área.

Não sabemos quando poderemos iniciar o Registo Nacional Torácico nem o Cardíaco Pediátrico, assim como o da Cirurgia Vascular arterial para finalizamos com o da Cirurgia Vascular venosa, mas iremos envidar todos os esforços para os concretizarmos, logo que possível.

A terminar duas palavras: Uma para vos anunciar a próxima Reunião Anual a efectuar nos dias 30 e 31 de Outubro e 1 de Novembro, como sempre em Vilamoura, no Tivoli Marinotel.

Versará a temática da Transplantação de Órgãos e será uma reunião conjunta com a Sociedade Portuguesa de Transplantação.

O Presidente Honorário dessa reunião será o Dr. Mário Caetano Pereira e assim as Sociedades em questão e em especial a SPCCTV tentará redimir-se de uma "dívida" que tem para com tão ilustre cirurgião.

Uma ultima palavra de agradecimento para o esforço que o Conselho Editorial da revista tem tido para manter a qualidade deste nosso meio de comunicação que ocupa já por direito próprio um lugar assinalável na comunidade científica nacional.

O PRESIDENTE

(José Roquette)

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA GERAL E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS: TEMA REVISITADO

Manuel Cardoso de Oliveira

Serviço de Cirurgia B, Hospital de S. João
Faculdade de Medicina do Porto

INTRODUÇÃO

O progresso científico e o desenvolvimento tecnológico, têm tido, um ritmo avassalador, sendo previsível que não haverá qualquer abrandamento, bem pelo contrário. Esta realidade criou novas exigências aos mais variados níveis, importando agora considerar especialmente o que nos foi pedido - a questão das repercussões sobre a educação e a formação profissional na área da cirurgia geral e da sua relação com as especialidades cirúrgicas. Antes de mais toma-se indispensável revisitar, ainda que sucintamente, a história da relação entre a Cirurgia Geral e as Especialidades Cirúrgicas.

Halsted, nos primeiros anos do século XX, foi o grande responsável pelos programas de formação (internato) norte-americanos que depois se estenderam para a Europa e o resto do mundo. Tratou-se de um marco fundamental na história da cirurgia, só se lamentando que alguns países se tenham atrasado na implementação desse espantoso programa de ensino e treino da Cirurgia e outros o tenham implantado com insuficiências que o descaracterizam.

As alterações recentes já largamente abordadas por nós noutros trabalhos evidenciaram algumas limitações (educacionais e logísticas) e os progressos nos processos de aprendizagem colocaram mais ênfase na resolução de problemas e outras técnicas em que os estudantes eram o centro de maiores atenções. Fomos assim conduzidos à necessidade de reavaliar os currículos tradicionais, tanto mais que na organização hospitalar também foram introduzidas profundas alterações. Como desvantagem do sistema de rotações (ainda hoje consagrado entre nós) contam-se a falta de claros objectivos de aprendizagem e a dificuldade dos internos complementares aprovados no exame final poderem continuar um programa formalizado de educação continua.

Com o correr dos anos, de início de um modo

insidioso, nas últimas 3 décadas mais notoriamente, a cirurgia sofreu espectaculares alterações a ponto de a velha Cirurgia Geral ser posta em causa, em termos de especialidade autónoma, com um corpo de conhecimentos e técnicas que lhes garantissem a sua individualidade. Como sempre nestes momentos de mudanças mais profundas, diria, nestes períodos verdadeiramente revolucionários, nem sempre é possível garantir a manutenção sensata de equilíbrios que importa não romper. Efectivamente a figura respeitável da Cirurgia Geral, como mãe generosa e orgulhosa dos seus filhos, não impediu que estes, à semelhança do que por vezes infelizmente acontece na nossa vida social, no seu desmedido desejo de se autonomizarem, se tenham esquecido da importância da mãe e do muito que com ela podiam (e ainda podem) aprender. Tendo dado origem a tantos e tão reivindicativos filhos a mãe foi mirrando o seu corpo e alguns, menos atentos e não tão bem formados como seria para desejar, vaticinaram o seu fim. Foi necessário (e ainda continua a ser) que a Cirurgia Geral tivesse encontrado alguns grandes líderes que lucidamente a defenderam como uma especialidade de grande interesse formativo e assistencial, verdadeiramente indispensável para a correcta compreensão do homem doente na sua globalidade e a prática em geral de todos os tipos de cirurgia. A Cirurgia Geral nunca poderia aceitar ser uma especialidade de exclusão, que ficasse, no fundo, com aquilo que não interessava às novas especialidades cirúrgicas. Foi assim possível preservar a identidade da Cirurgia Geral e, uma vez mais, os norte-americanos foram pioneiros no estabelecimento de relações saudáveis da Cirurgia Geral com as várias especialidades cirúrgicas ou com áreas da Cirurgia Geral a exigir aptidões especiais. Neste complexo inter-relacionamento surgem os conceitos de sub-especialização (que é imparável), e o da fragmentação (que, na medida do possível, deve ser combatida). A um observador menos informado poderá parecer que estamos, lamentavelmente, a recorrer a um jogo de pala-vras, para fugir às dificuldades que esta discussão acarreta. O que não é o caso.

FRAGMENTAÇÃO

Com o correr do tempo, como já salientámos, algumas áreas da cirurgia ganharam tal especificidade que foi impossível mantê-las estritamente ligadas à velha Cirurgia Geral.

Estamos-nos a referir à neurocirurgia, à obstetrícia/ginecologia, à oftalmologia, à ortopedia, à otorrinolaringologia, à cirurgia plástica, à urologia, à cirurgia cardiovascular, à cirurgia torácica, à cirurgia pediátrica e até à cirurgia vascular. Nos países que mais atentamente acautelam a importância da formação em cirurgia durante muitos anos não era possível qualquer especialização sem que antes tivesse sido garantida a prévia formação em Cirurgia Geral. Ainda hoje algumas personalidades defendem este ponto de vista com argumentos respeitáveis. Nós, em Portugal, com o nosso habitual pendor para a indisciplina, a atracção pelo mais fácil e até um certo sentido de inconsciência, resolvemos diminuir a preparação básica em cirurgia geral para níveis absolutamente ridículos (1 ano ou menos) e por vezes nem esse tempo era cumprido pois a febre da especialização dos jovens candidatos e a complacência de alguns responsáveis por inaceitáveis razões assistenciais ou outras ainda menos respeitáveis, permitiram esse autêntico crime de lançar jovens em carreiras cirúrgicas sem a indispensável preparação básica. Haverá que reconhecer que cada tempo tem a sua verdade e sobretudo que a discussão de toda esta problemática está longe de ser consensual mas não podem deixar de se lamentar tais orientações. Uma nova faceta do que estamos a discutir é a das aptidões especiais na grande área da Cirurgia Geral, assunto também polémico, é certo, mas cuja importância não dispensa que o abordemos mais adiante. A Cirurgia Geral é uma especialidade fundamental mas, não obstante, está em crise. Poucos a procuram e os que o fazem nem sempre são os mais classificados.

As próprias Faculdades têm procurado diminuir o período de intervenção da Cirurgia nos seus planos de estudo (o que é espantoso com a convivência de alguns cirurgiões) e não raras vezes o cirurgião é encarado como um operador cujos dotes científicos e capacidade de pensar parecem merecer pouco respeito. As horas de trabalho e o tipo de trabalho são extenuantes e as remunerações vão baixando, mesmo na clínica privada onde o domínio sufocante das seguradoras vai fazendo os seus estragos. O número crescente de elementos do sexo feminino que escolhem a especialidade acarreta também algumas dificuldades por motivos de disponibilidade, obviamente, muito respeitáveis.

As questões de natureza conflitual, as possibilidades de acusação de má prática e o mau funcionamento do sistema (queremos significar das condições de trabalho que nos são proporcionadas) reflectem de modo inquietante a actual situação da Cirurgia Geral. Para inverter esta clamorosa situação haverá que desenvolver um plano estratégico a vários níveis, que exige a todos nós o melhor dos nossos esforços e do nosso orgulho de ainda sermos cirurgiões gerais, conscientes da extraordinária importância da especialidade que praticamos e ensinamos. E bom seria que começássemos por uma intervenção mais precoce e completamente diversa da que vimos tendo no ensino da Cirurgia na pré-graduação, tema que noutra trabalho vai

merecer mais detalhada atenção.

ÂMBITO DE ACTIVIDADE

O American Board of Surgery interpreta o termo "Cirurgia Geral" de um modo compreensivo mas específico, como uma disciplina que tem um núcleo central de conhecimentos que abarcam anatomia, fisiologia, metabolismo, imunologia, nutrição, patologia, cicatrização, choque e reanimação, cuidados intensivos e oncologia e são comuns a todas as especialidades cirúrgicas.

O cirurgião geral deve também ter conhecimentos e aptidões especializados no que se relaciona com o diagnóstico, pré-operatório, per-operatório e pós-operatório das seguintes áreas (de responsabilidade primária):

Trato digestivo, abdómen e seus conteúdos, mama, pele e partes moles, cabeça e pescoço, sistema vascular periférico, sistema endócrino, oncologia cirúrgica trauma e intensivismo e queimados.

Adicionalmente espera-se que o cirurgião geral tenha experiência significativa pré-operatória, operatória e pós-operatória em cirurgia pediátrica, plástica e torácica geral.

O cirurgião geral deve ainda compreender o "management" dos problemas mais frequentes das áreas de cirurgia cardíaca, ginecológica, neurológica, ortopédica, urológica e em anestesia e ser capaz de usar técnicas endoscópicas, particularmente rectosigmoidoscopia e coledoscopia per-operatória e ter ainda experiência com outras técnicas endoscópicas como laringoscopia, broncoscopia, endoscopia digestiva alta e baixa e laparoscopia. É desejável que o cirurgião geral, sempre que possível, tenha oportunidade de obter conhecimentos e experiência de técnicas em desenvolvimento com o laser, litotricia e cirurgia endoscópica.

Como é evidente, esta programação, mesmo para a época em que foi elaborada, representou um exaustivo compromisso muito difícil de ser assumido plenamente.

Actualmente há necessidade urgente de a adaptar às novas realidades que as transformações da especialidade exigem.

A figura do Cirurgião Geral que pratica com excelência em todas as componentes primárias de especialidade está extinta, há já vários anos. Quem o confirma é A. A. Gawande, quando diz: "The science and technology is too vast to train everyone to do everything".

Quantos prejuízos evitáveis terão acontecido por alguns não terem dado a devida atenção a esta insofismável realidade? Para além destas limitações que é urgente ultrapassar novos factos surgiram com a recente expansão da especialidade.

Efectivamente não é actualmente possível preparar um jovem cirurgião sem que ele tenha tido a possibilidade de praticar, ainda que em áreas relativamente restritas, a cirurgia

mini-invasiva e até a cirurgia endoscópica. Se a estas exigências juntarmos as da investigação clínica, da medicina molecular, da informática, da bioestatística e da epidemiologia e a frequência (pelo menos nos 2 primeiros anos de internato) de um laboratório de gestos devidamente equipado, tomam-se urgentes medidas adequadas para harmonizar a satisfação destas novas realidades, durante a frequência do internato, cuja duração total não deve exceder a actual. Daqui se deduz que a reclassificação dos hospitais com internatos necessita de ser normalizada, para não dizer moralizada.

A frequência de alguns serviços de especialidade (os chamados estágios parciais) deve ser estimulada, sendo oportuno lembrar que a elaboração de uma lista de objectivos a atingir seria altamente aconselhável.

Com o correr dos anos mais profundas alterações surgiram no âmbito da Cirurgia e das especialidades cirúrgicas. Como já salientamos, a sua repercussão no ensino, treino e prática das diversas especialidades era absolutamente inevitável. Não tem sido fácil o consenso relativamente aos objectivos a traçar mas uma coisa é certa - os centros mais diferenciados norte-americanos e até alguns europeus não pararam de reflectir sobre este controverso assunto, pelo que algumas achegas foram dadas. Parecendo absolutamente indispensável a existência de um período de formação básica (tronco comum a todas as especialidades cirúrgicas) várias propostas foram surgindo, pelo que nalguns centros começou a ser dispensada a formação prévia e total em cirurgia geral para só depois se iniciar propriamente a formação da especialidade em causa. As propostas para a duração dessa formação básica foram-se então encurtando mas também nesta área os consensos não foram conseguidos. Temos a sensação de que na Europa as iniciativas de organismos como a União Europeia dos Médicos Especialistas têm sido tímidas e estão longe de conseguir os resultados desejados.

