



Edição 55 • Ano 2019

# SOBRAnews

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica



# BIÊNIO 2019 2020



# SOBRACIL SOB NOVO COMANDO

Desde 1º de janeiro, uma nova tropa de elite está comandando a SOBRACIL. O cirurgião Carlos Domene reassumiu a presidência da nossa Sociedade para mais um biênio de gestão (2019/2020).

A posse da nova diretoria foi realizada dia 8 de fevereiro, no Restaurante Figueira Rubaiyat, em São Paulo, reunindo quase todos os presidentes da SOBRACIL, grande número de membros da Sociedade, professores, chefes de Serviços cirúrgicos, diretores de hospitais e operadoras de saúde, representantes da indústria de equipamentos médicos e cirúrgicos, representantes da indústria farmacêutica, representante de órgãos de classe e muitos outros.

“Queremos terminar o que não foi possível fazer na primeira gestão, principalmente relacionado ao treinamento e habilitação em cirurgia robótica”, afirma Domene.

## NOVA DIRETORIA SOBRACIL NACIONAL

- |                     |                             |                          |                                |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| • Carlos Domene     | – <i>Presidente</i>         | • Fábio Araújo           | – Vice-Presidente Norte        |
| • Sérgio Roll       | – <i>1º Vice-Presidente</i> | • Josemberg Campos       | – Vice-Presidente Nordeste     |
| • Christiano Claus  | – <i>2º Vice-Presidente</i> | • Luiz Henrique de Sousa | – Vice-Presidente Centro-Oeste |
| • Paula Volpe       | – <i>Secretária Geral</i>   | • Gastão José Santos     | – Vice-Presidente Sudeste      |
| • Pedro Trauczynski | – <i>Secretário Adjunto</i> | • Luiz De Carli          | – Vice-Presidente Sul          |
| • Antonio Bispo Jr. | – <i>Tesoureiro</i>         |                          |                                |
| • Pedro Romanelli   | – <i>Tesoureiro Adjunto</i> |                          |                                |

## CONSELHO FISCAL

- Guilherme Jaccoud
- José Júlio Monteiro Filho
- Leolindo Tavares







## Festa de posse da nova diretoria SOBRACIL, biênio 2019/2020







Por Carlos Eduardo Domene

## PROCESSO DE TREINAMENTO EM CIRURGIA ROBÓTICA

Como definido por Mangano et al (2018) (1), fazer treinamento preliminar em simuladores e exercícios simulados é uma boa estratégia para a rápida aquisição de habilidades robóticas padronizadas. Este treino pode ser realizado em simuladores virtuais ou laboratório com robô e equipamentos especiais para treinamento, ou mesmo em animais. Usar um robô para treino pode ser problemático (alto custo, indisponibilidade pelo volume cirúrgico), simuladores de realidade virtual (RV) podem ajudar a transpor muitos desses obstáculos. Entretanto, ainda falta padronização para esse treinamento. Embora o treino com sistemas de RV tenham melhorado, eles ainda não podem substituir o treino com o robô por completo. Alguns cenários simulados não correspondem à realidade da cirurgia propriamente dita. Há diferença entre habilidade técnica (i.e., capacidade mecânica de realizar uma tarefa simulada) e competência cirúrgica (i.e., capacidade de realizar uma

cirurgia real). Desta forma, enquanto simuladores de RV podem substituir um laboratório com modelos, não podem substituir completamente a cirurgia em animais ou cadáveres frescos, ou um paciente. Em futuro próximo, espera-se que os simuladores possam promover simulação muito perto da realidade e substituir treino em animais e cadáveres. O desenvolvimento continuado da cirurgia robótica e aprendizado da máquina – em paralelo com outras inovações - Hunget al (2018) (2) antecipa que processos automatizados vão com muita precisão analisar a habilidade do cirurgião e antecipar a evolução do paciente em três a cinco anos.

