O HOSPITAL-ESCOLA E O ENSINO CIRÚRGICO

Alaor Teixeira *

No momento em que a Faculdade de Medicina de Porto Alegre (UFRGS) — após uma sofrida espera de mais de 70 anos — está se aprestando para mudar-se para o seu Hospital de Clínicas, achamos oportuno fazer alguns comentários sobre a forma como até o presente vem sendo o ensino cirúrgico ministrado por nossa Escola.

A dinâmica de um hospital se fundamenta na mobilização de um conjunto de áreas físicas que — para o atendimento cirúrgico — podem ser assim subdivididas:

1. Ambulatórios;
2. Salas de Cirurgia;
3. Salas de Recuperação post-anestésicas (SR) e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI);
4. Áreas para baixas de pacientes (Enfermarias);
5. Áreas para atividades administrativas.

As áreas destacadas para Enfermarias representam sempre a parte maior, pois o espaço destinado às mesmas, ocupa, aproximadamente, 60 a 70% do total. Explica-se este fato por ser até hoje, o paciente hospitalizado considerado o melhor veículo para o aprendizado. A presença dos alunos nas Enfermarias representaria maior oportunidade para a aquisição de conhecimentos — conhecimentos estes relativos ao acompanhamento dos resultados de determinada terapêutica cirúrgica efetuada.

A presença do aluno no campo cirúrgico (Sala de Cirurgia) foi sempre considerado como fundamental, não somente porque nele o mesmo se familiariza com a correção de defeitos orgânicos induzidos por determinada patologia, como também pode o aluno saber o diagnóstico do caso em tratamento, e si o mesmo corresponde aquilo que foi verificado clinicamente.

O Ambulatório nunca teve significação fundamental no aprendizado, limitando-se o aluno ao freqüentá-lo a rápidos exames de pacientes e a feitura de pequenas intervenções como suturas, drenagens de abcessos superficiais, biópsias de problemas cutâneos, curativos, etc.

O panorama atual do atendimento cirúrgico nos obriga, no entanto, a mudar completamente esta orientação, relativamente a dinâmica a ser imprimida na área do hospital-escola destinado ao ensino cirúrgico. A mudança de orientação a que nos referimos acima deverá ser efetuada pelos motivos seguintes:

A — Os grandes avanços no terreno da terapêutica cirúrgica que se efetivaram nos últimos anos, avanços estes que fornecem ao médico conhecimentos científicos que lhe permitem o contrôle mais eficaz da **infecção**, manutenção da **homeostase orgânica** dos pacientes em

* Chefe do Departamento de Cirurgia — FMPA/UFRGS.

níveis corretos, **conhecimentos técnicos** que possibilitam uma manipulação visceral mais adequada no transoperatório, com conhecimentos precisos da biologia cicatricial e, finalmente, atendimento **anestesiológico** altamente eficaz.

B — O aprimoramento cada vez maior do trabalho em equipe, o qual possibilita significativa diminuição do tempo cirúrgico, menor risco anestesiológico e melhor recuperação dos pacientes;

C — A necessidade de que cada vez diminua mais o custo operacional dos Hospitais, dando-se maior ênfase àquele tipo de patologia que representará a maioria das ocorrências com que se defrontará o aluno ao sair da Escola.

Os três itens acima analisados mereceram a nossa atenção, quando verificamos um fato interessante: em mais de 80% dos casos, os pacientes podem ser submetidos à terapêutica cirúrgica **DE AMBULATÓRIO**. Em nossa experiência profissional, verificamos que — nos últimos 10 anos — 80% de nossos pacientes foram intervidos e mandados para casa. Apenas em algumas eventualidades (cirurgia de cavidade torácica, laparotomias, etc.) é que foi necessário hospitalizar os pacientes.

Se pretendemos adotar este tipo de orientação no nosso Hospital-Escola, teremos que dar ênfase ao atendimento de AMBULATÓRIO. Nestas condições, o tempo de permanência do aluno no mesmo será grandemente aumentada, o que certamente o satisfará, pois a dinâmica de atendimento do mesmo e a quantidade de ensinamentos que nele se obtém contrasta com a rotina e com a monotonia do atendimento nas Enfermarias. O acompanhamento do paciente operado na Recuperação também será de grande valia, pois as complicações que acompanham o mesmo nos primeiros instantes de pós-operatório são de grande significação. Permite ainda o Ambulatório o acompanhamento continuado de um determinado paciente, submetido a uma intervenção cirúrgica — acompanhamento este que se pode estender além do tempo que se verifica para o doente hospitalizado. O atendimento de Ambulatório significa também, para o doente, a diminuição do risco das doenças infecciosas que normalmente se encontram nos ambientes hospitalares. Desnecessário se torna, outrossim, salientar a diminuição do custo operacional do Hospital.

Consoante com o critério de atendimento acima proposto, somos de opinião que a área do Hospital-Escola a ser destinada ao Departamento de Cirurgia deverá prever uma distribuição de espaço de atendimento segundo os índices abaixo:

	ÁREA	%
1.	AMBULATÓRIOS:	35
2.	CENTRO CIRÚRGICO (Salas de Cirurgia + Esterilização) :	15
3.	RECUPERAÇÃO E U.T. : ...	25
4.	ENFERMARIAS :	20
5.	ADMINISTRAÇÃO :	05
	TOTAL :	100

A experiência continuada tem demonstrado — em todos os campos da atividade humana — que não é fácil nem simples mudar uma mentalidade já formada e estruturada em longa experiência. Um dos grandes riscos que representa toda a tentativa de mudança, é o radicalismo e o exagero. Para que se obtenha sucesso na sistemática que propomos nesta publicação é necessário que muitos conceitos e atitudes sejam judiciosamente analisados: é imprescindível que os serviços complementares de diagnóstico (Laboratório, Raios X) sintonizem com a dinâmica do atendimento Ambulatorial; é necessário que as condições sócio-econômicas dos pacientes sejam devidamente consideradas; é fundamental, outrossim, que as mudanças propostas não condicionem uma limitação exagerada e prejudicial do atendimento nas Enfermarias, o qual, como sabemos, é também muito importante, pois fornece ao aluno uma face significativa de sua futura atividade profissional. Outro ponto a ser considerado — e cuja análise deixamos propositadamente para o fim — refere-se à lentidão que

caracteriza o atendimento cirúrgico de ensino. Com efeito, as intervenções no Centro Cirúrgico de Ensino é mais lenta, por dois motivos difíceis de serem obviados e que devem ser considerados com atenção: o primeiro, representado pelo tempo que deve dispender o Cirurgião explicando ao aluno as diversas fases que caracterizam a intervenção em curso; o segundo, o fato de que o Residente não possui a experiência e o desembaraço que determinam maior rapidez no transoperatório.

Somos de opinião, no entanto, que se os elementos acima referidos forem corretamente analisados e diminuidos os seus efeitos por um esquema racional de trabalho hospitalar, as sugestões ora propostas poderão — num futuro próximo — se constituir em valiosos subsídios para a determinação mais eficiente de um esquema de trabalho no relacionamento Hospital-Escola — Ensino e Atendimento Cirúrgicos.