QUESTÕES EDUCACIONAIS

Uma vez mais os norte-americanos foram os que mais precocemente e melhor definiram doutrina sobre esta matéria mediante acções conjugadas de vários organismos que culminaram com a publicação de um guia para estudantes de medicina e para internos do tronco comum das especialidades cirúrgicas (o chamado PGYI). Este espantoso documento, da autoria da Comissão de Educação Médica Graduada do American College of Surgeons, em 2001, contém elementos fundamentais relativos às bases científicas da cirurgia. No que se refere aos estudantes as matérias serão abordadas naquilo a que se poderia chamar um clerkship sénior com o conhecimento dos requisitos essenciais e as aptidões para estudantes de Medicina que irão entrar num internato de Cirurgia. Ao completar o PGYI os internos devem ter conhecimentos e serem "capazes de fazer" na área das matérias anteriormente abordadas, quando estudantes. Entretanto várias especialidades cirúrgicas manifestaram a sua intenção de introduzir algumas especificidades no curriculum do PGYI e apresentaram modelos para o conseguir. Obviamente que isto exige um cuidadoso trabalho de coordenação e cooperação entre os vários programas de

modo a conseguir-se todos os objectivos num programa comum de aprendizagem. Uma lista de rotações sem a definição dos objectivos perpetua as limitações do processo antigo. Trata-se de uma excelente oportunidade para fazer mudanças que substancialmente melhorem a educação pré-graduada da Cirurgia, o que é muito excitante e não pode negligenciar-se. Se todos nós admitimos que a Educação Médica é um processo global sem descontinuidades, então por que é que não o assumimos plenamente e fazemos nos nossos planos de estudo e na formação básica dos nossos internos as transformações necessárias e já aferidas.

Finalmente surge mais uma questão fundamental, esta apenas respeitante à cirurgia geral - os generalistas de cirurgia geral e as áreas que exigem aptidões especiais. Nos países com uma estrutura geográfica muito diferente da nossa são preparados vários tipos de cirurgiões gerais (por exemplo os destinados aos meios rurais, os que se destinam a uma carreira militar ou os que serão sempre generalistas mesmo em hospitais de maior diferenciação. Num país com o perfil do nosso a existência de generalistas da cirurgia geral é fundamental em todos os Hospitais. Nesta área há um grande volume de cirurgias e, mesmo nos Hospitais mais diferenciados, a expansão da cirurgia ambulatória e o desenvolvimento do trauma requerem a existência de um número apreciável de generalistas da cirurgia geral. Esta realidade é compatível com a criação de unidades funcionais em áreas perfeitamente identificadas e que requerem aptidões especiais. A palavra de ordem neste domínio é a flexibilidade. Mais do que repetir a argumentação aduzida no documento "proposta de bases gerais para a criação do Departamento de Cirurgia do Hospital de S. João" elaborado haja alguns anos, será oportuno lembrar a experiência vivida no antigo serviço de Cirurgia 3 e agora o Serviço B (resultado da fusão dos antigos serviços 3 e 4) onde uma sectorização flexível tem permitido uma clara melhoria na qualidade da assistência que prestamos aos nossos doentes bem como a consequente melhoria da docência pré-graduada, da formação dos cirurgiões e da investigação clínica que praticamos. Agradamos sobejamente registar que, mesmo em assunto tão polémico, não necessitamos de mudar o nosso discurso ao longo dos anos, considerando-se assim respondidas algumas acusações gratuitas e caluniosas que alguns nos quiseram fazer noutros tempos. Por isso defendemos que no grande espaço do Departamento de Cirurgia, que deve estar reduzido à Cirurgia Geral e à Cirurgia Vascular de acordo com as tendências mais modernas em termos de dimensão dos Departamentos, devem existir generalistas da Cirurgia Geral a par de cirurgiões que, sem perderem essa qualidade, adquiram (especialmente após a conclusão do internato complementar) aptidões especiais nas áreas do trauma, esófago e estômago, colo-rectal, hepato-biliar-pancreática e endócrina e mama e outras que eventualmente venham a justificar-se. Se nalguns países a cirurgia colo-rectal e a hepato-biliar-pancreática ganharam já foro de verdadeiras especialidades isso deve-se ao volume de doentes que alguns centros de excelência conseguem atrair, o que, para já, não é o caso do hospital em que trabalhamos. A experiência de equipas multidisciplinares em áreas muito restritas de cirurgia, a que alguns já chamaram boutiques de órgãos, é uma experiência que o futuro poderá entre nós consagrar mas que no momento presente está infelizmente fora de qualquer concretização imediata.

CURRICULUM E OBJECTIVOS

Algumas palavras sobre os objectivos de um curriculum em cirurgia. Esses objectivos devem ser claramente definidos e destinam-se a ajudar todos os interessados nas suas actividades educacionais, devendo ser encaradas como marcas ou expectativas futuras para os internos. A lista desses objectivos segundo a Association of Program Directors in Surgery é: criar uma estrutura organizacional que facilite a educação dos internos; elaborar um plano educacional que seja um guia para os diversos programas; manter critérios educacionais que sejam congruentes com o estipulado pelas autoridades supervisoras; sugerir novas metodologias de ensino; estabelecer bases para as actividades de avaliação; recomendar novas experiências de aprendizagem baseadas em objectivos mensuráveis; integrar conhecimentos das ciências básicas com experiências clínicas; fomentar a aprendizagem dos internos recomendando bibliografia adequada; promover uma ampla compreensão do papel da cirurgia e suas interacções com outras especialidades como a Medicina Interna, Radiologia, Psiquiatria e outras; fomentar uma responsabilização crescente dos internos nos cuidados com os doentes; estimular a participação dos internos no ensino pré-graduado e na formação dos internos mais jovens; familiarizar os internos com as novas tecnologias e estimulá-los a adquirirem noções de gestão, liderança, ética e direito; facilitar a sua inserção em programas de educação médica contínua e destacar a importância da cirurgia nos velhos e nos cuidados paliativos.

Uma finalidade muito importante do curriculum é a da aferição da competência profissional. Apesar de não haver um consenso generalizado do que é essencial em termos de conhecimentos, aptidões ou atitudes para os cirurgiões, a verdade é que a elaboração de uma lista de objectivos constitui um suporte importante para tutores e internos, capacitando-os para a melhor satisfação dos requisitos educacionais em causa.

As áreas educacionais do curriculum para as quais existem competências e critérios instrucionais são as seguintes: integração da teoria e prática, aplicação de aptidões em cirurgia, crescentes noções de cirurgia nos velhos, uso do pensamento crítico, exercício do conhecimentos da ética, uso apropriado da comunicação, identificação das responsa-

bilidades de ensino, desenvolvimento de capacidades de gestão e de ensinar e aprender durante toda a vida.

Em termos da competência geral para os internos, segundo as recomendações do Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) os princípios organizativos são: assistência aos doentes (compaixão, adequação e efectividade) para o tratamento da doença e promoção da saúde; conhecimentos médicos (ciências básicas e clínicas) e sua aplicação na assistência aos doentes; aprendizagem baseada na prática e seu aperfeiçoamento; aptidões no relacionamento e comunicação com os outros; profissionalismo; prática baseada nos sistemas de saúde de modo a gerir os recursos disponíveis para uma melhor qualidade da assistência. Está também definido o que os internos devem saber fazer quando terminarem o seu internato, ferramentas a utilizar e indicações das fontes bibliográficas mais importantes.

Além disso estão claramente definidos os requisitos do programa de internato para a Cirurgia Geral, especialidades cirúrgicas e especialidades afins o que passa pela organização institucional, staff de ensino, facilidades e recursos, programa educacional e sistemas de avaliação.

CONCLUSÃO

Em resumo: é inquietante a realidade portuguesa dos internatos de cirurgia como se pode concluir pela distância que nos separa de toda esta requintada, amadurecida e testada capacidade de organização. É tempo, como dissemos, de reflectir e sobretudo de tomar as decisões que nos conduzam a uma efectiva e urgente reformulação do ensino e treino das nossas especialidades, privilegiando sempre a flexibilidade dado que o areal em que apoiamos os nossos pés está sempre a ser alterado pelas forças das marés do desenvolvimento científico e tecnológico. Vivemos em Portugal um período em que ter ideias e razão antes do tempo é arriscado. Mas será possível mantermo-nos desfasados do tempo que vivemos? A experiência mostra que necessitamos urgentemente de inverter este estado de coisas pois, de certo modo, trata-se de uma questão de sobrevivência. E, como diz David Richardson "recognition of a problem is the first step required to find a potential solution".



CIRURGIA TORÁCICA

RELAÇÕES DA CIRURGIA GERAL COM A CIRURGIA TORÁCICA

Maria Teresa Magalhães Godinho

Serviço de Cirurgia Torácica
Hospital Pulido Valente, Lisboa

A Cirurgia Torácica é uma especialidade perfeitamente definida e individualizada, com mais de um século de existência. Nela se distinguem duas vertentes - a Cirurgia Cardíaca e a Cirurgia Torácica Geral - que divergiram a partir de uma especialidade comum, a Cirurgia Torácica, tendo-se tomado também claramente distintas.

A Cirurgia Torácica Geral (que passaremos a designar simplesmente por Cirurgia Torácica) deve ser realizada por Cirurgiões Torácicos Gerais ou por Cirurgiões Cardio-Torácicos com preparação especial em Cirurgia Torácica Geral. O âmbito da Cirurgia Torácica, os conhecimentos que exige são muito vastos e o seu exercício não se compadece com amadorismos.

Esse âmbito foi definido recentemente pelo Board Europeu de Cirurgia Torácica e Cardiovascular (EBTCVS). A Cirurgia Torácica "engloba o conhecimento dos factos, as capacidades técnicas e de avaliação exigidas para diagnosticar correctamente e tratar cirurgicamente as doenças do tórax. A base de conhecimento inclui - se bem que não esteja limitada a tal - as doenças da parede torácica, pleura, pulmões, traqueia e brônquios, mediastino, diafragma e esófago. A Cirurgia Torácica geral requer um conhecimento profundo da fisiologia, imagiologia diagnóstica, testes de função orgânica, investigação semi-invasiva e invasiva, avaliação pré-operatória, cuidados pós-operatórios, cuidados intensivos, trauma, oncologia e transplantação. Inclui ainda experiência em protocolos de tratamento multidisciplinar." (Quadro I)

Para avaliarmos na sua globalidade o problema da educação e formação profissional em Cirurgia Torácica, é fundamental tratar não só das relações com a Cirurgia Geral, mas ainda das relações entre Cirurgia Torácica Geral e Cirurgia Cardíaca ou Cardiovascular. Este último tema poderá fazer objecto de outra discussão.

As relações da Cirurgia Torácica com a Cirurgia Geral

Cirurgia Torácica Geral Definição (EBTCVS)

GTS encompasses the factual knowledge, technical skill and judgment required to diagnose accurately and to manage surgically, diseases of the thorax (chest). The knowledge base includes, but is not limited to, diseases of the chest wall, pleura, lungs, trachea and bronchi, mediastinum, diaphragm and esophagus. GTS requires in-depth knowledge of physiology, diagnostic imaging, organ function testing, semi-invasive and invasive investigation, preoperative evaluation, postoperative care, critical care, trauma, oncology and transplantation. It also includes experience in multidisciplinary treatment protocols.

Quadro I

Definição do âmbito da Cirurgia Torácica Geral segundo o EBTCVS (European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgery).

têm por seu turno duas faces: a importância da Cirurgia Geral no ensino e formação profissional dos Cirurgiões torácicos e a sua contra-partida ou seja a importância do ensino da Cirurgia Torácica na formação dos Cirurgiões Gerais.

O facto de os nossos Internatos de Especialidade implicarem 2 anos de Internato Geral prévio, após 6 anos de Curso Médico, e a duração dos Internatos de Especialidade originam uma entrada tardia dos nossos especialistas no "mercado" do trabalho, sobretudo quando comparada com outros países europeus.

Por essa razão, não só se tem equacionado a possibilidade de encurtar ou suprimir o Internato Geral, após um 6º ano profissionalizante, como se tem procurado reduzir a duração dos Internatos de Especialidade, privilegiando a prática da Especialidade em questão à custa de estágios fora da especialidade.

Daí, nos perguntarmos se é justificada a obrigatoriedade de um estágio em Cirurgia Geral no Internato de Cirurgia Torácica, e se sim, em que modalidades.

Contra a existência do estágio, está, como acabamos de dizer, fundamentalmente, um alongar do tempo de formação, mas a seu favor enumeram-se diversas razões: a Cirurgia dita Geral é a base comum de todas as Cirurgias, um estágio em Cirurgia Geral dará melhor preparação (a "tarimba") ao futuro Cirurgião Torácico e permitir-lhe-à ter uma visão global do doente, etc.