Um trabalho colaborativo da Sociedade Européia de Cirurgias Torácicas (ESTS) e Associação Européia de Cirurgia Cardio-Vascular (EACTS) promoveu consenso sobre o processo de treinamento em cirurgia robótica (3). Houve acordo em vários pontos. O treinamento padrão deve ser dividido em seções progressivas de aprendizado.



## **TREINAMENTO EM CIRURGIA**

### *Treinamento padrão robótica*

- avaliação básica: módulo online de reconhecimento do equipamento
- treinamento baseado em simulação (realidade virtual, dry-lab e wet-lab)
- observação de cirurgias robóticas
- função de auxiliar de campo em cirurgias
- observação de vídeos de cirurgias robóticas
- transição para o procedimento real com auxílio de proctor
- avaliação final de vídeo submetido a examinadores independentes.

Um programa de dissecação em cadáver para treinamento em Trans-oral Robotic Surgery (TORS), com nove passos, foi desenvolvido pela Southern Illinois University (4). Após completar todos os passos, os residentes demonstraram melhora significativa em suas habilidades com o TORS.

Em urologia foi realizada sessão de treinamento em cadáver fresco por residentes, analisando, antes e depois do treinamento, exercícios de: portplacement and docking, endowrist manipulation, câmera and clutching, fourth arm integration, needle control and driving. Houve melhora do desempenho em todas as habilidades avaliadas depois do treinamento (5).

Alguns simuladores de realidade virtual são disponíveis, com diferenças entre eles de ergonomia, tipos de simulações virtuais e facilidade de uso. O simulador acoplado ao robô traz vantagem de aproximar-se mais do ato cirúrgico real, mas não substitui a cirurgia propriamente dita, e apresenta limitações quando ao uso para treino. O uso de cadáveres aproxima-se mais da realidade; entretanto o custo, disponibilidade, preço e mesmo a impossibilidade de substituir completamente o tecido

vivo (por exemplo, sangramentos), limitam seu uso. Animais vivos, por outro lado, permitem acesso a diferentes procedimentos mais realísticos, mesmo com as diferenças anatômicas de modelo porcano e humano; alto custo e disponibilidade muito limitada para treinamento em larga escala também limitam esse modelo de treinamento. Schlottman & Patti (2017) (6) desenvolveram um novo simulador cirúrgico que permite a simulação de cirurgias completas; o simulador utiliza tecido e órgãos de animais para a simulação – pulmões, aorta, coração, esôfago, diafragma, estômago, duodeno, fígado e bazo. O tecido é preservado em solução alcoólica a 20%, que preserva as características do tecido normal por muitas semanas. Os autores acreditam que esse modelo pode evitar o uso de animais vivos, oferecendo simulação realística sem as despesas e instalações especiais necessárias para modelos vivos.

Em situações de emergência é fundamental o rápido undocking do robô. Um programa de treinamento, incluindo aula teórica, simulação de ambiente de sangramento maciço intra-abdominal e realização do undocking. Este treinamento (7) resultou na melhora do tempo de acesso ao paciente, melhor conhecimento, confiança e avaliação de ações críticas, e pode ser replicado em outras instituições. Uma limitação desse curriculum é a necessidade de acesso ao sistema robótico para seu treinamento.

Estudo realizado por Cumpanas et al (2017) (8), comparando desempenho em simuladores robóticos entre estudantes de medicina sem experiência cirúrgica com cirurgiões somente com experiência prévia em cirurgia aberta, mostrou melhor desempenho por quem já tinha familiaridade com a cirurgia aberta.

Pesquisa realizada por George et al (2018) (9) em 20 programas de residência em cirurgia, mostrou que a maioria dos serviços têm um programa regular de treinamento robótico; metade acredita que o currículo de robótica deve ser expandido, incorporando simuladores.

