

2ª parte

O cirurgião: formação profissional, senso de profissionalismo, trabalho técnico, desempenho profissional.

Condução do paciente cirúrgico.

A condução do paciente e seu tratamento operatório para culminar com sucesso devem obedecer primeiramente aos princípios da boa relação médico-paciente, relatados no capítulo específico, e à seqüência lógica de trabalho, dentro dos respectivos itens.

Indicação da operação.

Examinar cuidadosamente o paciente e o complemento diagnóstico é atitude básica para a indicação cirúrgica e escolha criteriosa do procedimento a ser aplicado. Consultas atropeladas em que o cirurgião vê primeiro os exames e depois, rapidamente, inquirir o paciente, freqüentemente levam a diagnóstico incompleto e indicação incorreta da operação. Em casos de dúvida diagnóstica, é recomendável ouvir uma segunda opinião, o paciente fica mais confiante e o cirurgião mais confortável para operar. Todo esse trabalho tem que ser realizado em ambiente tranqüilo, sem pressões, com tempo disponível para sua reflexão. Atitudes apressadas podem levar também ao grande inconveniente da indicação de operação desnecessária, quando o paciente enfrenta um risco sem benefício e algumas vezes piora seus sintomas. Este é um grande novo capítulo da cirurgia, que vem dando muita inquietude. Em pacientes que me procuram para emitir a segunda opinião, tenho visto que 50% deles não têm

indicação operatória e que este número tem crescido nos últimos 5 anos por fatores diversos, entre eles o aumento de médicos na atividade profissional com reduzido preparo e que, infelizmente, visam antes a receber e não servir.

Programa da operação.

Depende da experiência e do senso de organização. Quando terminava a residência em cirurgia, fiz um curso de organização racional do trabalho no IDORT em 1958; no final, aprendi e desenvolvi o senso de "pertização", aconselhável para todo cirurgião conhecer e nele aperfeiçoar-se para seu emprego cotidiano.

Esse termo provém de "PERT" - que é braquigrafia provinda da língua inglesa: *Program Evaluation and Review Technique*. Foi muito utilizado na II Guerra Mundial pelo Exército norte-americano e depois aperfeiçoado pela própria Marinha a partir de 1956, incluindo-se o projeto Polaris, como resposta norte-americana pelo envio do *Sputnik* ao espaço pela Rússia. Corresponde a organizar racionalmente um programa de ações integradas e convergentes para serem executadas, sincronicamente, num espaço de tempo num mesmo local. Este procedimento está incorporado, às vezes, ao cotidiano inconsciente das pessoas, como a organização de uma festa de aniversário que culmina com o bolo e as velas. É muito empregado com rigor técnico na realização de grandes eventos como no lançamento dos foguetes condutores das aeronaves espaciais. Todos eles são organizados dentro dos princípios do sistema "PERT". Às vezes, com expressões modificadas, mas mobilizando inúmeras pessoas com funções específicas, com equipamentos sofisticados e astronautas longamente treinados, convergindo todas as ações para o momento decisivo e de risco, com contagem regressiva dos segundos.

Na atividade cirúrgica, depois que o cirurgião está exercitado e dominando este procedimento, tudo passa a fluir em ritmo tranqüilo.

Determinado o hospital de internação, sala e hora do início da operação, são

mobilizadas as pessoas participantes, os equipamentos e instrumentos necessários e complementos como catéteres e drenos especiais. É assim que se procede a pertização.

Escolha e planejamento da operação.

A etapa de escolha e planejamento da operação é fundamental para o seu resultado: "operação bem-escolhida e planejada é sinônimo de bem-sucedida". Depois de feito o diagnóstico e escolhido o procedimento e eventuais alternativas, o planejamento envolve cuidados com o paciente, como posição na mesa operatória, escolha da incisão e tempos da ressecção e reconstituição. O bom planejamento é um grande fator do sucesso operatório. Deve-se lembrar que o paciente vai entregar-se confiante, anestesiado, aos cuidados do cirurgião que, naquele espaço de tempo, deve realizar um ato consciente e responsável de cura definitiva.

Realização do procedimento.

