



# SOBRA news

Vem aí o  
Bariatric Channel,  
curso continuado  
de cirurgia  
bariátrica e  
metabólica.

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de  
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 68

2021



**SERGIO ROLL**  
Presidente

“ O elemento universal que fundamenta as religiões está presente na imensa diversidade cultural e nos sentimentos e propósitos comuns a todos os seres humanos.”

## Reflexões

O folclore está presente na cultura de todos os povos na história humana, por todo planeta.

A palavra folclore tem origem inglesa, formada pela composição de dois elementos: *folk*, que significa povo, e *lore*, que quer dizer sabedoria, conhecimento, cultura.

As lendas do folclore são um conjunto de mitos e personagens que nasceram da imaginação coletiva de um povo, verdadeira tradição passada de geração para geração. A maioria das lendas brasileiras é de origem indígena, mas recebeu influência dos mitos e histórias trazidos por portugueses e africanos.

Com o tempo, as lendas são modificadas por indivíduos comuns e se tornam ainda mais populares, em virtude da combinação de seu teor narrativo e dos costumes de cada região. Algumas encantam, outras assustam, mas acima de tudo, elas representam as características de quem as inventou.

Mito não é verdade. Também não é mentira. É uma representação. Uma forma de interpretar algo. Ou um conto que carrega mensagens, significados, representações de acordo com a cultura, a ética e a visão de mundo de um determinado povo.



Fico pensando na relação que existe entre o folclore, lendas e mitos com as nossas religiões.

As religiões também sofreram mudanças e foram adaptadas com o tempo, como os mitos, o folclore e os contos.

É muito interessante que em quase todos os mitos da criação, nas diferentes doutrinas religiosas, o homem tenha origem do barro. Como "Adão e Eva".

Por vezes os mitos são desacreditados, ou mesmo interpretados como uma parábola sem sentido aparente. Com o tempo, a essência do mito que é um ensinamento, pode se perder na cadeia de transmissão oral, de uma geração a outra.

No imaginário coletivo não existe a verdade ou a mentira, existe o acreditar, a fé. Como acreditar que Moisés demorou 40 anos para atravessar o deserto do Sinai com os israelitas, que fugiam da escravidão no Egito, e que morreu pouco antes de entrar no seu destino, a Terra Prometida, sem fé?

Refletir sobre todos estes fatos cria um grande ruído em torno dos dogmas das religiões. O questionamento sobre lendas, mitos, milagres, histórias de conquistas,

não traz respostas, porque religiosidade e fé não se sujeitam às explicações lógicas, mas sim à espiritualidade de cada um de nós.

O elemento fundamental que rege as religiões se manifesta de outra forma, que não passa pelo racional ou pelo exato, mas sim pelos sentimentos humanos. Não há como transformar a simbologia e os mitos das religiões, não podem ser meramente traduzidos como descrições literais de acontecimentos históricos.

O elemento universal que fundamenta as religiões está presente na imensa diversidade cultural e nos sentimentos e propósitos comuns a todos os seres humanos.

Não importa que os mitos tenham descrições diferentes sobre a origem do universo ou do homem e da mulher, nem que não estejam de acordo com as descobertas da ciência moderna. O mais importante é que eles deixam evidente uma necessidade existencial dos homens de buscar pelas suas origens e de compreender o sentido da existência humana.

Sergio Roll

*Presidente*

# CONCEITOS GERAIS DA CIRURGIA BARIÁTRICA / METABÓLICA

Módulo I  
25 e 26 de outubro de 2021  
das 19h às 22h

**PALESTRANTES INTERNACIONAIS CONFIRMADOS**

Um faculty de ponta exclusivo para você



Antonio Torres  
MD, PhD



Carel le Roux  
MD, PhD



Carlos Vaz  
MD, PhD



Camilo Boza  
MD, PhD



David Cummings  
MD, PhD



Geltrude Mingrone  
MD, PhD



Julio Teixeira  
MD, PhD



Miguel Vasques  
MD, PhD



Rui Ribeiro  
MD, PhD



**EVENTO COM CERTIFICAÇÃO CNA**

**TRADUÇÃO SIMULTÂNEA ENG | ESP | POR**

**CERTIFICADO PARA PARTICIPANTES QUE PERMANECEREM NO MÍNIMO 60% ONLINE**

(51) 98164.2021 | [bchannel@promoexpressa.com.br](mailto:bchannel@promoexpressa.com.br) | [/company/bariatric-channel](https://www.linkedin.com/company/bariatric-channel) | [/bariatricchannel](https://www.instagram.com/bariatricchannel)