Comparação entre residentes e adolescentes em simuladores, realizada por Mehta et al (2017) (10). Após uma hora de simulação, não houve diferença entre os dois grupos. Em estudo de Watkins et al (2018) (11) com a participação de 123 cirurgiões com experiência de iniciantes a veteranos, foram testados e validados cinco exercícios do simulador RobotiX Mentor. Melich (2018) (12), para a validação de um modelo pélvico feito de plástico e silicone, utilizou cirurgiões experientes e re-

sidentes, e demonstrou diferença de desempenho entre os dois grupos, mostrando a validade do modelo e o valor da simulação para o desenvolvimento de habilidades cirúrgica em robótica. Estudo conduzido por Lee & Lee (2017) (13) investigou a forma de evolução dos treinandos sem orientação, demonstrando que ela é importante para o melhor desempenho nos simuladores. O treinamento regular com simulação virtual através de vídeos ou treinamento mental foi realizado, mostrando a superioridade deste último (14).

No entanto a simulação virtual pode ter limitações. A simulação virtual efetivamente melhora as habilidades no desempenho dos exercícios de cirurgias iniciantes, atingindo desempenho semelhante aos cirurgias experientes no simulador, mas as habilidades ergonômicas são muito diferentes quando o exercício é realizado no próprio console do robô (15). Quando cirurgias robóticas experientes realizam exercícios em simuladores, sem trei-

*...enquanto simuladores de RV podem substituir um laboratório com modelos, não podem substituir completamente a cirurgia em animais ou cadáveres frescos, ou um paciente.*

namento prévio, seu desempenho no simulador não tem paralelo com seu real desempenho cirúrgico (16). Revisão sistemática da literatura realizada por Kwang et al (2018) (17) revelou a presença de inúmeras plataformas para treinamento de habilidades técnicas através de simuladores, com bons resultados, mas ainda se carece de

protocolos de desenvolvimento de habilidades não técnicas. Outro estudo comparou a evolução da habilidade de iniciantes, intermediários e experientes (18). Houve moderada correlação com a experiência no início do treinamento, e todos os grupos melhoraram da primeira até a décima tentativa, validando o método.

Há evidências para se afirmar que os simuladores representam o futuro do treinamento e aperfeiçoamento de habilidades cirúrgicas em cirurgia robótica, possivelmente levando a prescindir de modelos em laboratórios "secos" e "molhados", bem como modelos animais vivos ou seus órgãos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mangano A, Gheza F, Giulianotti PC – Virtual Reality Simulator Systems in Robotic Surgical Training. Surg Technol Int 2018 Jun 1-32:19-23
2. Hung AJ, Chen J, Gill IS - Automated Performance Metrics and Machine Learning Algorithms to Measure Surgeon Performance and Anticipate Clinical Outcomes in Robotic Surgery. JAMA Surgery - Published online June 20, 2018.
3. Veronesi G, Dorn P, Dunning J et al. - Outcomes from the Delphi process or the Thoracic Robotic Curriculum Development Committee. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 0 (2018) 1-7
4. White J, Sharma A – Development and Assessment of a Transoral Robotic Surgery Curriculum to Train Otolaryngology Residents. ORL 2018;80:69-76
5. Bertolo R, Garisto J, Dagenais J et al. - J Laparoend Advanc Surg Tech (2018) doi: 10.1089/lap.2018.0109
6. Schlottmann F, Patti MG - Novel simulator for robotic surgery. J Robotic Surg (2017) DOI 10.1007/s11701-017-0746-5.
7. Ballas D, Cesta M, Roulette GD et al. - Emergency undocking in Robotic Surgery: a simulation curriculum. J Vis Exp (135), e57286; doi 10.3791/57286 (2018)
8. Cumpănas AA, Bardan R, Ferician OC, Latcu SC et al. - Does previous open surgical experience have any influence on robotic surgery simulation exercises? Videosurgery Mini inv 2017; 12 (4): 366-371.
9. George LC, O'Neill R, Merchant AM - Residency Training in Robotic General Surgery: A Survey of Program Directors. Minimally Invasive Surgery Volume 2018, <https://doi.org/10.1155/2018/8464298> ArticleID 8464298.
10. Mehta A, Patel S, Robison W, Senkowski T et al. - Can teenage novel users perform as well as General Surgery residents upon initial exposure to a robotic surgical system simulator? J Robotic Surg (2017) DOI 10.1007/s11701-017-0715-z.
11. Watkinson W, Raison N, Abe T et al - Establishing objective benchmarks in robotic virtual reality simulation at the level of a competent surgeon using the RobotiX Mentor simulator. Postgrad Med J. 2018 May;94(1111):270-277
12. Melich G, Pai A, Shoela R, Kochar K et al - Rectal Dissection Simulator for da Vinci Surgery: Details of Simulator Manufacturing With Evidence of Construct, Face, and Content Validity. Dis Colon Rectum 2018; 61: 514-519
13. Lee GI, Lee MR - Can a virtual reality surgical simulation training provide a self-driven and mentor-free skills learning? Investigation of the practical influence of the performance metrics from the virtual reality robotics surgery simulator on the skill learning and associated cognitive workloads. Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-017-5634-6
14. Raison N, Ahmed K, Abe T et al - Cognitive Training for Technical and Non-Technical Skills in Robotic Surgery: A Randomised Controlled Trial. doi: 10.1111/bju.14376
15. Yang K, Zhen H, Hubert N et al - From dV-Trainer to real robotic console: the limitation of robotic skill training. J Surg Education (2017) <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2017.03.006>
16. Mills JT, Houghton HY, Bitner D et al - Does robotic surgical simulator performance correlate with surgical skill? J Surg Education (2017) <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2017.05.011>
17. Kwong JCC, Lee JY, Goldemberg MG - Understanding and assessing non-technical skills in robotic urological surgery: a systematic review and synthesis of the validity evidence. J Surg Education (2018). <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2018.05.009>
18. Havemann MC, Dalsgaard T, Sørensen JL et al - Examining validity evidence for a simulation-based assessment tool for basic robotic surgical skills. Journal of Robotic Surgery <https://doi.org/10.1007/s11701-018-0811-8>



