



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

**Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral
Grupo de Trabalho para a criação da Subespecialidade de Cirurgia de Emergência**

Proposta para a criação de Subespecialidade em Cirurgia de Emergência

Grupo de trabalho:

Henrique Alexandrino, Jorge Pereira, Luís Filipe Pinheiro, Carlos Mesquita

1. Introdução

A presente proposta visa suportar a criação da subespecialidade de Cirurgia de Emergência (CE), apresentar o seu âmbito, os critérios para admissão por consenso e o programa de formação. O processo de criação desta subespecialidade não é recente, tendo sido conduzido por um grupo de trabalho que iniciou funções em 2008. Embora nunca tenha obtido aprovação pela Ordem dos Médicos, veio a ser adotado, na sua essência, pela *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS), como base para a criação, em 2015, da *European Board of Surgery Qualification in Emergency Surgery*.

2. Necessidade

A evolução da Cirurgia Geral (CG) tem sido marcada por vários avanços que têm mudado de forma indelével a sua prática. A cirurgia laparoscópica, a cirurgia endoluminal, a cirurgia endovascular e a cirurgia robótica impuseram um salto tecnológico substancial, permitindo a realização de gestos técnicos de crescente complexidade, com recurso a técnicas cada vez menos invasivas, obrigando à adaptação dos currículos de formação.

Ao mesmo tempo, a expansão do conhecimento das bases biológicas, fisiopatologia e história natural de algumas doenças expandiu as indicações para intervenção cirúrgica, introduzindo procedimentos que eram inimagináveis há alguns anos, tornando obsoletos outros. Isto obriga o cirurgião a adquirir não só capacidade técnica na realização destes gestos técnicos, mas igualmente um conhecimento e atualização constante nas indicações e estudo pré-operatório. Por outro lado, o estudo e estadiamento pré-operatórios cada vez mais detalhados, aliados à



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

**Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral
Grupo de Trabalho para a criação da Subespecialidade de Cirurgia de Emergência**

desejável discussão multidisciplinar nas patologias mais complexas, tornaram a prática da CG mais previsível e baseada em órgãos e sistemas.

Por estes motivos, torna-se difícil, se não mesmo impossível, que um especialista em CG mantenha níveis elevados de atualização científica e técnica em todas as áreas da cirurgia programada, conduzindo a uma crescente diferenciação da prática eletiva.

Enquanto na prática cirúrgica eletiva é possível e mesmo desejável esta cada vez maior subespecialização, no tratamento do doente cirúrgico urgente e em particular do traumatizado grave tal situação não é viável. É frequente que estes doentes apresentem múltiplas lesões em diferentes compartimentos anatómicos, com várias lesões a contribuírem para a letalidade. Para além disso, são doentes com compromisso grave da sua fisiologia por fenómenos como hemorragia, sepsis ou isquémia. Isto faz com que um estudo pré-operatório exaustivo e demorado não possa ser concluído e a estratégia cirúrgica seja obrigatoriamente flexível. De facto, não é possível ou sequer desejável uma abordagem cirúrgica tradicional, isto é, baseada em órgãos e sistemas, ou procurando obter o tratamento definitivo. Em vez disso, torna-se indispensável uma estratégia de controle de dano, em que é colocada ênfase na realização de procedimentos abreviados e na correção dos distúrbios fisiopatológicos, ou seja, parar a hemorragia, controlar o foco de infeção e restaurar a perfusão.

Associadamente assistiu-se nos últimos anos a um enorme progresso nos cuidados intensivos peri- e pós-operatórios, que conseguem manter e suportar as funções vitais de inúmeros doentes cirúrgicos, nomeadamente o traumatizado grave ou o doente vítima de catástrofe abdominal, espontânea ou como resultado de complicações pós-operatórias. São assim frequentemente internados nas unidades de cuidados intensivos doentes que sobrevivem à agressão inicial, criando novos problemas no seu tratamento, como a falência multiorgânica, o abdómen aberto ou a síndrome do compartimento abdominal.

Para além disso, a norma da Via Verde do Trauma no Adulto veio determinar que, de entre as funções do especialista de CG no serviço de urgência se incluem a integração e coordenação de equipas de trauma multidisciplinares. Isto obriga à aquisição de não apenas competências técnicas e de tomada de decisão, mas igualmente treino e formação em competências não técnicas, como comunicação em crise, trabalho de equipa e liderança. Igualmente no que diz respeito à resposta a eventos multivítimas, deve o cirurgião assumir um papel de coordenação



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

**Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral
Grupo de Trabalho para a criação da Subespecialidade de Cirurgia de Emergência**

e liderança na resposta das instituições. Esta só é possível com programas de formação dedicados.