Mas as modalidades do estágio podem ser diversas quanto a duração, programa e opções. Há quem defenda um Internato completo em Cirurgia Geral (com ou sem exame de saída) e quem advogue um estágio parcial, de 2, 3 ou 4 anos. Uma hipótese interessante seria a possibilidade do interno poder optar pela especialidade cirúrgica pretendida (neste caso, a Cirurgia Torácica), durante o internato de Cirurgia Geral, após realização do estágio respectivo.

Nos Estados Unidos da América, até agora, era necessário ter o "board" de Cirurgia geral completo para poder fazer o Internato de Cirurgia Torácica, mas os problemas gerados pela excessiva duração do tempo de preparação, levaram a que estejam em curso importantes alterações. Assim, o American Board of Thoracic Surgeons (ABTS) preconiza 3 possíveis vias de formação (Quadro II):

- 1 - Internato de Cirurgia Geral (CG), sem exame de saída, e 2 a 3 anos de Cirurgia Torácica (CT) - em vigor a partir de Julho 2003.
- 2 - Internato de CT integrada, de 6 anos - a partir de 2004.
- 3 - 3 Anos de CT após 3 anos de CG, desde que sejam satisfeitos determinados requisitos no estágio de CG.

A importância da Cirurgia Geral na formação dos Cirurgiões Torácicos

ABTS: 3 vias de formação

- Internato de CG (+/- exame de saída) + 2 a 3 anos de Cirurgia Torácica (Julho 2003)
- Internato de Cirurgia Torácica integrado, de 6 anos (depois de 2004)
- 3 anos de Cirurgia Torácica após 3 anos de Cirurgia Geral desde que sejam satisfeitos certos requisitos na CG

Programas combinados 4/3 anos com certificação por ABS e ABTS

Quadro II

Vias de formação em Cirurgia Torácica admitidas pelo ABTS (American Board of Thoracic Surgery).

É considerada ainda a hipótese de programas combinados (4 anos/3 anos) com dupla certificação pelo ABS e ABTS.

Os requisitos exigidos pelo ABTS e referidos para a terceira opção são os que vêm referidos no Quadro III.

Na Cidade de Québec, no Canadá, foi adoptado um plano que nos parece interessante e que consiste em 2 anos de Cirurgia Geral como tronco comum para todas as Especialidades cirúrgicas (incluindo a Especialidade em Cirurgia Geral), preenchido por estágios em Traumatologia, Anestesia-Reanimação, etc. (Quadro IV).

A importância da Cirurgia Geral na formação dos Cirurgiões Torácicos

Opção 3+3 (ABTS): pré-requisitos:

■ CG - incluindo 6 meses de cirurgia abdominal e pediátrica, cirurgia oncológica e da cabeça/pescoço	12 meses
■ Trauma	2 meses
■ Transplantação/imunologia	2 meses
■ Cuidados Intensivos	2 meses
■ Cirurgia Vascular	3 meses
■ Cirurgia Cardio-Torácica	3 meses

Quadro III

Requisitos em Cirurgia Geral exigidos pelo ABTS para a opção 3/3.

Em conclusão, pensamos que é sensato manter um tronco comum às diferentes especialidades cirúrgicas, que poderá ter a duração de 1 ou 2 anos, durante os quais serão ministrados os princípios gerais da Cirurgia (o que nos parece mais correcto do que falar em Cirurgia Geral) e que integrará obrigatoriamente estágios em Traumatologia, Urgência, Cuidados Intensivos, Anestesia e Reanimação.

A importância da Cirurgia Geral na formação dos Cirurgiões Torácicos

2 anos de Cirurgia como tronco comum à Cirurgia Geral e Especialidades cirúrgicas (Québec, Canada), Estágios em:

■ Traumatologia	3 períodos
■ Anestesia-Reanimação	1 período
■ Cuidados Intensivos	2 períodos
■ Cardiologia / U. Coronária	1 período
■ Infecçiology	1 período
■ Pneumologia	1 período
■ Urgência	1 período
■ Cirurgia Geral	6 períodos
■ Cirurgia Geral Regional	3 períodos
■ Introdução à Cirurgia	1 período
■ Opção	7 períodos

Quadro IV

Tronco comum às diferentes especialidades cirúrgicas (Québec, Canadá)

De considerar a possibilidade de optar pela Especialidade só após o tronco comum e a realização do estágio correspondente.

Na fase seguinte, dedicar 3 anos à Cirurgia Torácica Geral, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Vascular, Cardiologia e Pneumologia. No 4º ano, optar pela Cirurgia Torácica Geral ou Cirurgia Cardíaca. O Internato poderá assim ter uma duração de 5 anos, caso o tronco comum dure 1 ano.

Para se escolher uma Especialidade é em regra necessário ter tido previamente algum contacto com ela. Daí o propormos a hipótese de se poder divergir para a Cirurgia

Torácica já durante o Internato de Cirurgia Geral. Mas é também importante um contacto mais precoce, ou seja durante o Curso de Medicina. Se bem que fora do tema desta exposição não queremos deixar de levantar o problema do ensino pré-graduado da Cirurgia Torácica, que deverá ser ministrado sempre que possível por Cirurgiões Torácicos. Poderá ser integrado nas cadeiras de Cirurgia, condensado num ano ou disperso pelos vários anos ou englobado numa cadeira médico-cirúrgica (Pneumologia e Cirurgia Torácica, como também Cardiologia e Cirurgia Cardíaca) e condensado num ano. Esta última opção é a que preferimos, tendo dela experiência de vários anos.

A Cirurgia Torácica poderá quanto a nós ser ainda uma cadeira de opção no 6º ano profissionalizante (como tem sido nestes 2 últimos anos na FCM da UNL).

A outra face do problema de que falámos consiste na importância da Cirurgia Torácica na formação de Cirurgiões Gerais. Na nossa opinião, o estágio em Cirurgia Torácica deverá ser mantido. Esse estágio não se destina evidentemente a preparar cirurgiões para Cirurgia Torácica electiva, mas a fornecer-lhes as noções gerais indispensáveis à resolução de problemas, por exemplo em Urgência, e à utilização das vias de abordagem do tórax.

CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

A CIRURGIA GERAL E A CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Pedro Teixeira Bastos

Centro de Cirurgia Torácica
Hospital de S. João, Porto

INTRODUÇÃO

O conhecimento dos princípios básicos da cirurgia é fundamental para que se possa iniciar o treino de uma especialidade cirúrgica, com maior razão ainda quando se trata de especialidades tecnicamente exigentes, como sucede com a cirurgia cardiotorácica (CCT) e a cirurgia vascular. Aquilo que está em discussão, portanto, não é o princípio em si, que é consensualmente aceite, mas sim o "quanto", isto é, qual a duração e intensidade que o treino em cirurgia geral deve ter, e o "como", ou seja, como é que esse treino deve ser inserido no treino das especialidades e que objectivos deve perseguir.

Para discutir este problema, e reportando-me agora especificamente à CCT, julgo que seria útil confrontar duas experiências muito diferentes que encerram, até, conceitos antagónicos, e que são os programas de treino para esta especialidade em prática nos E.U.A e em Portugal.

PROGRAMAS DE TREINO

Como é do conhecimento de todos, os programas de treino americano para a CCT foram desde sempre considerados como o "gold standard" da formação nesta especialidade. Depois de um curso médico de quatro anos, em que o último ano assume características fortemente profissionalizantes, inicia-se uma residência em cirurgia geral com cinco anos de duração. Uma vez esta terminada, o residente está apto a candidatar-se ao respectivo "board", seguindo-se então a residência em CCT que, de um modo geral, tem dois anos de duração, já que apenas em 17% das instituições se prolonga por três anos.

Acresce, ainda, que os programas mais prestigiados favorecem os candidatos que durante a residência em cirurgia geral, ou no fim desta, tenham dedicado um a dois anos à investigação pura. Uma vez terminada a residência em CCT está-se, então, apto a realizar o respectivo "board" e a iniciar uma prática cirúrgica autónoma.

As vantagens apontadas a este modelo de programa são múltiplas. Trata-se, antes do mais, de um sistema que foi testado e aprovado e que foi produzindo ao longo de décadas, e com uma impressionante regularidade, muitos dos melhores cirurgiões cardiotorácicos mundiais. Por outro lado, a selecção dos residentes em CCT feita numa fase tardia do seu treino em cirurgia geral é considerada vantajosa, já que proporciona a possibilidade de escolher candidatos que tiveram a oportunidade de provar os seus méritos.

No mesmo sentido, o ano de residente chefe em cirurgia geral, correspondente ao último ano da residência, é julgado como fundamental, na medida em que pelas responsabilidades que encerra desenvolve de forma muito especial a maturidade e a capacidade de julgamento. Finalmente, os defensores deste tipo de programa consideram que uma residência em CCT com dois anos de duração é suficiente para proporcionar um treino adequado.

Apesar de todas estas virtualidades, a verdade é que no decurso da última década este programa tem vindo a ser objecto de uma contestação crescente que irá inexoravelmente conduzir, num futuro próximo, a importantes modificações estruturais. As razões que estão na base desta contestação são múltiplas:

- Um modelo de programa que se mantém imutável desde 1948, altura em que foi instituído o "board" de CCT, o que parece difícil de aceitar tendo em conta o desenvolvimento explosivo entretanto verificado, quer na CCT quer na cirurgia geral.
- Um programa de treino excessivamente longo e que acaba muito tarde na vida de um médico. Na verdade, se tivermos em conta que nos E.U.A a idade média com que se termina o curso de Medicina é de 26 anos, então a residência em cirurgia geral será completada aos 31 anos e a residência em CCT entre os 34 e os 36 anos. Ora, com esta idade, os advogados já praticam há 7-10 anos e muitos são sócios das respectivas firmas, muitos dos possuidores de um MBA já se refor-

maram com o estatuto de milionários, e mesmo a maioria dos médicos de outras especialidades têm uma prática clínica perfeitamente estabilizada. Acresce, ainda, o facto da dívida média de um residente no fim da residência de CCT se situar entre os 80 000 e os 100 000 dólares, dado que em muitas cidades mais cosmopolitas o vencimento não é suficiente para cobrir as necessidades da vida. Ou seja, aos 36 anos, endividados, depois de terem passado os melhores anos da sua vida a trabalhar 80 a 100 horas por semana e a dormir no hospital muitas vezes em dias alternados, a passar visita aos sábados e aos domingos, aos 36 anos os residentes em CCT estão finalmente prontos a iniciar a sua vida profissional. Nestas condições, não admira que a apetência por esta especialidade, outrora tão disputada, tenha vindo a diminuir progressivamente, ao ponto de em 1999 se ter verificado o facto histórico de pela primeira vez o número de residências ultrapassar o número de candidatos.

- Um treino em cirurgia geral demasiado longo e exigente. De facto, não há qualquer razão lógica para que se exija a alguém que vai iniciar o seu treino numa especialidade o mesmo grau de experiência em cirurgia geral que tem uma outra pessoa que no dia seguinte pode iniciar a sua vida profissional como cirurgião diplomado, nem se compreende que um cirurgião cardiotorácico necessite de um período de treino em cirurgia geral que é mais do dobro do da própria especialidade.
- Um treino em CCT, com dois anos de duração, demasiado curto. Na realidade, se nos lembrarmos que quando estes programas foram instituídos a CCT praticamente se resumia à Cirurgia Torácica Geral, e se por outro lado tivermos em conta o aumento exponencial do conhecimento relacionado com as doenças cardiotorácicas e a sua abordagem cirúrgica, então não é difícil de aceitar que dois anos, mesmo em regime de aprendizagem intensivo, são insuficientes para a transmissão de todo este conhecimento.

REFORMULAÇÃO DE PROGRAMAS

Do debate que se estabeleceu à volta destes problemas resultou uma recomendação unânime das entidades que superintendem nesta área - Joint Council of Thoracic Surgical Education, a Thoracic Surgery Directors Association e o American Board of Thoracic Surgery - no sentido de se proceder a uma reformulação do programa do treino em CCT, reformulação essa que deveria assentar em dois vectores:

- Menos cirurgia geral, tomando-se a obtenção do respectivo "board" opcional para o acesso à residência de cirurgia cardiotorácica.
- Mais cirurgia cardiotorácica, devendo todos os programas de treino passar a ter obrigatoriamente três anos de duração.