# Programa Jovem Cirurgião

## 2019-2020



*Apesar de muito bem avaliado nas edições realizadas até aqui, o Programa Jovem Cirurgião está sendo redesenhado para que seu conteúdo e metodologia alcancem resultados ainda melhores.*

**Sérgio Roll**, 1º Vice Presidente da SOBRACIL e Diretor do programa explica: "Estamos em um momento de transição, onde a cirurgia laparoscópica tem atingido limites jamais imagináveis e a cirurgia robótica vem para complementar e superar estes limites. Sendo assim, estamos renovando algumas aulas e ampliando o programa prático com simuladores robóticos, onde os alunos poderão realizar os exercícios básicos iniciais, os quais são parte da formação do cirurgião na certificação em cirurgia robótica, podendo ampliar suas opções terapêutica em situações com-

plexas, quando eventualmente a cirurgia laparoscópica poderá não ser tão eficiente.

Ainda, pensando em tornar a parte prática do Programa Jovem Cirurgião mais interativa e dinâmica, incluiremos cirurgias ao vivo das patologias mais frequentes, onde os participantes poderão interagir com um grupo de cirurgiões experientes e juntos alcançarem de maneira eficaz as melhores práticas cirúrgicas, podendo oferecer aos nossos pacientes os melhores resultados no tratamento das suas patologias. Assim juntos, estaremos melhorando e

diminuindo a curva de aprendizado, que certamente tem desestimulado alguns cirurgiões na prática da cirurgia laparoscópica e robótica.

Estejam preparados e animados para este novo ciclo do Programa Jovem Cirurgião, que certamente manterá a excepcional qualidade dos últimos anos, com algumas novidades tecnológicas, que vão aprimorar sua capacidade de aprender. Usaremos todo o nosso talento e imaginação para dar a vocês um papel mais ativo durante o nosso programa. Acreditem, iremos surpreendê-los."

www.sobracil.org.br

## CURSO CONTROVÉRSIAS EM CIRURGIA ROBÓTICA DO APARELHO DIGESTIVO FAZ GRANDE SUCESSO EM SÃO PAULO

*Fiquem atentos à divulgação da data da 5ª edição do curso em breve.*

Com inscrições encerradas com mais de um mês antes do início do curso, foi realizada nos dias 22 e 23 de março, no Hospital São Luiz Itaim, a quarta edição do SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIRURGIA ROOBÓTICA DO APARELHO DIGESTIVO, sob a coordenação de Carlos Domene e Paula Volpe.