[www.bariatricchannel.com.br](http://www.bariatricchannel.com.br)

Patrocínio Platinum



Patrocínio Prata



Apoio Institucional



Realização



---

# Bariatric Channel

**A** obesidade e a síndrome metabólica representam doenças epidêmicas que comprometem a saúde de milhares de pessoas mundialmente.

Seu tratamento clínico traz resultados não duradouros, interferindo de forma pífia em sua evolução.

Por outro lado, o tratamento cirúrgico e endoscópico destas condições tem-se mostrado a forma mais eficiente de combater o excesso de peso e as doenças a ele associadas.

Um número crescente de cirurgiões e endoscopistas se interessam pelo problema e buscam, a todo momento, aprimorar-se e atualizar-se no tema.

A pandemia do SARS-Cov-2 restringiu e inviabilizou, ao longo destes últimos dois anos, os encontros e cursos presenciais, impossibilitando a mentoria de muitos cirurgiões e endoscopistas. Neste contexto, várias plataformas de telecomunicação foram desenvolvidas, o que possibilitou a difusão do conhecimento através de encontros virtuais (seminários, webinars, cursos, congressos virtuais etc.).

Entendendo o momento e buscando inovar, desenvolvemos um modelo de curso prático-teórico continuado para o cirurgião e o endoscopista que pretendem ingressar na

“ Certamente, será um curso diferente do habitual, onde o participante terá a oportunidade de ouvir e ver grandes expoentes mundiais desta área”

área da cirurgia bariátrica / metabólica e da endoscopia bariátrica, assim como também para aqueles que já tem experiência nesta área.

A programação contemplará aulas teóricas recheadas de vídeos que vão desde os temas mais básicos até as nuances mais perturbadoras desta especialidade.

Aliado a isto, proporcionaremos a demonstração prática do passo a passo de todas as técnicas cirúrgicas e endoscópicas bariátrico-metabólicas, das cirurgias revisionais, do tratamento das complicações e de todas as tecnologias envolvidas nos procedimentos.

Um modelo de telementoria será oferecido aos participantes. Certamente, será um curso diferente do habitual, onde o participante terá a oportunidade de ouvir e ver grandes expoentes mundiais desta área discutindo temas correlatos, partilhando sua experiência e demonstrando como realizam os procedimentos, passo a passo. A interação entre os preceptores e os participantes será única e abrirá janelas de comunicação e interação jamais vistas.

Entendendo que não se realiza procedimentos bariátricos e metabólicos sem a expertise de uma equipe multidisciplinar competente, parceira e alinhada ao cirurgião bariátrico. Também serão oferecidas durante a evolução do curso aulas que contemplarão temas endereçados a esta área, com discussões interessantíssimas, promovidas por especialistas no assunto.

Por tudo isto, convidamos você a participar e a contribuir com este modelo **inovador e gratuito** de treinamento continuado e mentoria que possibilitará a muitos cirurgiões iniciarem nesta especialidade, bem como, trará a oportunidade de crescimento profissional a muitos que já a praticam.

*Comissão Organizadora*

solidariedade

## Pandemia, exemplos e solidariedade



**JOÃO ALÉSSIO  
JULIANO PERFEITO**

**U**ma honra poder dividir um pouco dessa experiência de vida com os amigos da SOBRACIL.

As epidemias são sofridas, mas são grandes momentos de reflexão e de buscas no passado, para mantermos esperança no futuro. Lembrei do meu pai, um médico fisiologista/pneumologista, que trabalhou mais de 30 anos dentro de um hospital de tuberculose em São Paulo (Hospital do Mandaqui), em uma época que morria muita gente e as máscaras e demais equipamentos de proteção eram incipientes.