Tendo em conta estas recomendações, presentemente estão em discussão duas opções para os programas de treino em cirurgia cardiotorácica. A primeira opção, que é aquela que se insere num modelo mais tradicional e que, por isso mesmo, reúne mais consenso, preconiza a existência, depois do curso médico, de um tronco comum em cirurgia geral com três anos de duração, onde serão ensinados os princípios gerais da cirurgia e não os princípios da cirurgia geral. Após este período poder-se-à optar por entrar directamente para a residência em CCT, que como disse terá obrigatoriamente três anos de duração, ou poder-se-à optar por completar o treino em cirurgia geral e realizar o respectivo board, como sucede actualmente, só então iniciando a residência em cirurgia cardiotorácica. Neste modelo, a cirurgia geral deixaria, portanto, de ser considerada "a Mãe de todas as cirurgias" e passaria a ser vista como mais uma especialidade cirúrgica no vasto campo da cirurgia, ela própria já muito fragmentada em subespecialidades (cirurgia hepato-bilio-pancreática, colo-rectal, endócrina, etc.). Para além de encurtar num ano a duração total do treino, e de aumentar o tempo de treino em CCT, este modelo teria, ainda, a vantagem da saída mais precoce dos residentes de cirurgia geral para as especialidades permitir preservar os processos cirúrgicos mais complexos para os residentes em cirurgia geral mais seniores.

Este programa tem tido, no entanto enormes dificuldades em ser implementado devido à oposição que por duas ordens de razões lhe tem sido movida pelos cirurgiões gerais: por um lado porque muitos departamentos de cirurgia atravessariam dificuldades se lhes fosse retirado o aporte financeiro gerado pela cirurgia cardiotorácica. E também, e esta é a razão principal, porque na maior das instituições académicas, os três poderes críticos - nomeação, espaço, finanças - estão nas mãos do director de departamento que, por norma, é um cirurgião geral. Daqui resulta o facto anacrónico de, com raras excepções, serem cirurgiões não torácicos a tomar as decisões cruciais que determinam os programas de cirurgia cardiotorácica.

Como consequência da oposição à implementação das medidas julgadas fundamentais, está já em discussão uma segunda opção bastante mais radical. Esta alternativa implica a adopção de um processo educacional inteiramente novo, dado que uma vez terminado o curso médico se ingressaria directamente numa residência em CCT com seis anos de duração, com programas de treino em cirurgia geral autónomos e orientados para a cirurgia cardiotorácica. Neste caso, toda a estrutura curricular e o respectivo controle seriam da inteira responsabilidade do director de programas de CCT, nomeadamente no que diz respeito à organização das rotações, avaliação da qualidade do conteúdo não relacionado com a CCT e avaliação da performance final. Este programa, que é análogo ao que já foi adoptado pela Neurocirurgia, tem, no entanto, o inconveniente da opção por CCT ter de ser feita na fase final do curso médico, numa altura em que a exposição cirúrgica é, ainda, escassa.

PANORAMA NACIONAL

Vejamos, agora, o que se passa no nosso País. Depois de um curso médico de seis anos inicia-se o internato geral com dois anos de duração, no final do qual se tem acesso aos

internatos das especialidades. Existe, ainda, como acontece com colegas de outros países que vêm trabalhar para Portugal, a possibilidade da entrada no internato de CCT ser feita directamente a partir do curso médico.

Este programa é no papel, aparentemente equilibrado, e tem muitas semelhanças com a chamada segunda opção que acabamos de discutir. O internato de CCT dura seis anos, dois dos quais são obrigatoriamente passados em serviços de cirurgia geral, o que desde logo deveria assegurar um conhecimento adequado dos princípios básicos da cirurgia. Depois, os quatro anos de CCT seriam suficientes para a aprendizagem e treino desta especialidade.

Acontece, no entanto, que na prática existem problemas sérios que afectam a credibilidade do programa. Em primeiro lugar a exposição cirúrgica pré-especialidade é escassa, ou porque o acesso é directo a partir do curso médico ou porque os três meses de cirurgia geral durante o internato geral são insuficientes. Por isso, a escolha por CCT é, muitas vezes, uma escolha pouco esclarecida quando não de recurso, o que provoca uma elevada taxa de desistências durante a residência.

Por outro lado, os dois anos de estágio em cirurgia geral não são produtivos. Os serviços de cirurgia geral já têm uma enorme dificuldade em treinar os seus internos, e muito mais em treinar os internos de outros serviços. Acresce que a rotação por cirurgia geral não tem programa nem objectivos definidos, pelo que o seu resultado é altamente insatisfatório. Finalmente, e apesar dos quatro anos de duração, o treino em CCT revela-se, no final, francamente insuficiente, não só porque os médicos estão submetidos a uma carga de trabalho não cirúrgico excessiva - trabalho administrativo, excesso de consultas pré e pós-operatórias, longas horas nas unidades de cuidados intensivos, apoio ao serviço de urgência, etc. - mas principalmente porque o número de cirurgiões nos serviços é altamente excedentário. Na verdade em Portugal, como de resto noutros países europeus, o "staff" dos serviços de CCT é planeado tendo em conta não só as actividades cirúrgicas, que para além do cirurgião implicam um primeiro ajudante e, muitas vezes, um segundo ajudante, mas também a cobertura de todas as tarefas não cirúrgicas acima discriminadas.

Poder-se-à mesmo dizer, caricaturando um pouco a situação, que enquanto nos países anglo-saxónicos se abrem residências para treinar cirurgiões, em Portugal abrem-se vagas para arranjar mão-de-obra.

PROPOSTAS DE MODIFICAÇÃO

A resolução destes problemas não pode, a meu ver, ser feita pontualmente, e implica a adopção de medidas de fundo que iriam mexer com toda a estrutura dos internatos de cirurgia, e que seriam:

- A introdução do conceito de treino cirúrgico básico
- A reestruturação do regime de trabalho, de modo a libertar os cirurgiões das muitas tarefas não cirúrgicas que lhes estão adstritas
- A redução drástica do número de cirurgiões cardioratóricos, que seria alcançada através da implementação de dois tipos de medidas:
- Criação de cursos para assistentes clínicos, que iriam ocupar o lugar do segundo ajudante nas

intervenção cirúrgicas

- Responsabilização por intensivistas do tratamento pós-operatório.

Deste modo seria, então, possível diminuir drasticamente o número de cirurgiões e, conseqüentemente, proporcionar quer aos cirurgiões do "staff" quer aos médicos em formação uma muito maior exposição cirúrgica.

Se estes modelos fossem implementados, e só neste caso, então o modelo de treino que eu proporia para o ensino da cirurgia e das especialidades cirúrgicas seria o que passo a descrever. Após o curso médico haveria um internato geral com apenas um ano de duração, já que o tipo de ensino que presentemente é praticado no 6º ano do curso de Medicina permitiria facilmente reduzir a duração do internato geral para metade. Quem optasse por cirurgia ingressaria, então, naquilo a que se poderia chamar o treino cirúrgico básico, com dois anos de duração, e no qual se aprenderiam os princípios gerais da cirurgia. O treino cirúrgico básico compreenderia uma rotação de 12 meses num serviço de cirurgia geral, com programa e objectivos definidos, e três rotações de 3 meses cada, uma delas obrigatoriamente numa área de intensivismo e as outras duas em especialidades cirúrgicas da escolha do interno, o que lhe permitiria desde logo contactar com áreas da sua preferência e assim confirmar ou não a sua apetência para, no futuro, trabalhar nesses campos. Os internos teriam, ainda, de frequentar um curso de técnicas cirúrgicas básicas e um curso de cuidados críticos.

No final deste período proceder-se-ia a uma avaliação, após o que se poderia optar por ingressar na especialidade de cirurgia geral ou numa das especialidades cirúrgicas. No que diz respeito a CCT, esta teria então três a quatro anos de duração, de acordo com as condições e a intensidade do trabalho hospitalar e as imposições da U.E.M.S. De qualquer modo, os últimos seis meses de residência seriam reservados para a frequência de uma área de subespecialização da escolha do interno, onde lhe seria dada a oportunidade de se concentrar em áreas complexas no âmbito da cirurgia cardíaca pediátrica, ou da cirurgia cardíaca de adultos, ou da cirurgia torácica geral. Deste modo, durante o período de residência os internos beneficiariam da exposição às três subespecialidades, podendo depois escolher uma delas para um treino mais intensivo. Esta abordagem permitiria, no meu entendimento, proporcionar maior conhecimento, experiência e destreza técnica, encurtaria o período de aprendizagem que a maior parte dos cirurgiões fazem depois de completarem a sua residência, e estaria em consonância com a realidade actual, que é a de que a maioria dos cirurgiões cardioratóricos se dedicam apenas a uma das três subespecialidades.

CONCLUSÃO

Em conclusão, e no que diz respeito à relação entre a cirurgia geral e as especialidades cirúrgicas, diria que o conhecimento dos princípios gerais da cirurgia, e não dos princípios da cirurgia geral, é fundamental para a aprendizagem das especialidades cirúrgicas. Esse conhecimento deve ser adquirido através da implementação de programas de treino cirúrgico básico com duração limitada, objectivos bem definidos e validação periódica.

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA VASCULAR, ESPECIALIDADE AUTÓNOMA: EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A. Dinis da Gama

Clínica Universitária de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Maria, Lisboa

INTRODUÇÃO

O nascimento da especialidade autónoma de Cirurgia Vascular ocorreu em Portugal em 1977 e o seu reconhecimento e regulamentação pela Ordem dos Médicos deu-se em 1989, através da criação do respectivo Colégio da Especialidade.

Integrou-se num movimento que levou à autonomização de muitas outras especialidades cirúrgicas, que foram progressivamente esvaziando o campo de actividade da Cirurgia Geral.

Historicamente todas as especialidades cirúrgicas provieram e nasceram da Cirurgia Geral, das mais antigas às mais recentes. Foi essencialmente a necessidade de aprofundar o conhecimento e o domínio de técnicas próprias que levou, entre outras circunstâncias, à especialização cirúrgica.

Este fenómeno, de difícil controlo, suscita de imediato uma ou várias questões que constituem a razão de ser deste debate. Existe uma educação cirúrgica indispensável a todos que queiram ser cirurgiões? Ou por outras palavras, há realmente uma educação cirúrgica básica?

A resposta não pode deixar de ser uma e única: há efectivamente uma educação cirúrgica básica e ela deriva da natureza da cirurgia enquanto disciplina clínica essencialmente voltada para o tratamento, cruento ou invasivo.

A palavra "cirurgia", é um vocábulo composto que deriva de "kiros" (mão) e "ergeia" (trabalho) ou seja aquele que cura com a mão e foi utilizada pela primeira vez por Guy de Chauliac, no século XIV, na sua consagrada obra designada por "Cirurgia Magna", de que existem inúmeras edições, até ao século XX.

Como arte manual ou artesanal, a cirurgia tem muito de comum, como modo de aprendizagem, com outras artes que utilizam a mão como agente efector, seja a música, a pintura, a escultura e tantas outras actividades em que assenta a nossa civilização.

Para se realizar com a mão o que o cérebro concebeu e a sensibilidade moldou, é inquestionável que se torna indispensável um período de aprendizagem em que o ensino é directo e eminentemente pessoal, feito de pormenores e detalhes que não vêm nos livros e de uma actuação pessoal do mestre ou educador que só é possível conhecer e compreender directamente, vivendo-se na própria "oficina" - o Serviço de Cirurgia Geral.

EDUCAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA

Para formar cirurgiões são necessários dois elementos: um humano e o outro material. Primeiro, é necessário que haja orientadores, chefes de escola, cuja autoridade e prestígio se possam exercer. Sem estes indivíduos, capazes de dar muito do seu vigor, experiência e inteligência à causa dos mais novos, nada se poderá realizar no campo da educação cirúrgica. Depois, é indispensável que existam boas oficinas de trabalho, com vocação para o ensino e inseridas em instituições respeitadas e acreditadas.

A educação cirúrgica consiste numa formação equilibrada entre conhecimento científico, educação do espírito (mentalidade) e desenvolvimento de gestos e aptidões capazes de utilizar as mãos ao serviço do tratamento, ou seja das necessidades de quem sofre.

Um dos grandes equívocos do nosso tempo, quiçá o maior, é o de se concentrarem todas as expectativas no exercício manual do treino cirúrgico, descurando a enorme

carga de valores espirituais que deve gravitar em torno da sua prática. Com efeito, para além da destreza manual, que é uma virtude inata, mas passível de ser aperfeiçoada ao longo dos tempos, o cirurgião necessita de possuir conhecimentos básicos (QUADRO I) vão da história da cirurgia, à anatomia cirúrgica e vias de acesso passando pela anatomofisiopatologia dos principais órgãos e sistemas da economia, não descurando os mecanismos de cicatrização e regeneração celular e tissular, pela prática de reanimação e medidas de suporte vital e, pelo menos, conhecimentos elementares de informática e bioestatística - para se poder intitular como um cirurgião do nosso tempo.

FORMAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA Conhecimentos

- ❑ História da Cirurgia
- ❑ Anatomia cirúrgica e vias de acesso
- ❑ Anatomofisiopatologia dos principais órgãos e sistemas
- ❑ Resposta biológica à agressão cirúrgica
- ❑ Cicatrização e regeneração celular e tissular
- ❑ Suporte vital e reanimação
- ❑ Bioestatística e informática

Quadro I

Precisa igualmente de possuir conhecimentos e se possível vivência própria de especialidades complementares (QUADRO II), a começar na Anestesia e passando pela Anatomia Patológica, Microbiologia, Patologia Clínica, Cirurgia Experimental e não descurando aquela que se me afigura como uma das mais importantes bases da formação de um cirurgião: A Medicina Interna.

FORMAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA Conhecimentos - Especialidades

- ❑ Anestesia
- ❑ Anatomia Patológica
- ❑ Microbiologia
- ❑ Patologia Clínica
- ❑ Cirurgia Experimental
- ❑ Medicina Interna

Quadro II

A mentalidade cirúrgica (QUADRO III) privilegia essencialmente uma postura pragmática, ao contrário da Medicina, que é essencialmente especulativa e deve ser acompanhada pelo culto de outros valores em que devem sobressair o rigor, a disciplina, a disponibilidade, a coragem, a auto-crítica e uma indispensável auto-estima.

Todos estes valores, que dimanam de uma prática, não podem deixar de ser modelados por uma forte conduta ética e deontológica (QUADRO IV), assente no princípio do respeito pela pessoa humana e nos sentimentos de confiança que a entrega do doente simboliza e da responsabilidade

ilimitada que a sua assumpção não pode deixar de oferecer, como contrapartida.

FORMAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA Mentalidade

- ❑ Pragmatismo
- ❑ Rigor, disciplina
- ❑ Disponibilidade
- ❑ Coragem
- ❑ Auto-crítica
- ❑ Auto-estima

Quadro III

Finalmente, a formação cirúrgica, básica não pode deixar de ter uma componente de curriculum operatório fundamental (QUADRO V), directamente vivido, onde se experimentam e aperfeiçoam os gestos, condutas e atitudes que acabei de descrever e que incluem operações vulgares de cirurgia do apêndice, hérnias, vias biliares, estômago, cólon, trauma, infecção, partes moles, sendo dispensáveis em meu entender operações muito diferenciadas como as cirurgias do pâncreas, esófago, fígado ou transplante de órgãos.

FORMAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA Conduta

- ❑ Respeito pela pessoa do doente
- ❑ Sentido de responsabilidade
- ❑ Ética
- ❑ Deontologia

Quadro IV

FORMAÇÃO E DURAÇÃO DA EDUCAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA

Parece ser por razões históricas, práticas e pragmáticas, que serão os cirurgiões gerais aqueles que mais fácil e naturalmente se encontram habilitados a assumirem-se como agentes de formação cirúrgica básica. Mau grado as sucessivas restrições que o seu campo de actividade tem vindo a sofrer, a natureza, diversidade e generalidade da sua prática permite fornecer uma educação elementar satisfatória, desde que integrados em "oficinas" ou Serviços idóneos, organizados e hierarquizados e em que a função de educador seja encarada mais como missão, reconhecida e recompensada, do que como actividade avulsa, generosa e aleatória.

A duração da formação cirúrgica básica é outro aspecto credor da maior importância e relevância, e de muita controvérsia e polémica. Ela sofre naturalmente a influência de muitas variáveis entre as quais me permito distinguir as personalidades do educador e do educando, as características e localização do Serviço e da Unidade Hospitalar em que se integra, as particularidades da sua actividade e interesses

FORMAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA Currículo fundamental

- Apêndice
- Hérnias
- Estômago
- Vias biliares
- Cólon
- Ginecologia
- Tiróide
- Trauma
- Infecção
- Partes moles

Quadro V

especiais e, não menos importante, o estatuto profissional e horário de trabalho dos médicos e restante hospital. Entre as 42 horas de trabalho semanais a que se obrigam os nossos internos e as 96 horas que perfaziam os internos da Unidade Hospitalar de Houston, onde trabalhei, existe um abismo que permite explicar muitas das diferenças que se registam entre a Medicina Europeia e a Norte-Americana contemporâneas.

EDUCAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA UNIFORME OU DIVERSIFICADA

As especialidades cirúrgicas podem classificar-se em várias categorias, de acordo com a sua essência e natureza. Por exemplo, existem especialidades de órgãos, como é o caso da Oftalmologia, da ORL ou da Cirurgia Cardíaca; existem especialidades de aparelhos, como é o caso do respiratório, do ginecológico ou urológico e especialidades de sistemas, como a Ortopedia ou a Neurocirurgia; e finalmente especialidades gerais como é a Cirurgia Plástica ou a Vascular.

Se toda a actividade cirúrgica deve ser entendida como um processo integrado, afectando em maior ou menor extensão as três áreas porque se reparte o organismo, o somático, o metabólico e o psíquico, a realidade é que há que admitir que a essência e a natureza das diferentes especialidades devem condicionar as opções e devem ter o direito de definir os requisitos e a duração do treino em cirurgia geral que mais lhes convém - se é que exigem algum, como é o caso da Oftalmologia, da ORL ou de eventualmente da Neurocirurgia.

Por uma dedução simples e analógica, sou da opinião que as especialidades gerais como Vascular e a Plástica, por essa mesma razão, serão porventura aquelas que mais fundamentadas razões tem para exigir um treino cirúrgico geral estruturado, lógico e coerente e pela minha parte analisarei em pormenor o que se passa na actualidade no que respeita às relações entre a cirurgia geral e a cirurgia vascular. A Cirurgia Vascular é, com efeito, a mais geral de todas as especialidades cirúrgicas, visto que abrange todos os territórios da economia, nas suas vertentes arterial, venosa e linfática.

CIRÚRGICA VASCULAR União Europeia

Especialidade autónoma	Sub-Especialidade da Cirurgia Geral
<input type="checkbox"/> Dinamarca	<input type="checkbox"/> Bélgica
<input type="checkbox"/> Áustria	<input type="checkbox"/> Finlândia
<input type="checkbox"/> Alemanha	<input type="checkbox"/> Holanda
<input type="checkbox"/> Grécia	<input type="checkbox"/> Noruega
<input type="checkbox"/> Itália	<input type="checkbox"/> Suécia
<input type="checkbox"/> Portugal	<input type="checkbox"/> Inglaterra
<input type="checkbox"/> Espanha	<input type="checkbox"/> EUA
<input type="checkbox"/> França	
<input type="checkbox"/> Luxemburgo	

Quadro VI

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM CIRURGIA VASCULAR NA UNIÃO EUROPEIA

Dos 15 países que integram presentemente a União Europeia, (QUADRO VI) somente 9 têm a especialidade de Cirurgia Vascular reconhecida como independente em relação à Cirurgia Geral (Dinamarca, Áustria, Alemanha, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, França e Luxemburgo). Nos restantes 6 (Bélgica, Finlândia, Holanda, Suécia, Irlanda e Inglaterra) a Cirurgia Vascular mantém-se como subespecialidade da Cirurgia Geral, o mesmo acontecendo nos EUA, onde tem sido defraudados todos os esforços para criar um Board de Cirurgia Vascular independente do American Board of Surgery.

Existe um "sub board" ou, como mais sibilamente é designado, o Board de Cirurgia Vascular do American Board of Surgery.

Uma conclusão parece poder ser lícito formular-se, após a observação simples destes dados de informação: o nível, a qualidade e a diferenciação da Cirurgia Vascular parece não depender da existência de uma especialidade independente, visto que países que a não têm, como a Holanda, a Bélgica ou os EUA não deixam por isso de ter uma cirurgia vascular de elevada qualidade e excelente nível de diferenciação.

A duração da formação básica em Cirurgia Geral (QUADRO VII) representa um aspecto extremamente variável, como é possível verificar-se nos países com especialidade reconhecida: Espanha e Portugal têm as menores exigências (1 e 2 anos), Áustria, Alemanha e Luxemburgo as maiores exigências (5 e 6 anos).

Nos países em que a Cirurgia Vascular é uma subespecialidade da Cirurgia Geral a média do treino em Cirurgia Geral varia entre 5 e 7 anos, a que se adicionam 2 a 4 anos para a formação especializada, tornando a formação pós graduada extremamente prolongada e, questionando-se, legitimamente, a sua necessidade, a sua pertinência, ou as suas vantagens. Será mesmo necessário?

Justifica-se que um cirurgião vascular se qualifique

**CIRÚRGICA VASCULAR
FORMAÇÃO CIRÚRGICA BÁSICA
Duração da Especialização - Anos**

Especialidade autónoma		Sub-Especialidade da Cirurgia Geral	
<input type="checkbox"/> Dinamarca	3+4=7	<input type="checkbox"/> Bélgica	6+1,5=7,5
<input type="checkbox"/> Áustria	6+3=9	<input type="checkbox"/> Finlândia	6+2=8
<input type="checkbox"/> Alemanha	5+3=8	<input type="checkbox"/> Holanda	6+2=8
<input type="checkbox"/> Grécia	3+2=5	<input type="checkbox"/> Noruega	5+4=9
<input type="checkbox"/> Itália	3+6=9	<input type="checkbox"/> Suécia	5+3,5=8,5
<input type="checkbox"/> Portugal	2+4=6	<input type="checkbox"/> Inglaterra	7+4=11
<input type="checkbox"/> Espanha	1+4=5	<input type="checkbox"/> EUA	5 a 7+2=7 a 9
<input type="checkbox"/> França	3+3=6		
<input type="checkbox"/> Luxemburgo	6+2=8		

Quadro VII

previamente em Cirurgia Geral diferenciada, efectuando operações do nível das vias biliares, estômago, ou do cólon, operações que nunca mais virá a realizar no futuro, como sucede na maior parte dos casos?

Justifica-se que o somatório da cirurgia geral com a vascular atinja um total de 11 anos de formação pós-graduada, como sucede presentemente no Reino Unido?

O impacto negativo que estes factos têm nas novas gerações é seguramente uma das razões que permite explicar a diminuição da procura e da popularidade que atinge as

especialidades cirúrgicas, um fenómeno que se verifica praticamente em todo o mundo.

VISÃO PROSPECTIVA

A minha resposta, olhando a realidade nacional e com a experiência que possuo, é que os 2 anos de cirurgia geral são porventura excessivos e desnecessários. Mostra a experiência acumulada, de educadores e educandos, que é em termos gerais um tempo excessivo para os objectivos que se pretendem e em que deve prevalecer a formação do espírito e da mentalidade cirúrgica sobre o exercício operatório, tal como já mencionei. Existem já indícios de que esta ideia se irá generalizar: o exemplo recente da Espanha que reduziu esse treino para 5 meses, terá tendência a difundir-se, estou certo.

Por serem inúmeras as variáveis que sobre o treino e sua duração incidem, sou da opinião que cada educando, cada educador, cada Instituição, cada país, deve definir o que nesta área mais adequado se revela em consonância com as exigências de cada especialidade - e por conseguinte rejeito os modelos que apelam para uma harmonização de treino, visando aproximar realidades e personalidades que nada ou praticamente nada têm em comum. Afirmemo-nos pois pela diferença.

Está aqui aberta a porta de um diálogo que cumpre à comunidade de cirurgiões vasculares e Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos abrir e tomar a seu cargo as modificações que se acharem oportunas, adequadas e ajustadas ao nosso tempo e ao nosso País

CIRURGIA CARDÍACA

REGISTO NACIONAL DE CIRURGIA CARDÍACA DO ADULTO: O INÍCIO DE UMA NOVA ERA?

Miguel Sousa Uva, João Carlos Mota

Serviço de Cirurgia Cardiorrástica do Hospital da Cruz Vermelha, Lisboa
Serviço de Cirurgia Cardiorrástica do Hospital de Vila Nova de Gaia

1. Porquê um Registo?

Já foi o tempo em que podíamos, cada um de nós, trabalhar isolados no nosso "cantinho" sabendo, mas só de modo aproximado, o que estamos a fazer aos nossos doentes. Infelizmente a situação actual dos serviços de Cirurgia Cardíaca foi, com raras excepções, a de ausência total de dados fiáveis e utilizáveis: que sabemos do perfil dos doentes operados ou dos resultados da intervenção A ou B? Existem grandes arquivos nos hospitais com muita informação mas pouco fiável, dificilmente acessível, não padronizada e portanto não utilizável. A única informação disponível de modo agregado e padronizado se bem que limitada é talvez aquela reunida pelo IGIF sob forma de GDH's.