Neste ano, além das tradicionais cirurgias ao vivo transmitidas para os auditórios durante todo o evento, o curso teve um formato inédito com o programa totalmente montado no modelo CROSS-FIRE e a transmissão em tempo real pela internet através do Canal SOBRACIL.

Auditórios lotados e um número muito relevante de cirurgiões acompanhando a transmissão ao vivo do evento pela internet em diferentes estados do Brasil alguns outros países.

Sucesso absoluto !!

SOBRA news

Edição 55 • Ano 2019





Ricardo Madureira

## HOSPITAL SANTA IZABEL REALIZA PRIMEIRA CIRURGIA ROBÓTICA NA BAHIA

*No último mês de março, o Hospital Santa Izabel se destacou mais uma vez realizando a primeira cirurgia robótica da Bahia.*

Já bastante utilizado em procedimentos cirúrgicos de alta performance e precisão nos grandes centros mundiais de saúde, o equipamento foi disponibilizado para contribuir com o profissional médico na realização de procedimentos menos invasivos e que exigem maior precisão.

Para o provedor da Santa Casa da Bahia, Roberto Sá Menezes, a instalação do Da Vinci faz parte de uma série de ações que a Santa Casa está executando no Santa Izabel a fim de crescer sustentavelmente, combinando excelência médica, acolhimento, tradição e inovação. “Com mais este salto tecnológico, buscamos também colaborar com o desenvolvimento científico da ciência e tecnologia na Bahia e corresponder à crescente expectativa de nossos pacientes, corpo clínico, colaboradores e parceiros”, afirmou o provedor.

“Para garantir total segurança do paciente e o sucesso do procedimento, a equipe cirúrgica é composta pelo cirurgião principal, um cirurgião assistente, anestesistas, uma enfermeira coordenadora, técnicos de informática, profissionais de engenharia clínica e instrumentadores capacitados”, acrescentou o diretor Técnico-Assistencial do Santa Izabel, Ricardo Madureira.

Na avaliação do superintendente de Saúde da Santa Casa, Robério Almeida, o investimento realizado pela instituição permite um avanço significativo no tratamento das doenças de diversas especialidades e na qualificação do corpo médico. “Esta é uma ferramenta positiva tanto para o médico, que pode contar com um equipamento no qual tem maior precisão de movimentos, como também para o paciente, que não precisará mais se deslocar para outra cidade, nem arcar com os gastos que esta viagem poderia lhe custar”, afirmou.

Estima-se que mais de quatro milhões de procedimentos já foram realizados com o uso de robôs Da Vinci no mundo. Através do Hospital Santa Izabel, Salvador acabou de entrar para o grupo de cidades no mundo com esta tecnologia disponível.

### Equipe de robótica do Hospital Santa Izabel







## Diego Laurentino Lima

Cirurgião geral. Professor Auxiliar de Cirurgia na Universidade Católica de Pernambuco. Professor Auxiliar de Cirurgia na Uninassau. Mestrando em Ciências da Saúde na Universidade de Pernambuco

# O USO DAS MÍDIAS SOCIAIS NO ENSINO DA CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA

*O uso das redes sociais com objetivos profissionais e educacionais tem aumentado entre os médicos. Atualmente, temos à nossa disposição Facebook, Twitter, Instagram, Whatsapp, Telegram e outros.*



Um artigo da Harvard Business Review mostrou que gastamos com ligações apenas 25% do tempo de uso do aparelho celular, sendo o restante usado com a internet.

Essas plataformas podem mudar completamente a forma como aprendemos cirurgia minimamente invasiva. Muitas sociedades e associações cirúrgicas usam as redes sociais para mostrar casos clínicos diferentes, mostrar novas técnicas e dicas, divulgar eventos, publicações e discutir sobre os mais variados temas.