Nos meus quinze anos (década de 70) a epidemia de meningite se alastrava por São Paulo e lembro, como se fosse hoje, exatamente onde eu estava, quando soube que interromperíamos as nossas férias, pois meu pai teria que interromper as dele: foi convocado pelo governador para a luta contra a meningite meningocócica. Ninguém da família ficou triste ou teve medo do contágio, mas sentimos um enorme orgulho dele, como se ele estivesse indo para mais uma batalha na vida de médico.

Dentro das doenças infecciosas, em 1986 tive que ficar três meses em casa, logo que acabei a Residência Médica em Cirurgia Torácica: uma hepatite B por contaminação

em alguma operação, acompanhada de uma icterícia enorme, com bilirrubina de 22 e o TGO de 5.000, me fez pensar se valia a pena continuar na Medicina e correr os seus riscos. Uma semana após estar curado, as angústias foram embora e a Medicina me acompanha até hoje.

Falando sobre epidemias, lidei nos primeiros anos de formado com os pacientes com AIDS e nada foi mais cruel do que o que ocorreu naquela época. Além de estarem sofrendo profundamente com uma doença que conhecíamos pouco e matava muito, tinham que lidar com o preconceito enorme, mais que uma doença infecciosa, se tornou uma "doença social". Começamos a lutar contra o vírus do preconceito, em que o doente não podia dizer que estava doente e tinha que sofrer e até morrer na solidão das suas verdades e ainda com a censura social. Como se os seus hábitos e sua opção de vida fossem a causa da aflição de todos, e não o agressivo vírus, que atingia principalmente o sistema imune. Jamais esquecerei da aflição dos doentes, no início da epidemia, de serem aceitos nos hospitais e nos sistemas de saúde, principalmente para cirurgias. Digo aos jovens que possivelmente muitas epidemias virão, algumas mais letais, mas dificilmente teremos algo tão difícil de tratar como a angústia e o preconceito da AIDS/SIDA.



As doenças infecciosas continuaram me acompanhando como médico e como paciente. Bem no começo da epidemia de H1N1, estava bem ativo nos serviços do nosso hospital e fui um dos primeiros contaminados pela doença. Fiquei em casa isolado, os sete dias até que passaram rápido, assim como a tosse e a doença. O que mais me afligia é o mesmo que aflige os médicos de hoje nos tempos de COVID-19: a possibilidade de passar a doença para a família, a sensação de que a minha opção de vida pudesse prejudicar a outros me fazia sofrer.

Chegamos em 2020 e entramos em 2021, um Coronavírus nos angustia muito, novas lutas, novas batalhas, agora de uma maneira muito particular, os generais e soldados nessa luta são os jovens. Assim, no início da pandemia, me colocaram sabiamente para trás, confesso que sentia falta da linha de frente; mas fico com a sensação que além da bondade e compaixão com o mais velho, não queriam que eu ocupasse um dos leitos e um dos respiradores do hospital.

Dessa maneira, pude trabalhar em 2020 envolvido com a proteção dos profissionais da linha de frente, desde em Campanhas de Voluntariado junto aos alunos da Escola Paulista de Medicina, quanto com o desenvolvimento de materiais de proteção. Poucas coisas foram tão gratificantes na minha vida como lidar com essa solidariedade. Além das doações em dinheiro, individuais e corporativas, as doações de materiais chamaram muito a nossa atenção. Grandes grupos doaram milhares de litros de álcool gel, mas me sensibilizou muito uma senhora que, nos primeiros dias da campanha, doou o seu álcool gel aberto. Resumindo: ela quis doar o da sua própria casa, pois imaginava que no hospital tinha gente que precisava mais. Exemplos não faltaram!