No mundo de hoje a difusão da informação, o nível de conhecimentos e a exigência dos doentes, os constrangimentos financeiros e a necessidade de introduzir critérios de qualidade nos cuidados de saúde são cada vez maiores. Paralelamente e a breve prazo, a nova legislação sobre gestão hospitalar, terá como consequência a instauração de uma avaliação ou monitorização dos serviços em termos de níveis de actividade e resultados obtidos. Isto vai-nos obrigar a dispor de um sistema seguro e fiável de colheita e análise de dados relativos às características dos doentes e aos procedimentos realizados. Com efeito, é crucial que sejamos nós, cirurgiões cardio-torácicos, a tomar a iniciativa duma análise objectiva e estandardizada da nossa actividade com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados dispensados, sabendo que estes dependem não só do cirurgião, das técnicas cirúrgicas e do meio onde exerce mas também de factores relacionados com o doente. Só assim, ou seja com dados estandardizados e colhidos de modo prospectivo podemos saber o que fazemos, compararmo-nos aos outros e conhecer os nossos resultados ajustados ao risco.

A Cirurgia Cardíaca ou Cardio-Torácica tem sido pioneira neste domínio pelo menos nalguns países como os EUA e o Reino Unido. Com efeito a Society of Thoracic Surgeons iniciou desde 1990 nos Estados Unidos, um registo voluntário reunido numa base de dados que contém actual-

mente mais de 1 milhão e 250 000 doentes sendo considerada uma fonte de informação única sobre perfil de doentes e técnicas cirúrgicas, estabelecendo "standards" de tratamento em cirurgia cardíaca (1). No Reino Unido existe uma base de dados de cirurgia cardíaca de adultos desde 1991, tendo sido o último relatório anual publicado em Novembro e comportando uma análise estatística de 140 000 doentes (2).

2. Historial e Estado Actual do Registo Nacional de Cirurgia Cardíaca

Em Novembro de 2000 por iniciativa da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vascular (SPCCTV), foi formada uma comissão de trabalho³ ou "task force" para a criação de um Registo Nacional de Cirurgia Cardíaca do Adulto (RNCCA)(Anexo). Desde essa data esta comissão tem vindo a desenvolver uma estrutura capaz de implementar e assegurar a manutenção de um registo de todas as cirurgias cardíacas efectuadas em adultos em Portugal.

A criação desta estrutura obrigou antes de mais a uma organização interna da "task force" inicial e que resultou na formação de um RNCCA constituído ao abrigo da SPCCTV. O RNCCA é regido por estatutos próprios, entretanto desenvolvidos, que asseguram a sua independência e perspectivam o seu futuro e missão. Nestes estatutos estão claramente definidos os objectivos do RNCCA, a sua forma de administração, o âmbito da sua actividade, e a regulamentação das suas relações dentro da comunidade científica e fora dela. Um longo trabalho foi desenvolvido no sentido de se chegar a uma forma de organização que assegure a qualidade, confidencialidade e segurança da informação. As experiências de outras estruturas similares, com os seus erros e sucessos foram cuidadosamente analisadas. A sua adequação legal foi considerada e feita a inscrição na Comissão Nacional de Registo de Dados.

Enquanto se procurava a melhor forma de organização para o registo, a task force foi desenvolvendo por um lado um projecto de Base de Dados e por outro os

meios necessários para a colecção e processamento da informação. A informação contida no registo deverá ser um instrumento de progresso, assegurando uma base de conhecimento e possibilitando a capacidade de melhorar a selecção e tratamento dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. A complexidade do processo de recolha de informação reside na dificuldade em conciliar quantidade com qualidade e simplicidade com funcionalidade. A *task force* optou por lançar um programa relativamente pouco ambicioso mas atingível. O número de variáveis seleccionadas é reduzido, centra-se sobretudo em factores de risco e procedimentos e dá pequeno espaço aos resultados. Foi construído de forma modular e portanto é susceptível de evolução sem perda de informação. Foi feito para crescer harmoniosamente. É integrável, pois respeita as definições das grandes bases de dados em cirurgia cardíaca, nomeadamente a da STS, que se constituiu como formato inspirador. Não limita a colheita de outra qualquer informação, permitindo dentro de cada Centro ser apenas parte de uma base de dados mais larga ou ser acoplado a uma qualquer outra base que procure informação específica. A confidencialidade e segurança foram asseguradas pela construção profissional do sistema, que entre outras medidas de segurança assegura o envio da informação de forma encriptada e eliminando qualquer forma de identificação dos doentes. Cada centro possui o seu código de acesso próprio fazendo que um centro só tenha disponível para consulta a sua própria informação.

Os dados começaram a ser enviados mensalmente a partir de Janeiro de 2003, via Internet. Cada Serviço participante tem a sua forma específica de preenchimento dos dados, na maioria dos casos sendo a ficha de cada doente completada no acto de saída do doente (alta, transferência ou morte) e a informação sobre a mortalidade completada aos 30 dias. A partir deste ano a direcção do RNCC deverá enviar periodicamente para cada Centro os resultados da informação tratada e organizada sob a forma de um relatório.

3. O Futuro do Registo Nacional de Cirurgia Cardíaca

Fazer prognósticos é uma tarefa complicada tendo em conta que as previsões são sempre difíceis sobretudo aquelas que tratam do futuro...

Podemos no entanto tentar analisar o que será o projecto do Registo Nacional de Cirurgia Cardíaca sob o ângulo de saber quais são as suas forças / oportunidades por um lado e as suas fraquezas / condicionantes por outro.

Como é evidente, o Registo Nacional depende da evolução da cirurgia cardíaca e em tempo de incerteza não é fácil prever o que nos reserva o futuro para a nossa especialidade:

- Numero de cirurgias coronárias em provável decréscimo nos próximos anos devido aos progressos da intervenção percutânea.
- Necessidade de maior rigor na análise dos resultados, auditorias, planos de qualidade,
- Centro de custos, análises custo efectividade,
- Classificação dos hospitais, classificação dos cirurgiões,

- Pressão da tutela, dos media e público cada vez mais informado...

3.1. Forças/Oportunidades

A colheita prospectiva de dados padronizados, e portanto fiáveis, provenientes de todos ou quase todos os centros de cirurgia cardíaca, poderá permitir reunir numa base de dados integrada, uma "massa crítica" de doentes/procedimentos e atingir assim uma potência estatística antes inimaginável. A força da base de dados da STS nos EUA, provém justamente do grande número de doentes reunidos e de ter conseguido uniformizar e padronizar a colheita de dados transformando-se numa referência aceite não só a nível governamental mas também como fonte de informação privilegiada das companhias de seguro e outros pagadores. É deste modo possível realizar análises estatísticas, das elementares às mais sofisticadas: variações da prática, tendências evolutivas do perfil de doente, tipo de intervenções, análise de factores de risco por regressão logística, resultados ajustados ao risco baseados em "end points" bem definidos.

É e será cada vez mais importante poder analisar e medir o que fazemos. Com efeito, para bem gerir é preciso medir e a avaliação da eficiência em termos de relação custo/benefício ou custo/utilidade tornou-se hoje uma necessidade.

As decisões em cuidados de saúde deverão cada vez mais ser baseadas não em julgamentos valorativos ou empíricos mas em dados objectivos (evidência) resultantes da investigação científica. Num clima de aumento contínuo dos custos da saúde, a necessidade de fazer escolhas implica que estas se baseiem não em opiniões mas em dados objectivos. O paradigma da medicina baseada na evidência como suporte da tomada de decisões clínicas ou de gestão é o ensaio aleatorizado prospectivo e controlado ou RCT (*randomized controlled trials*). No entanto os RCT's são extremamente pesados, caros, impossíveis de aplicar em muitas situações, longe das condições do "mundo real" devido à exclusão de muitos doentes e ao aparecimento contínuo de novos tratamentos (exemplo dos novos *stents* em cardiologia) que põe em causa os resultados dos ensaios quando estes são finalmente publicados (3). Bases de dados como a do RNCCA poderão ser utilizadas numa grande variedade de projectos de investigação: investigação clínica, avaliação dos resultados ajustados ao risco (*risk adjusted mortality*), através de modelos existentes (Euroscore) ou a desenvolver, identificação e correcção de variações da prática clínica, estudos de farmacovigilância, avaliação da utilização de recursos.(4,5).

Sem utopias excessivas pensamos que outro terreno onde o RNCCA poderá modificar práticas e comportamentos é na melhoria da qualidade dos cuidados. A medição de indicadores de "outcome" nomeadamente índices de morbilidade (exemplo acidente vascular cerebral, mediastinite, enfarte) permitirá uma análise muito mais precisa dos resultados do que a simples mortalidade devido à incidência mais elevada de eventos de morbilidade e porque existe uma fraca correlação entre complicações mortais e não mortais.

Por fim o RNCCA vai na direcção daquilo que é já uma realidade noutros países da Europa nomeadamente no Reino Unido, Bélgica, Alemanha, Suécia, Finlândia. Estes registos nacionais são o embrião do futuro registo Europeu que existe já para a cirurgia cardíaca pediátrica.

3.2. Fraquezas/Constragimentos

O longo período de elaboração e “arranque” do RNCCA são a prova das dificuldades que um projecto como este tem que enfrentar. Foi necessário em primeiro lugar harmonizar os sistemas informáticos e sistemas de colheita de dados existentes nos diversos serviços, tentando conciliar o que já existia com o novo RNCCA, procurando para esse efeito encontrar soluções de modo a integrar as diferentes necessidades de cada centro.

■ Os seguintes são exemplos de alguns dos problemas que podem ameaçar o bom funcionamento do RNCCA :

- Falta de perseverança, participação
- Limites dos modelos de risco
- Falta de transparência
- Qualidade dos dados deficiente, justificando a instauração de auditorias
- Análise central deficiente
- Pressões externas para identificação por centro
- Brechas na segurança do sistema

4. Conclusão

O projecto do Registo Nacional de Cirurgia Cardíaca do Adulto constitui um desafio e uma oportunidade cujo sucesso depende de uma cultura de responsabilidade e do empenhamento de todos.

O RNCCA permitirá documentar as características dos doentes submetidos a intervenções de cirurgia cardíaca, conhecer os procedimentos realizados e os resultados ajustados ao risco permitindo estudos epidemiológicos e clínicos. O RNCCA representa um primeiro passo para o controle e a melhoria da qualidade. No futuro, o RNCCA poderá servir para analisar a relação custo/efectividade ou custo/utilidade das intervenções e, através de um *follow up* longitudinal, demonstrar a eficácia a longo prazo dos

procedimentos de cirurgia cardíaca e estabelecer comparações com outros métodos terapêuticos. No ambiente actual de recursos escassos e de necessidade de controle de custos na saúde, a colheita de dados fiáveis por uma especialidade a nível nacional é um trunfo nas relações com as tutelas permitindo demonstrar benefício para os doentes e estabelecer padrões de qualidade. A única forma de garantir o futuro é exigirmos mais ao presente. Em tempos de incerteza, em que até o futuro já não é o que era devemos tomar em mãos o nosso destino, liderar o processo de mudança e servir de exemplo a outros.

REFERÊNCIAS

1. The Society of Thoracic Surgeons National Database: <http://www.sts.org>.
2. National Adult Cardiac Surgical Database Report 2000-2001. In: B Keogh, R Kinsman. Dendrite Clinical Systems Ltd & The Society of Cardiothoracic Surgeons of Great Britain and Ireland.
3. Califf RM, Pryor DB, Greenfield JC. Beyond randomized clinical trials: applying clinical experience in the treatment of patients with coronary artery disease. *Circulation* 1986;74:1191-94.
4. Fergusson TB, Hammill Bg, Peterson ED, De Long ER, Grover FL, for the STS National Database Comitee. A decade of change risk profiles and outcomes for isolated coronary artery bypass grafting procedures, 1990-1999: a report from the STS National Databse Comitee and the Duke Clinical Research Institute. *Ann Thorac Surg* 2002;73:480-9.
5. Fergusson TB, Coombs LP, Peterson ED; The Society of Thoracic Surgeons National Adult Cardiac Surgery Database. Preoperative beta blocker use and mortality and morbidity following CABG surgery in North America. *JAMA* 2002;287: 2221-7.