As redes sociais mais populares entre os médicos são o Twitter e o Facebook. No Twitter, cirurgiões colocam links para vídeos com cirurgias minimamente invasivas editadas em poucos minutos. No Facebook, existem vários grupos com um grande número de cirurgiões, residentes e estudantes: International Hernia Collaboration (IHC), Mini Friends, Robotic Surgery Collaboration (RSC), apenas para citar alguns.

Vários artigos já publicados falam da adoção das mídias sociais em várias especialidades como cirurgia plástica, urologia e coloproctologia.

Recentemente, nós publicamos uma pesquisa feita nos grupos de Facebook sobre o ensino de cirurgia nas redes sociais: 65% dos participantes buscam aprender diariamente nas redes sociais; 59,5% publicam casos difíceis para discutir a melhor conduta com outros cirurgiões; 62,5% já mudaram sua prática baseada em experiências que eles viram nas redes e 90% dos participantes não viam problema algum em publicar casos em grupos fechados.

Há uma enorme preocupação por parte das sociedades sobre os problemas éticos envolvendo dados de pacientes e a falta de peer-review. Nem tudo que se encontra nas redes sociais é de boa qualidade ou o certo a se fazer. Cirurgiões, residentes e estudantes devem ter uma opinião muito crítica sobre o que eles vêem online.

Pensando nos aspectos éticos, o SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) publicou um artigo na Surgical Endoscopy em janeiro de 2019 com uma declaração sobre a consentimento informado, a privacidade do paciente e a proteção do cirurgião nos grupos fechados de Facebook. O SAGES endossa o uso profissional dessas plataformas para educação, otimização do cuidado com o paciente e disseminação de informações. Entretanto reitera que os problemas com o consentimento informado são de responsabilidade do médico que publica nas redes. Os cirurgiões que usam esses grupos do Facebook devem ser legalmente protegidos.

O uso das redes sociais no ensino de cirurgia tende a crescer nos próximos anos. É importante que mecanismos de proteção ao paciente e ao cirurgião sejam desenvolvidos e implementados, tendo em vista a ética nesses grupos de discussão.

# LIGA ACADÊMICA AMAZONENSE DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

*Acaba de ser criada a Liga Acadêmica Amazonense de Cirurgia Bariátrica e Metabólica tendo Victor Dib como seu presidente e Adriano Picanço como vice-presidente.*



**Victor Dib**

*Presidente da Liga  
Acadêmica Amazonense  
de Cirurgia Bariátrica e  
Metabólica*

A Liga será constituída por 15 acadêmicos de medicina, após seleção em concurso público, através de prova escrita objetiva, que será realizado em Manaus.

Esta Liga terá como propósito o aprofundamento no estudo do tema “Obesidade e Síndrome Metabólica” através de uma programação ampla e holística, agregando as diversas especialidades envolvidas no assunto.

O curso terá duração de um ano, com atividades teóricas e práticas, e inclui participação em métodos bariátricos endoscópicos e cirúrgicos através de procedimentos minimamente invasivos.

O aluno será orientado e estimulado a produzir um trabalho científico, sendo a certificação do curso vinculada a publicação deste trabalho em revista médica científica ou sua apresentação

em Congresso médico da especialidade.

Segundo Victor Dib, “o apoio oficial da SBCBM e da SOBRACIL a esta Liga representa um marco, tendo em vista a credibilidade e histórico científico destas honradas Sociedades médicas, que sempre pautaram suas atividades visando o incremento científico baseado em evidências, de forma responsável e madura. Estas chancelas ratificam o compromisso de responsabilidade, seriedade e empenho dos fundadores desta Liga Acadêmica, que está sendo constituída, cujo objetivo é o engrandecimento científico de todos.”