Não passei por períodos de guerra, mas lidando com grupos de voluntários trabalhando em rede, imagino que tivemos uma mobilização de guerra. Trabalhei com grupos de impressão 3D no desenvolvimento de um protetor facial de reprodutibilidade e de impressão rápida, fantástico o que esses jovens fizeram; da ideia até o protetor ser usado na UTI do nosso hospital, foram apenas sete dias. Imaginou-se um projeto aberto com o software disponibilizado para todos. Assim, as redes de jovens que trabalham com impressão 3D distribuíram

milhares de protetores faciais, desse modelo bem simples, para hospitais de todo o Brasil. Na mesma linha, um pouco depois, a Ambev queria usar toda a sua força de produção e distribuição para proteger mais gente, trabalhamos em um novo projeto. E eu, que nunca tinha trabalhado com isso, acabei virando um expert no assunto de protetores faciais. Coisas de epidemias! Uma das experiências mais fantásticas foi poder, em curto período, lidar com engenheiros, designers industriais, especialistas em embalagem, médicos de comissões de infecção, gente de duas Universidades e chegar a um projeto simples, com apenas duas partes feitas de PET (o polímero plástico que se usa em embalagens de refrigerantes). Incontáveis protetores desse modelo foram doados e distribuídos para lugares próximos e distantes do país.

Falando um pouco mais de voluntariado, observamos que no Hospital São Paulo da nossa Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp), precisaríamos de muitos aventais e máscaras descartáveis para cuidar desses doentes com COVID-19. Seria muito difícil comprar na quantidade que precisávamos na fase inicial, pois vários vinham da China que tinha seus problemas de produção e distribuição. Nessa situação, voluntárias montaram uma rede de costureiras solidárias. Recebemos doações de tecido (TNT) e nesse material foram feitos cortes industriais, com um molde muito simples, e kits foram entregues nas casas das costureiras voluntárias que estavam também

“ Jamais imaginei que essa juventude teria tanta força e capacidade de organização, no trabalho em rede e à distância.”

isoladas. Elas colocaram as mangas e os elásticos nos punhos dos aventais, utilizando as suas próprias máquinas de costura. Os diversos aventais, com as inúmeras cores do material doado, viraram um símbolo desta campanha.

Quando foram interrompidas as aulas da graduação, imaginamos que nessa hora os alunos poderiam mostrar a quem serve um verdadeiro médico, mas jamais imaginei que essa juventude teria tanta força e capacidade de organização, no trabalho em rede e à distância. Foi uma missão incrível: campanhas de arrecadação, ações em comunidades carentes, distribuição de máscaras, desenvolvimento de trabalhos científicos, publicação de experiências, desenvolvimento de material didático, ações culturais e, principalmente, dar carinho e atenção a quem estava sofrendo, tanto como paciente como também para quem sofria as angústias e o medo trabalhando no hospital. Quantos bolos, quantas refeições, quantas flores, quantos chocolates foram distribuídos. Observando durante meses o trabalho voluntário desses jovens alunos, aprendi que esse futuro médico não será apenas o que cura, mas o que também sabe cuidar; assim gostaria de deixar muito clara a enorme esperança no nosso futuro.

Todos sabem que o serviço duro, heróico e arriscado ainda está sendo feito pelos jovens médicos e profissionais da linha de frente, que certamente merecerão um capítulo de honra na história do Brasil. Colegas ficaram doentes e alguns perderam suas vidas nessa luta; mas pude viver para ver a sociedade brasileira reverenciando os profissionais de saúde, principalmente os de serviços públicos, e tentando demonstrar, de todas as formas possíveis, a sua solidariedade.

O caminho até o final dessa luta, contra esse inimigo microscópico, ainda será cumprido com muitos passos. O percurso trilhado até agora envolveu muito sofrimento, muito trabalho, muitas angústias, muitas dificuldades, mas também muitos exemplos de união, esperança e solidariedade. Também temos muito a agradecer!

João Aléssio Juliano Perfeito

*Professor Associado da Disciplina de Cirurgia Torácica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina*



**JOSÉ GUSTAVO  
PARREIRA**

## Trauma e cirurgia minimamente invasiva

**A**s causas externas de morbidade e mortalidade são descritas no capítulo XX do Código Internacional de Doenças (CID-10). Trata-se de uma endemia em nosso país, ceifando mais de 400 vidas diariamente, há muitos anos. Além de ser a maior causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, o trauma atinge muitos indivíduos jovens, sendo uma grande perda de anos produtivos de vida. As mortes são apenas a "ponta do iceberg"... Calcula-se que, para cada morte, haja pelo menos 4 sequelados, 18 internações e múltiplos eventos. Para os que sobrevivem, a reabilitação e a dependência econômica são problemáticas e podem trazer prejuízos familiares e sociais. Trata-se de um flagelo à nossa sociedade, que muitas vezes não tem a real valorização pela esfera política e governamental.