CIRURGIA VASCULAR

CLASSIFICAÇÃO CURRICULAR OPERATÓRIA EM CIRURGIA VASCULAR: UMA ACTUALIZAÇÃO DEZ ANOS DEPOIS

A. Dinis da Gama

Clínica Universitária de Cirurgia Vascular do
Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução

Em 1994 publicámos na Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular (nº5;167-172) um trabalho intitulado "Contribuição para a organização de uma classificação curricular operatória em Cirurgia Vascular", cujo objectivo principal visava contribuir para que a apresentação e ordenação da casuística operatória transcrita em provas curriculares assumisse uma forma lógica, coerente e racional, em que fosse possível apreciar-se o papel, o significado e o valor que o método cirúrgico desempenha ou desempenhou no tratamento das diversas circunstâncias ou entidades nosológicas que integram o âmbito de actividade da Cirurgia Vascular, nas suas vertentes arterial, venosa e linfática.

Depois de se salientarem as especificidades da Cirurgia Vascular em que avultam o carácter geral e diverso das suas áreas de intervenção bem como dos seus objectivos, a classificação então proposta baseava-se em capítulos correspondentes a doenças ou quadros patológicos em que se recorreu ao método cirúrgico para o seu efectivo tratamento, assinalando igualmente as diversas localizações topográficas e/ou formas de apresentação clínica.

Pretendeu-se consagrar, daquela forma, a figura do cirurgião como um médico, vocacionado e capaz de dominar a doença através de um método (o cirúrgico) que a ciência e a técnica lhe facultam para o aplicar num determinado momento da evolução natural das enfermidades, em circunstâncias electivas ou em urgência. Contrapõe-se, desta forma, o "cirurgião" à ideia do "operador", emergente de algumas classificações curriculares que se baseiam num rol de operações ordenadas em base anatómica ou técnica, em que

se ignora o contexto e o papel que a cirurgia desempenhou no tratamento das diversas entidades clínicas em que foi utilizada.

Decorridos cerca de dez anos, constatou-se que não foi em vão o esforço dedicado a esse trabalho, visto que foi sendo progressivamente adaptado pelas novas gerações de cirurgiões vasculares que entretanto se foram formando e constituiu, simultaneamente, um teste às suas virtudes, limitações e insuficiências, que se foram notando no sentido do seu aperfeiçoamento.

Todavia, significativas alterações ocorreram na prática de nossa especialidade, a maior das quais foi inquestionavelmente a introdução das intervenções endoluminais designadas consensualmente por "cirurgia endovascular", que alargaram o espectro das modalidades terapêuticas ao alcance dos cirurgiões vasculares e não podem deixar de se encontrar mencionadas numa ordenação actual e moderna, razão pela qual se decide publicar uma versão corrigida e actualizada da mencionada classificação.

Outras alterações menores foram suscitadas pelo decurso da prática e foi eliminado um capítulo, o da "Cirurgia da impotência sexual vasculogénea" por se ter esvaziado de pertinência, graças à introdução de novos fármacos que tomaram desnecessário o recurso às técnicas cirúrgicas para o seu tratamento.

Tal como assinalávamos no final da introdução à primeira classificação, também esta não é seguramente perfeita, nem terminada, e espera poder vir a contar com a crítica, sugestões e contribuições de todos, porque é ao serviço do interesse e da necessidade de todos que ela se destina.

**CLASSIFICAÇÃO CURRICULAR OPERATÓRIA EM
CIRURGIA VASCULAR**

CAP. I	TRAUMATISMOS VASCULARES
CAP. II	DOENÇA CEREBROVASCULAR EXTRACRANIANA. PATOLOGIA DAS CARÓTIDAS E TRONCOS SUPRAAÓRTICOS
CAP. III	ISQUEMIA INTESTINAL
CAP. IV	ISQUEMIA RENAL E HIPERTENSÃO RENOVASCULAR
CAP. V	ISQUEMIA NÃO EMBÓLICA DOS MEMBROS SUPERIORES
CAP. VI	ISQUEMIA NÃO EMBÓLICA DOS MEMBROS INFERIORES
CAP. VII	AORTO ARTERIOPATIAS INFLAMATÓRIAS E DISPLÁSICAS
CAP. VIII	ANEURISMAS DA AORTA E ILÍACAS
CAP. IX	ANEURISMAS DAS ARTÉRIAS VISCERAIS, EXCLUINDO AS ARTÉRIAS RENAI
CAP. X	ANEURISMAS ARTERIAIS DOS MEMBROS
CAP. XI	DISSECÇÃO AÓRTICA
CAP. XII	EMBOLIAS ARTERIAIS DOS MEMBROS
CAP. XIII	SÍNDROME NEUROVASCULAR DO MEMBRO SUPERIOR
CAP. XIV	SINDROMES DE HIPERSIMPATICOTONIA
CAP. XV	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA. ACESSO VASCULAR À HEMODIÁLISE. TRANSPLANTE RENAL
CAP. XVI	INFECÇÃO PROTÉSICA
CAP. XVII	ANGIODISPLASIAS
CAP. XVIII	HIPERTENSÃO PORTAL
CAP. XIX	VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES
CAP. XX	TROMBOSE VENOSA AGUDA
CAP. XXI	INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA
CAP. XXII	PATOLOGIA LINFÁTICA
CAP. XXIII	PATOLOGIA VASCULAR DIVERSA

CAP. I - TRAUMATISMOS VASCULARES

A. CIRURGIA DIRECTA

a. ARTERIAL

1. Traumatismos arteriais agudos
 - Carótidas e troncos supraaórticos
 - Aorta torácica
 - Aorta abdominal e/ou seus ramos viscerais
 - Artérias dos membros superiores
 - Artérias dos membros inferiores
2. Traumatismos arteriais "crónicos"
 - Fístulas artério-venosas
 - Falsos aneurismas
 - Dissecção arterial traumática

b. VENOSA

- Reconstrução venosa

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

1. Traumatismos vasculares agudos
2. Traumatismos vasculares "crónicos"

**CAP. II - DOENÇA CEREBROVASCULAR
EXTRACRANIANA. PATOLOGIA DA BIFURCAÇÃO
CAROTÍDEA E TRONCOS SUPRAAÓRTICOS**

A. CIRURGIA DIRECTA

a. Patologia obstrutiva das carótidas

1. Endarteriectomia / Trombectomia / Patch isolado
2. Interposição de enxerto

b. Patologia aneurismática das carótidas

1. Ressecção/Reconstrução/Substituição

c. Patologia diversa das carótidas

1. Tumor do corpo carotídeo
2. Síndromes de tortuosidade
3. Dissecção espontânea da carótida

d. Patologia obstrutiva dos troncos supraaórticos

1. Tronco arterial braquicefálico
2. Subclávia proximal
3. Vertebrais

e. Patologia aneurismática dos troncos supraaórticos

1. Tronco arterial braquicefálico
2. Subclávia proximal
3. Vertebrais

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

a. Patologia obstrutiva das carótidas

- b. Patologia aneurismática das carótidas
- c. Patologia obstrutiva dos troncos supraaórticos (TABC, subclávia proximal e vertebrais)
- d. Patologia aneurismática dos troncos supraaórticos (TABC, subclávia proximal e vertebrais)

CAP. III - ISQUÉMIA INTESTINAL

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Patologia obstrutiva celíaca/mesentérica
 1. Embolectomia/Trombectomia
 2. Enderteriectomia
 3. Reimplantação/Transplantação
 4. Bypass

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

C. RESSECÇÃO INTESTINAL

CAP. IV - ISQUÉMIA RENAL E HIPERTENSÃO RENOVASCULAR

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Patologia obstrutiva da artéria renal
 1. Embolectomia
 2. Enderteriectomia
 3. Reimplantação/Transposição
 4. Bypass
- b. Patologia aneurismática da artéria renal
 1. Ressecção / Reconstrução / Substituição
- c. Patologia diversa da artéria renal
 1. Dissecção espontânea da artéria renal
 2. Fístula artério-venosa, congénita ou adquirida
 3. Patologia vascular do rim transplantado

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

- a. Patologia obstrutiva da artéria renal
- b. Patologia aneurismática da artéria renal
- c. Patologia diversa da artéria renal

C. NEFRECTOMIA

CAP. V - ISQUÉMIA NÃO-EMBÓLICA DOS MEMBROS SUPERIORES

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Patologia obstrutiva das artérias subclávia distal,

axilar e humeral

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

- a. Patologia obstrutiva das artérias subclávia distal, axilar e humeral

C. CIRURGIA NEUROVASCULAR

- a. Simpatiectomia cervical ou torácica

D. AMPUTAÇÃO

CAP. VI - ISQUÉMIA NÃO-EMBÓLICA DOS MEMBROS INFERIORES

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Patologia obstrutiva aorto-ilíaca
 1. Enderteriectomia aórtica, aorto-ilíaca ou ilíaca
 2. Enderteriectomia da aorta e artérias viscerais
 3. Bypass aorto-femoral, aorto-ilíaco, ilio-femoral, uni ou bilateral
 4. Bypass femoro-femoral
 5. Bypass axilo-femoral unilateral
 6. Bypass axilo-bifemoral
 7. Bypass aorta torácica-femorais
 8. Bypass aorta supracelíaca-femorais
 9. Trombectomia simples da aorta
- b. Patologia obstrutiva da femoral comum-profunda
 1. Enderteriectomia
 2. Profundaplastia
 3. Interposição de enxerto
- c. Patologia obstrutiva da femoral-superficial-popliteia proximal
 1. Enderteriectomia
 2. Bypass femoro-popliteu supragenicular
- d. Patologia obstrutiva da popliteia distal e circulação tibio-peroneal
 1. Enderteriectomia
 2. Bypass femoro-popliteu infragenicular
 3. Procedimentos diversos de revascularização distal
- e. Patologia obstrutiva diversa da artéria popliteia
 1. Compressão muscular anómala
 2. Doença quística

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

- a. Patologia obstrutiva aorto-ilíaca
- b. Patologia obstrutiva da femoral comum-profunda
- c. Patologia obstrutiva da femoral superficial-popliteia proximal
- d. Patologia obstrutiva da popliteia distal - circulação tibio-peroneal

e. Patologia obstrutiva diversa da artéria popliteia

C. CIRURGIA NEUROVASCULAR

- a. Simpaticectomia lombar
- b. Outros procedimentos

D. AMPUTAÇÃO

CAP. VII - AORTO-ARTERIOPATIAS INFLAMATÓRIAS OU DISPLÁSICAS

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Patologia obstrutiva por aorto-arterite inespecífica ou outras arterites
- b. Coartação da aorta torácica
- c. Coartação da aorta abdominal

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

CAP. VIII - ANEURISMAS DA AORTA E ILÍACAS

A. CIRURGIA DIRECTA

a. Aneurismas verdadeiros da aorta e ilíacas

- 1. Torácicos
 - Electivos
 - Rotura
- 2. Aorta toracoabdominal
 - Electivos
 - Rotura
- 3. Aorta infra-renal e aorto-ilíacas
 - Electivos
 - Rotura
- 4. Ilíacos, isolados
 - Electivos
 - Rotura

b. Falsos aneurismas da aorta e ilíacas

- 1. Anastomóticos
- 2. Não anastomóticos

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

a. Aneurismas verdadeiros da aorta e ilíacas

- 1. Torácicos
- 2. Aorta toracoabdominal
- 3. Aorta infra-renal e ilíacas
- 4. Ilíacos isolados

b. Falsos aneurismas da aorta e ilíacas

- 1. Anastomóticos
- 2. Não-anastomóticos

CAP. IX - ANEURISMAS DAS ARTÉRIAS VISCERAIS, EXCLUINDO AS ARTÉRIAS RENAIIS

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Tronco celíaco
- b. Hepática
- c. Esplénica
- d. Mesentérica superior
- e. Mesentérica inferior

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

- a. Tronco celíaco
- b. Hepática
- c. Esplénica
- d. Mesentérica superior
- e. Mesentérica inferior

CAP. X - ANEURISMAS ARTERIAIS DOS MEMBROS

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Aneurismas verdadeiros
 - 1. Subclávia distal
 - 2. Axilar
 - 3. Humeral
 - 4. Femoral comum
 - 5. Femoral superficial
 - 6. Popliteia
- b. Falsos aneurismas
 - 1. Anastomóticos
 - 2. Não anastomóticos