Em todas as especialidades são conhecidas as intervenções factíveis, de menor risco e que oferecem melhores resultados de longo termo e com boa qualidade de vida. Cirurgiões experientes dentro do seu elenco técnico aplicam intervenções já padronizadas, nas quais os passos técnicos são bem sistematizados e contínuos, obedecendo à seqüência racional. Durante a intervenção, o cirurgião e toda a equipe devem manter-se concentrados, exclusivamente, no seu andamento, não apressados, realizando-a em ritmo contínuo e sereno. Em operações complexas ou quando das disseções em casos de tumores ou massas inflamatórias, deve-se seguir o princípio de trabalhar iniciando pelo lado mais fácil, se houver alguma nova imposição por condições locais ou devido à situação clínica do paciente, o cirurgião pode mudar o rumo do procedimento e de acordo com sua experiência fazer o melhor e definitivo. Porém não deve inventar ou improvisar atitudes, este é um grande terreno de conseqüências irreparáveis.

A operação tem hora marcada para iniciar, mas não para terminar. O cirurgião tem que "encerrar a operação quando ela chegar ao final do planejado".

A cirurgia como ciência está sujeita a constantes renovações. A ciência cirúrgica não tem "fita de chegada", ela evolui pela rota das inovações. A atividade operatória representada pelos movimentos cirúrgicos, também passa por transformações racionais, obedecendo ao princípio de que "sempre existe um método para realizar melhor as atitudes".

Outrossim, a liderança da equipe precisa estar sempre atenta para filtrar as inovações e com sabedoria entender que "embora nem toda novidade gere progresso, todo progresso advém de uma novidade". À medida em que haja aperfeiçoamento na padronização e sistematização das operações, os jovens cirurgiões vão incorporando esses ensinamentos e passam a executá-los com igual sucesso. Forma-se aí o espírito da escola cirúrgica.

Durante a operação, cada membro da equipe ocupa a sua posição e realiza as funções adequadamente. É inadmissível o cirurgião estar dissecando uma estrutura com tesoura e o auxiliar, saindo das suas funções, também dissecando com pinça, ou pior, com outra tesoura. A equipe cirúrgica no seu trabalho obedece aos princípios científicos do taylorismo e fordismo, conquistas havidas por ocasião do grande progresso industrial nos fins do século XIX. É bom lembrar que Frederick Winslow Taylor (*Wikipedia*, janeiro de 2008) publicou suas idéias em 1881 sobre métodos científicos na análise de trabalhos braçais elementares, de operários no corte de metais e transporte de carvão por pás. Para melhorar os métodos do trabalho com qualidade e produtividade, propôs a obediência aos seguintes parâmetros:

1. autoridade (do líder da equipe)
2. responsabilidade
3. separação das tarefas em partes
4. especialização das atividades.

Com o advento da industrialização de automóveis, Henry Ford, criador do primeiro modelo em 1908, teve que estabelecer novos conceitos na racionalização do trabalho. Instalou a inovação da linha de montagem em esteiras, que antes eram feitas em balcões, com trabalhadores especializados, com ferramentas especiais aplicadas num tempo determinado (*Wikipedia*, janeiro de 2008). Durante 19 anos, produziu 15 milhões e 500 mil veículos do Ford modelo T de 20 cavalos, cujo preço atual corrigido seria de US\$ 19.700,00 dólares por unidade (1 dólar USA = R\$ 1,67 - agosto de 2008).

As gerações atuais de cirurgiões têm encontrado os padrões Taylor e Ford de trabalho aplicado em cirurgia já sedimentados e aculturados em nosso meio, graças ao trabalho realizado por alguns professores de cirurgia.

Admite-se que Benedicto Montenegro tenha sido o introdutor desses métodos no Brasil. Fez o curso médico na Universidade de Pensilvânia e foi professor de Técnica e de Clínica Cirúrgica (1930 a 1956) na Faculdade de Medicina da USP e foi o primeiro em nosso país a empregar a gastroduodenectomia para tratamento da úlcera péptica. Coube, porém, a outros renomados cirurgiões o mérito da divulgação do taylorismo em cirurgia, com todos os rigores técnicos, como Edmundo Vasconcelos (1952) e Eurico da Silva Bastos, ambos professores de Técnica e depois de Clínica Cirúrgica também da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bem como Fernando Paulino, nos anos 50, no Rio de Janeiro.

Cuidados pós-operatórios.

Todo cirurgião tem que, obrigatoriamente, acompanhar seu paciente de perto, dando atenções, conversando e estimulando com atitudes adequadas à sua recuperação. O exame clínico cuidadoso é fundamental para fazer o acompanhamento, ouvindo e dando importância às suas queixas, que permitem diagnóstico precoce de qualquer anormalidade ou complicação. Doente operado e não-acompanhado caracteriza negligência médica.