A troca de energia entre o corpo e o meio é responsável pelas lesões traumáticas. Com o aumento da energia envolvida, maior o número e a gravidade de lesões. A concomitância de lesões em diversos segmentos corpóreos é característica dos casos mais graves, trazendo a necessidade de atuação multidisciplinar para a adequada avaliação e tratamento. A visão ampla do doente, não apenas no aspecto da lesão anatômica, mas também na profundidade das

alterações de resposta inflamatória aguda e coagulação, é essencial.

O conceito moderno da Doença Trauma não se restringe apenas a este fluxo complexo durante a internação hospitalar, mas envolve a reabilitação e atenção à qualidade de vida após alta, como também prevenção de futuros eventos similares. Cada vez mais, o papel de coordenação por um cirurgião devidamente treinado nesta visão ampla se torna evidente e necessário. Atualmente, a Cirurgia do Trauma é reconhecida como Área de Atuação da Cirurgia Geral pela AMB, com certificação pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Neste contexto, a cirurgia minimamente invasiva (CMI) faz parte das habilidades a serem desenvolvidas no treinamento deste profissional, tanto no âmbito diagnóstico, como terapêutico, de lesões torácicas,

## cirurgia do trauma

abdominais e pélvicas. A CMI tem ainda outras aplicações no tratamento de lesões traumáticas, mas sob responsabilidade de outras especialidades.

Gazzaniga et al., já em 1976, relataram o uso da laparoscopia para a avaliação de lesões traumáticas. Contudo, foi com o desenvolvimento da videolaparoscopia que o método ganhou maior destaque. Em 1993, Fabian et al., publicaram os resultados de uma série prospectiva com 186 casos, ressaltando a utilidade do método no diagnóstico de lesões por ferimentos penetrantes. Neste mesmo ano, Ivatury et al. alertaram para a possibilidade de lesões despercebidas após a videolaparoscopia diagnóstica, o que é ainda um problema atualmente. O papel terapêutico da videolaparoscopia foi citado por Smith et al., em 1995, quando 6 de 133 pacientes submetidos ao método, tiveram suas lesões abdominais tratadas sem a necessidade de conversão para laparotomia. A contribuição de cirurgiões brasileiros no desenvolvimento da técnica foi importante. Em São Paulo, as equipes lideradas pelo Dr. Samir Rasslan, então na Santa Casa de São Paulo, bem como pelo Dr. Dário Birolini, no HCFMUSP, nos ofereceram publicações significativas sobre o assunto.

Vivemos um momento em que há poucos limites técnicos para a cirurgia minimamente invasiva realizada de maneira eletiva. Contudo, esta evolução não teve a mesma velocidade nos casos do tratamento das lesões traumáticas. As indicações são muito semelhantes às observadas há

uma década (Quadro 1). Há algumas razões em nosso meio pelas quais este fato pode ser compreendido, enumerados no Quadro 2. Pessoalmente, acredito que um grande problema é a exclusão de lesões em uma cavidade peritoneal "escura" pela presença de sangue, especialmente quando o tempo é uma prioridade e o material não tem qualidade. Notem que não se trata de identificar e tratar uma lesão, mas TODAS. Lesões despercebidas aumentam a morbidade e a mortalidade significativamente. O'Malley et al., em 2013, publicaram uma metanálise envolvendo 2569 vítimas de ferimentos penetrantes submetidos a videolaparoscopia, somados de 51 estudos. Segundo os autores, a laparotomia foi evitada em 58% dos casos, mas às custas de 83 (3%) lesões despercebidas. Há protocolos bem estabelecidos, como o proposto por Kawahara et al. (2009), que precisam ser respeitados para que a acurácia da videolaparoscopia diagnóstica seja próxima à da laparotomia.