MEU QUERIDO  
CANHOTO



Alfredo Guarischi

## Trocando Ideias

Somente 10% da população é de canhotos. Pode ser fácil para os outros, daí esquecerem que estamos vivendo em um mundo destro, em que tesouras, mouses, abridores de lata e cadernos espirais não são feitos para canhotos. No passado, canhotos eram constrangidos ao escreverem com a “mão errada”, mas a ciência e a pedagogia, ao darem as mãos, desmitificaram falsidades. Nas últimas décadas o número conhecido de canhotos aumentou consideravelmente, mas eles ainda são uma minoria de 800 milhões de pessoas.

As escritas alfabéticas correm da esquerda para a direita, exceto a hebraica e a árabe, obrigando o canhoto a torcer o punho para segurar um lápis, com a mão em forma de gancho encobrendo o que está escrevendo. Ufa!

Não há consenso sobre a origem da lateralidade, mas sabe-se que os genes são responsáveis apenas por 25% dos casos. Gêmeos idênticos podem às vezes ter mãos dominantes diferentes. A ultrassonografia durante a gravidez pode demonstrar um bebê canhoto já sugando seu polegar esquerdo. Uma parcela de adolescentes se torna ambidestra por ter sido forçada a usar mais a mão direita.

Estudos sugerem que pessoas canhotas são mais intelectuais, artísticas ou poderosas, como Leonardo da Vinci, Pablo Picasso, Charlie Chaplin, Albert Einstein, Barack Obama, Ronald Reagan, George W. Bush, João Batista Figueiredo, Fidel Castro, Tom Cruise, Julia Roberts, Freddie Mercury, Rafael Nadal, Bill Gates, Rainha Elizabeth II, Fátima

Bernardes, Paul McCartney, Ayrton Senna, Machado de Assis e tantos outros.

Há poucos estudos sobre cirurgiões canhotos, mas há muitas barreiras e desafios no seu treinamento, principalmente por falta de instrumentos adequados tanto para cirurgia convencional como de vídeo. Uma pesquisa descobriu que mais de 87% dos cirurgiões canhotos foram treinados com instrumentos para destros.

A maioria das pessoas pode aprender a usar a mão não dominante, mas apenas os canhotos são forçados a se adaptar ao mundo “direito”. Residentes de cirurgia são obrigados a escolher entre permanecer puramente canhotos ou tornaram-se ambidestros, e a recompensa estará além da sala de cirurgia. Ser ambidestro é uma habilidade (ou hábito) vantajoso, por isso cirurgiões destros deveriam treinar a mão esquerda. Estar do “outro lado” sempre ensina.

A maioria dos cirurgiões coloca inicialmente a luva da mão direita, exceto na Mayo Clinic, onde os cirurgiões colocam primeiro a luva esquerda, em homenagem aos hábeis cirurgiões canhotos e fundadores do excepcional hospital dos EUA, os irmãos William e Charles Mayo. O Dia Internacional da Mão Esquerda é comemorado anualmente no dia 13 de agosto, desde 1976.

Hoje você tem uma oportunidade para refletir sobre a singularidade e as dificuldades que os canhotos enfrentam. Quem sabe, após ler este texto, você poderá ajudar alguém no seu local de trabalho, ou mesmo em casa.



# SOBRA news

PATROCINADOR DIAMANTE

## ETHICON

PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS



Presidente • **Carlos Domene**

1º Vice Presidente • **Sérgio Roll**

2º Vice-Presidente • **Christiano Claus**

Secretária Geral • **Paula Volpe**

Secretário Adjunto • **Pedro Trauczynski**

Tesoureiro • **Antonio Bispo Jr.**

Tesoureiro Adjunto • **Pedro Romanelli**

Jornalista Responsável • **Elizabeth Camarão**

Fotografias • **Arquivo SOBRACIL**

Design • **Flávio Tavares**

[www.sobracil.org.br](http://www.sobracil.org.br)

Av. das Américas, 4801 sala 308

Centro Médico Richet

Barra da Tijuca Rio de Janeiro - RJ

CEP 22631-004 - Tel: 21 2430-1608

Tel/Fax: 21 3325-7724

E-mail: [sobracil@sobracil.org.br](mailto:sobracil@sobracil.org.br)