Presentemente, verifica-se que, fruto da crescente hegemonia da prática cirúrgica eletiva durante o Internato de Formação Específica, a formação dos recém-especialistas de CG não garante necessariamente estes pressupostos. Tendo em conta que a grande maioria dos especialistas de CG, como parte da sua atividade assistencial, prestam cuidados em serviços de urgência médico-cirúrgicos ou polivalentes, e como forma de assegurar a segurança dos doentes, torna-se premente definir um novo perfil de especialista de CG, o de subespecialista em CE.

3. Âmbito

Com a criação da subespecialidade de CE pretende-se contribuir para uma maior diferenciação dos especialistas de CG que têm de assegurar funções assistenciais e de liderança clínica nos serviços de urgência médico-cirúrgica e polivalente.

O âmbito da cirurgia de emergência é vasto e inclui, entre outras situações, o ventre agudo, nas suas múltiplas etiologias, o trauma e as infeções necrotizantes da pele e tecidos moles, bem como o processo de tomada de decisão no doente crítico, como o internado nas unidades de cuidados intensivos por patologia aguda ou por complicações pós-operatórias, o doente com abdómen aberto e com síndrome do compartimento abdominal.

Outras competências que se pretende ver reconhecidas com este título de subespecialidade são as de liderança e coordenação de equipas de trauma e de resposta a eventos multivítimas, desejando-se, ainda, que venha a constituir elemento preferencial para a designação das chefias das equipas cirúrgicas de urgência, sem prejuízo da hierarquia própria da carreira médica hospitalar, bem como, a par de outras subespecialidades que venham a ser reconhecidas, elemento substantivo para a progressão na mesma.



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

**Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral
Grupo de Trabalho para a criação da Subespecialidade de Cirurgia de Emergência**

4. Critérios de admissão

O título de subespecialidade em CE encontra-se acessível a todos os inscritos no Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos e poderá ser obtido de duas formas: 1) por consenso ou 2) através de um programa formativo específico, tomando como modelo o existente para os Ciclos de Estudos Especiais.

5. Admissão por Consenso

A admissão por consenso à especialidade de Cirurgia de Emergência será obtida por duas formas:

- a) Por reconhecimento tácito do título de qualificação em Cirurgia de Emergência do European Board of Surgery (EBSQ-EmSurg);
- b) Por apreciação curricular, em função dos critérios estabelecidos no Anexo I.

A duração desta fase será a definida de acordo com a regulamentação da Ordem dos Médicos.

6. Programa de formação

O programa de formação será ajustado ao percurso do candidato durante o Internato de Formação Específica. Terá duração mínima de 6 meses e máxima de 24 meses, dependendo da conclusão de determinadas metas e objetivos curriculares. Se parte destas metas e objetivos curriculares tiver sido atingida ainda durante o internato, o período de formação em CE será mais curto.

O programa curricular da subespecialidade em CE visa uma vasta gama de competências, não, só em termos de técnica cirúrgica, mas também, em senso clínico, de conhecimento científico e de capacidade de decisão. Terá lugar em serviços com capacidade e idoneidade formativa e incluirá, ainda, cursos pós-graduados reconhecidos internacionalmente (Anexo II). As competências técnicas corresponderão aos procedimentos considerados essenciais em cada área anatómica: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, ráquis, bacia e membros. A ênfase não será, necessariamente, na capacidade de realizar todo e qualquer procedimento definitivo em



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

**Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral
Grupo de Trabalho para a criação da Subespecialidade de Cirurgia de Emergência**

cada uma destas áreas, mas sim na capacidade de, com procedimentos cirúrgicos temporários, numa perspetiva de *damage-control*, assegurar uma estabilização do doente que permita a posterior submissão a cuidados definitivos, mais diferenciados.

Outras competências fundamentais serão a capacidade de reconhecer e tratar os grandes quadros fisiopatológicos agudos, como o choque e a sepsis, demonstrando capacidade de realizar ou orientar a abordagem inicial e a reanimação do doente com trauma grave ou outra situação aguda com risco de vida.

Para além de tudo isto, será indispensável a disponibilidade e vocação para um envolvimento efetivo no percurso pós-operatório destes doentes, onde quer que estejam, em particular nas Unidades de Cuidados Intensivos, como interlocutor pleno do plano terapêutico.

Igualmente determinante será a capacidade de diagnosticar e tratar a síndrome do compartimento abdominal, descrevendo as consequências da hipertensão intra-abdominal na fisiopatologia do doente cirúrgico crítico, bem como demonstrando familiaridade com as técnicas de medição da pressão intra-abdominal, de encerramento abdominal temporário e, mesmo, de reconstrução da parede abdominal.

Finalmente, o candidato à subespecialidade em CE terá de se mostrar capaz de integrar, liderando ou não, uma equipa multidisciplinar com colegas doutras especialidades, como as cirúrgicas, a Anestesiologia, a Medicina Intensiva, a Gastroenterologia ou a Imagiologia, entre outras.