A respeito da videocirurgia terapêutica parece clara sua maior dependência de equipamento e treinamento. Com o investimento na educação dos cirurgiões, bem como na disponibilização de materiais adequados nos serviços de emergência, há grande possibilidade do desenvolvimento da videocirurgia em trauma no nosso meio. Cabe aqui novamente ressaltar que o traumatizado tem características específicas que o diferenciam do doente eletivo. O treinamento do cirurgião no atendimento ao traumatizado como um todo deve ser a base da qual a diferenciação técnica para realizar o procedimento cirúrgico se desenvolve. Certamente este é o caminho mais seguro.

*José Gustavo Parreira*

*- Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo com área de atuação em Cirurgia de Emergências e Trauma*

*- Mestre e Doutor em cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*

*- Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo*

**QUADRO 1 – INDICAÇÕES MAIS FREQUENTEMENTE ACEITAS  
DE VIDEOLAPAROSCOPIA E VIDEOTORACOSCOPIA EM VÍTIMAS DE TRAUMA\***

VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA	VIDEOLAPAROSCOPIA TERAPÊUTICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dúvida diagnóstica, mesmo após métodos de imagem</li> <li>• Avaliação de vítimas de trauma fechado com líquido livre intraperitoneal, mas sem lesões de fígado ou baço.</li> <li>• Avaliação de vítimas de trauma fechado com suspeita ou lesão diagnosticada de mesentério</li> <li>• Avaliação da penetração em cavidade peritoneal em vítimas de ferimentos penetrantes de parede anterior e lateral, bem como em vítimas de ferimentos por projéteis de arma de fogo tangenciais.</li> <li>• Ferimentos de transição toracoabdominal, para identificar lesões diafragmáticas, principalmente a esquerda</li> <li>• Avaliação de vítimas de trauma fechado que estão em tratamento não operatório de lesões em vísceras parenquimatosas, mas com evolução suspeita (descartar lesão despercebida)</li> <li>• Videolaparoscopia diagnóstica, em substituição a laparotomia, em casos selecionados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sutura de lesões diafragmáticas</li> <li>• Lavagem e drenagem da cavidade em vítimas de trauma fechado que desenvolvem coleperitônio no decorrer do tratamento não operatório de lesões hepáticas por trauma fechado</li> <li>• Sutura de lesões de bexiga intraperitoneal em casos selecionados</li> <li>• Tratamento de lesões de trato gastrointestinal</li> <li>• Esplenectomia, em situações específicas em que o TNO tem limitações</li> <li>• Colecistectomia, nos casos de lesões traumáticas da vesícula biliar</li> <li>• Realização de ostomias em vítimas de lesões pélvicas complexas, com lesões retais extra peritoneais.</li> </ul>
VIDEOTORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA	VIDEOTORACOSCOPIA TERAPÊUTICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de pacientes com ferimentos de transição toracoabdominal, para identificar lesões diafragmáticas, em pacientes que tiveram drenagem torácica</li> <li>• Avaliação de pacientes com suspeita de ferimento cardíaco (janela pericárdica por toracoscopia), especialmente nos pacientes já submetidos a drenagem torácica</li> <li>• Avaliação do hemotórax progressivo, em pacientes estáveis hemodinamicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuação de hemotórax retido/coagulado</li> <li>• Controle de sangramento nos pacientes com hemotórax progressivo, estáveis hemodinamicamente (p.ex. clipagem de a. intercostal)</li> <li>• Retirada de objetos encravados sob visão direta</li> <li>• Tratamento de complicações pleurais infecciosas</li> <li>• Ressecções pulmonares não regradas</li> </ul>

\* Vale ressaltar que muitas destas indicações são "seletivas", ou seja, não são aplicáveis para todos os pacientes com as lesões descritas.