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

CAP. XI - DISSECÇÃO AÓRTICA

A. CIRURGIA DIRECTA

- a. Complicações da fase aguda
 - 1. Rotura da aorta
 - 2. Malperfusão renal/mesentérica
 - 3. Isquemia dos membros inferiores
- b. Complicações da fase crónica
 - 1. Aneurismas dissecantes da aorta
 - 2. Malperfusão renal/mesentérica
 - 3. Isquemia dos membros inferiores

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

CAP. XII - EMBOLIAS ARTERIAIS DOS MEMBROS

A. CIRURGIA DIRECTA - EMBOLECTOMIA

- a. Membros superiores
 - 1. Subclávia/axilar
 - 2. Humeral/radial/cubital

b. Membros inferiores

1. Aorto-ílfacos
2. Femoro-popliteias/cruais

B. AMPUTAÇÃO

CAP. XIII - SÍNDROME NEUROVASCULAR DO MEMBRO SUPERIOR

a. Sem complicação vascular

1. Ressecção de costela cervical
2. Escalenotomia/Ressecção de bridas
3. Ressecção da primeira costela

b. Com complicação vascular

1. Cirurgia arterial reconstrutiva
2. Cirurgia venosa reconstrutiva

CAP. XIV - SÍNDROME DE HIPERSIMPATICOTONIA

a. Hiperhidrose primária palmo-plantar

1. Simpatiectomia cervical ou torácica
2. Simpatiectomia lombar

b. Síndrome pós-traumático dos membros

1. Simpatiectomia cervical ou torácica
2. Simpatiectomia lombar

CAP. XV - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA. ACESSO VASCULAR À HEMODIÁLISE E TRANSPLANTE RENAL

A. CIRURGIA DIRECTA

a. Acesso vascular à hemodiálise

1. Introdução de catéteres
2. Remoção de catéteres
3. Criação de fístulas artério-venosas
 - No punho
 - No sangradouro
 - Outras
4. Interposição de enxertos artério-venosos
 - No membro superior
 - No membro inferior
 - Outros
5. Trombectomia de fístulas e enxertos
6. Remoção de aneurismas e/ou enxertos infectados

b. Transplante renal

1. Colheita de rins para transplante
2. Transplante renal
3. Nefrectomia

B. CIRURGIA ENDOVASCULAR

1. Desobstrução e angioplastia de acessos vasculares
2. Angioplastia de transplante renal

CAP. XVI - INFECÇÃO PROTÉSICA

a. Sem complicação anastomótica

1. Ressecção parcial da prótese
2. Ressecção total
3. Ressecção total e enxerto/revascularização

b. Com complicação anastomótica

1. Ressecção e reconstrução/revascularização

CAP. XVII - ANGIODISPLASIAS

a. Angiomas venosos

b. Fístulas artério-venosas congénitas

c. Aneurismas congénitos

CAP. XVIII - HIPERTENSÃO PORTAL

A. CIRURGIA DIRECTA

a. Anastomoses porto-sistémicas

1. Anastomose porto-cava
2. Anastomose meso-cava
3. Anastomose espleno-renal

B. OUTROS PROCEDIMENTOS

a. TIPSS

CAP. XIX - VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES

a. Laqueação da crossa da safena interna

b. Laqueação da crossa e "stripping" da safena interna

c. Laqueação da crossa da safena externa

d. Laqueação da crossa e "stripping" da safena externa

e. Cirurgia das recidivas

f. Laqueação isolada de comunicantes insuficientes

g. Excisão de trajectos varicóticos

h. Outros procedimentos

CAP. XX - TROMBOSE VENOSA AGUDA

A. TROMBECTOMIA VENOSA

B. PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

- a. Laqueação ou plicatura da veia cava inferior
- b. Laqueação de veias ilíacas
- c. Laqueação de veias femorais
- d. Laqueação da crossa da safena interna
- e. Laqueação da crossa da safena externa
- f. Inserção de filtros na veia cava inferior

CAP. XXI - INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA

- a. Laqueação de comunicantes insuficientes
- b. Operação de Cockett ou Linton
- c. Bypass venoso
- d. Transposição venosa
- e. Plastia ou implantação valvular
- f. Outros procedimentos

CAP. XXII - PATOLOGIA LINFÁTICA

- a. Anastomoses linfático-venosas
- b. Outros procedimentos

CAP. XXIII - PATOLOGIA VASCULAR DIVERSA

A. REOPERAÇÕES POR COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DA CIRURGIA DIRECTA

- a. Por hemorragia
- b. Por oclusão aguda
- c. Por outras razões

B. REOPERAÇÕES POR COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DA CIRURGIA ENDOVASCULAR

- a. Por hemorragia
- b. Por oclusão aguda
- c. Por outras razões

C. TROMBECTOMIA DE ENXERTOS, TARDIA

- a. Simples
- b. Associada a procedimentos de reconstrução / revascularização

D. DEGRADAÇÃO MECÂNICA DE ENXERTOS (ROTURA OU ANEURISMAS)

- a. Sintéticos
- b. Biológicos

E. INTOLERÂNCIA BIOLÓGICA A ENXERTOS (SEROMA) IMPLICANDO SUBSTITUIÇÃO

F. REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS INTRAVASCULARES

- a. Arteriais
- b. Venosos

G. TUMORES VASCULARES

- a. Arteriais
- b. Venosos

H. TRATAMENTO CIRÚRGICO DO VARICOCELO PÉLVICO FEMININO

I. BIÓPSIAS ARTERIAIS

J. LAPAROTOMIA EXPLORADORA E EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE VASOS

REUNIÃO CONJUNTA

TIVOLI MARINAOTEL VILAMOURA - 30 OUTUBRO - 1 NOVEMBRO 2003

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO

Presidente de Honra: Dr. Mário Caetano Pereira

Programa Provisório

Problemas ético-legais relacionados com o dador vivo

Doença vascular do órgão transplantado: coração, rim, fígado

Transplante pulmonar em Portugal: estado actual e perspectivas futuras

O papel e o envolvimento da cirurgia vascular na transplantação de órgãos:
colheita, transplante renal e hepático, tratamento das complicações

Aspectos técnicos do transplante com dador vivo

Registo Nacional de transplantação renal, hepática, cardíaca e de medula óssea

Registo Nacional cardíaco

Patologia da veia cava inferior

Comunicações livres em Cirurgia Cardiotorácica

Comunicações livres em Cirurgia Vascular

Posters

Simpósio Médico/Enfermagem

Manutenção do dador vivo e organização da colheita
Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato
Educação do doente no pré e pós transplante

Informações:



Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular
Av. da Republica, 34 -1.º -1050-193 LISBOA - Tel./Fax: 21 798 65 81

CONGRESSOS E REUNIÕES

2003

9-12 Abril 2003

1er CONGRES DU CHAPITRE LATINO-AMERICAIN DE L'U.I.A. & 3ème FORUM VEINEUX LATINO-AMERICAIN
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brésil
Président du congrès : Pr. CASTRO e SILVA Marcio
Organisation du congrès : RHODES EVENTOS
Tel/Fax : (55) (31) 3227-8544
E-mail : rhodes@rhodeseventos.com.br
Web site : www.rhodeseventos.com.br
Lieu du congrès : Ouro Minas Palace Hotel

10 a 12 Abril

3rd International Meeting, 10th Anniversary of the Onassis Cardiac Surgery Center. Athenaeum InterContinental Hotel. Atenas, Grécia
Abstracts Due: November 9, 2002

Informações: Congress Secretariat:

Triena Tours & Congress S.A. - Atchley House, 15, Mesogion Avenue, 11526 Athens, Greece
Phone: 30107499300; Fax: 30107705752
E-mail: congress@triaenatours.gr
Site: <http://www.triaenatours.gr/onasseio>

13-15 Abril 2003

25th Charing Cross International Symposium
Vasc e Endovasc. Controversies

Full details from:

Eleanor Thorneycroft / Zainab Sahlool
Charing Cross Symposium
BIBA Conferences
87 Greyhound Road
London W6 8NJ
Tel: +44 (0) 20 7381 1333
Fax: +44 (0) 20 7381 8838
Email: info@cxsymposium.com
web: <http://www.cxsymposium.com>

26-30 de Abril de 2003

Madeira Tecnopolo, Funchal
XXIV Congresso Português de Cardiologia
Org: Sociedade Portuguesa de Cardiologia - Eurocongressos

2-3 Maio

VII SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIRURGIA VASCULAR
Substitutos vasculares
Hotel Vila Galé
ORG. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do H. St Marta
R de St Marta Lisboa

15 - 17 May 2003

International Endovascular Laparoscopic Congress
Quebec City PQ Canada, Quebec City Convention Center
For information, contact:
Bruno Begin
Hospitalite Quebec, 580 Grande Allee Est, Suite 305, Quebec G1R 2K2 Canada
Phone: 418-522-8182
Fax: 418-529-7548
Email: brunobegin@hospitalite.com
Website: www.endovascularlaparoscopy.org

16 - 18 May 2003

The Romanian Society of Surgery organizes The National Surgery Conference, in Sinaia.
The topics of the conference are colorectal surgery and stoma-care.
Beside Romanian attendee, surgeons, nurses and patients from UK will participate to this important medical event.
The president of the conference is Cristian Dragomir, MD FRCS, Professor of Surgery, who is also the President of The Romanian Society of Surgery.
The official website of the conference:
<http://e-colorectalstoma2003.econgres.net>

8 - 11 June 2003

Vascular 2003 Annual Meeting of the Society for Vascular Surgery (SVS) and the American Association for Vascular Surgery (AAVS)
Metro Toronto Convention Centre, Toronto, Ontario, Canada
Program Chairs: G. Patrick Clagett, M.D., Thomas M. Bergamini, M.D.

Registration: Registration opens December 9, 2002

Abstract Deadline: January 10, 2003

Contact: Rebecca Oteri SVS/AAVS

Phone: 978-526-8330

Fax: 978-526-7521

Email: JVS@prri.com

Mail: 13 Elm St. Manchester, MA 01944

26 - 28 June, 2003

Multidisciplinary Course on Endovascular Therapy of Carotid Artery and Thoracic Aorta
Sofitel Palm Beach Hotel, Marseille - France
e-mail : marion@mcocongres.com
web : <http://www.meet2003.org>

27-29 June 2003

European Venous Forum - Lisboa, Portugal
Lisboa
www.europeanvenousforum.org

July 1 - 2, 2003

4th UK Interventional Radiology Course
Western Infirmary, Glasgow UK

This 2-day course is open to radiologists, surgeons, radiographers and nurses and includes lectures, live case demonstrations and a full social programme.

Further information from Ruth Moss
PO Box 2769, Glasgow G61 4WR, UK
Tel +44(0)141 942 8104
Fax +44(0)141 942 8278
e-mail: info@expects.com

5-7 Setembro 2003

XVIIth Annual Meeting, European Society for Vascular Surgery,
Dublin, Eire

Enquiries: The Secretary of the European Society for Vascular Surgery,
Prof Michael Horrocks, School of Postgraduate Medicine,
University of Bath, Clavertown Down, BATH BA2 7AY, England
Tel: (+ 44) 1225 323770; Fax: (+ 44) 1225 323669
e-mail to The Secretary (S.Needham@bath.ac.uk)

October 10 - 11, 2003

Fort Lauderdale FL United States
STS Fall 2003 Coding Workshop

Fort Lauderdale Marina Marriott For information, contact:

Carolyn Majors
The Society of Thoracic Surgeons
633 N. Saint Clair Street, Suite 2320, Chicago, IL 60611-3658
Phone: 312-202-5836
Fax: 312-202-5801
Email: cmajors@sts.org

8-10 Octobre 2003

MEDECINE VASCULAIRE 2003 : 15ème CONGRS DU CHAPITRE
EUROPEEN DE L'U.I.A. & CONGRES NATIONAL DES SOCIETES
FRANCAISE DE MEDECINE VASCULAIRE

Toulouse, France

2003 Organisateur : Pr. BOCCALON Henri CHU Rangueil, Service de
Médecine Vasculaire, 1, Avenue Jean Poulhès, 31403 TOULOUSE
Cédex 4 (France)

Tel : (33) 05-61-32-24-38 - Fax : (33) 05-61-32-26-34

E-mail : boccalon.h@chu-toulouse.fr

Organisateur du congrès : EUROPA ORGANISATION 5, Rue Saint
Pantaléon, BP 844, 31015 TOULOUSE Cédex 6 (France)

Tel (33) 05-34-45-26-45 - Fax : (33) 05-34-45-26-46/47

E-mail : lydie.loss@europa-organisation.com

Homepage : www.europa-organisation.com

Lieu : Centre de Congrès Pierre Baudis 11, Esplanade Compans
Caffarelli, 31000 TOULOUSE (France)