**QUADRO 2 – CONDIÇÕES QUE RESTRINGEM AS INDICAÇÕES E O USO DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM TRAUMA**

- Desenvolvimento dos métodos de imagem, principalmente a tomografia computadorizada com alta acurácia na avaliação de lesões traumáticas
- Necessidade de estabilidade hemodinâmica e respiratória
- Ausência de trauma cranioencefálico significativo, pelo aumento da pressão intracraniana associada a pneumoperitônio
- Bons resultados do tratamento não operatório da maioria das lesões traumáticas por trauma fechado
- Desenvolvimento de protocolos de observação clínica em vítimas de ferimentos penetrantes abdominais
- Limitação e qualidade de equipamentos e materiais descartáveis em hospitais públicos, responsáveis pelo atendimento de grande número de traumatizados.
- Treinamento insuficiente da equipe cirúrgica para avaliação e tratamento adequados
- Tempo necessário para a videolaparoscopia diagnóstica, que em equipes não treinadas é muito superior ao da laparotomia.
- Chance de lesões despercebidas, especialmente se protocolos de avaliação não forem seguidos.



**DIEGO PAIM  
CARVALHO GARCIA**

## Desafio da escolha na era da robótica

Vivemos num mundo em que a enxurrada de informações, principalmente no campo da cirurgia minimamente invasiva, traz ansiedade, angústia e insegurança, não apenas para alunos, mas para 'especializandos', staffs e médicos experientes.

De acordo com o dicionário escolher é manifestar preferência por algo ou alguém, ou fazer opção entre duas ou mais coisas ou pessoas. O tempo todo temos que fazer escolhas, seja individual ou coletivamente.

Escolher significa abdicar de todas as outras opções, e ter opções é excelente. Fazer escolhas faz parte de ser adulto. Quando somos crianças nossos pais escolhem por nós e temos certeza que eles sabem tudo! Na adolescência nossos pais ainda escolhem por nós, mas temos certeza que eles sabem nada! Quando nos tornamos adultos, temos que tomar nossas próprias decisões e ficamos com medo, diante das incertezas e de ter que abrir mão de outras possibilidades.

Por isso no momento de fazer suas escolhas pense nas pessoas que: torceram, acreditaram e abriram caminho para você, como professores, staffs e mentores,

e naquelas que estão contando com você para abrir caminho para elas. Nunca deixe que a insegurança dite o curso da sua vida. Segure firme nas possibilidades e se projete para além do medo.

A definição de sucesso muda! O importante na vida é vivê-la com integridade e não se entregar à pressão; não tentar ser algo que você não é. Viva sua vida como uma pessoa honesta e caridosa, contribuindo também para a caminhada dos outros.

A CEO do facebook Sheryl Sandberg compartilhou com a turma de 2012 do MBA de Harvard, algumas das lições que aprendeu durante a própria trajetória profissional. E acredito que elas tem a ver com escolhas.

**Lição 1:** " Se te oferecerem um lugar em um foguete, não pergunte onde o assento fica. Assim, agarre cada oportunidade."

**Lição 2:** " A metáfora de que o crescimento na carreira é como subir uma escada, não combina mais com o mundo atual, cada vez menos hierárquico. Todos sobem juntos. Trabalhe em equipe."



“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charles Chaplin

**Lição 3:** "Procure por oportunidades, procure por crescimento, procure por impacto, procure por missão. Construa suas habilidades, não seu currículo. Avalie o que você pode fazer, não o cargo que darão a você. Faça trabalho de verdade."

Cumpra suas obrigações sem perder a alegria de viver e somente assim conhecerá a verdadeira sabedoria.

Na hora de fazer escolhas um dos maiores presentes que você pode dar a si mesmo, neste momento único, solitário e monumental de sua vida, é decidir, sem desculpas, com sabedoria e, principalmente, se comprometendo com a jornada e não com o resultado.

Charles Chaplin perdeu os pais na infância, foi para um orfanato e depois foi transferido para uma escola de crianças pobres e, mesmo assim, se tornou o mais famoso artista cinematográfico da era do cinema mudo, e uma de suas frases resume como dar significado à nossa vida e assim podermos basear nossas decisões: "Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante".

Segundo Rita Pearson, "ensinar e aprender devem trazer alegria, e afirmo que mais aprendi do que ensinei. A função do professor ou staff é estimular a curiosidade, a criatividade e o questionamento do aluno ou especializando, para que ele aprenda a buscar o conhecimento, liberar a imaginação e utilizar o raciocínio, seus melhores instrumentos de trabalho."

Meu professor do MBA sempre dizia que se algum aluno fosse mal em suas provas ou avaliações, a culpa seria dele por não ter conseguido inspirar suficientemente o aluno.

Concordo com ele e por isso sempre acreditarei mais no processo de aprendizagem do que em meras avaliações. É preciso aprender com o passado, viver o presente e construir o futuro.

De acordo com Michael Dell, "a faculdade ou especialização médica

é algo que você completa, a vida é algo que você experimenta".

Assim, como formadores de opinião, é nossa função ensinar os novos cirurgiões, não apenas como realizar uma cirurgia, mas também a liderar. A forma que mais acredito de liderança é pelo exemplo.

Devemos orientar e inspirar nossos alunos ou 'especializando' no início de uma nova etapa, uma vez que as dúvidas, desconfianças, inseguranças, medo e angústia, diante de um futuro incerto são ruídos na hora de decidir. E deixo algumas reflexões que aprendi durante minha caminhada:

- **Faça o que você ama com suor, determinação e trabalho duro;**
- **Esteja preparado para errar, porque isso é o que nos faz crescer;**
- **Siga sua curiosidade e intuição;**
- **Saiba que não está sozinho, peça ajuda!;**
- **Seja fiel a seus valores – respeito, honestidade, humildade, empatia, solidariedade e ética.**

Diego Paim Carvalho Garcia

MBA, PhD, FACS

Prof. Adjunto e Coordenador do Departamento de Cirurgia FCMMG

Mestrado e Doutorado em Medicina



Apgar era determinada e, aos 28 anos de idade, se tornou a primeira professora de anestesia e chefe de serviço do Columbia Presbyterian Hospital.

---

## Virginia Apgar, uma mulher fantástica

"**E**stá tudo bem com meu filho?". Essa pergunta foi que Virginia Apgar (1909-1974) buscou responder à todas as mães. É também o título de seu livro publicado em 1972.

Apgar quando se formou em medicina, na renomada faculdade de Columbia, Nova York, em quarto lugar numa turma de 81 homens e 9 mulheres, com apenas 24 anos de idade, já tinha o diploma de Zoologia. Enfrentou dificuldades financeiras, chegando a ser caçadora de gatos.

Queria ser cirurgiã, mas foi "convidada" a optar pela anestesia. Na época, apenas 4% dos médicos americanos eram mulheres e 11% delas administravam anestesia, não considerada por alguns uma especialidade médica. Mas Apgar era determinada e, aos 28 anos de idade, se tornou a primeira professora de anestesia e chefe de serviço do Columbia Presbyterian Hospital.

Na época não se tinha uma forma uniforme de descrever os problemas que ocorriam com os recém-nascidos, o que levou Apgar a estudar o desfecho de milhares partos, naturais ou cesariana. Classificou as condições clínicas dessas crianças pela Atividade (movimentação dos membros), Pulsação (coração forte), Gesticulação (reflexos ao estímulo), Aparência (rosada) e Respiração (choro) com uma pontuação de 0, 1 ou 2. Os bebês cuja soma dessas cinco condições era abaixo de 3 tinham problemas graves, e os com escore abaixo de 7 requeriam cuidados especiais.

Sua proposta pioneira foi publicada em 1953, sendo adotada em todo o mundo, contribuindo para criar rotinas de atendimento aos pequeninos. Virginia adorou o acrônimo "APGAR" (Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration) sugerido em 1961 por um aluno e que foi traduzido em diversas línguas. Muitos acabaram se



**ALFREDO GUARISCHI**

esquecendo que Apgar é o sobrenome de Virginia, uma mulher que tocava violino e construiu seu próprio instrumento. Participou de três pequenas orquestras, incluindo a "Sociedade Acústica Catgut" – em homenagem ao fio usado em cirurgia. Cuidava de um orquidário, gostava de beisebol, pescar, colecionar selos e ter aulas de pilotagem. Fez mestrado em saúde pública e posteriormente foi professora de pediatria e genética. Apgar não cozinhava bem e dizia que não se casou porque não encontrara um homem que soubesse cozinhar melhor que ela.

A partir da década de 1980, vários estudos afirmaram que seu escore era falho em prever o futuro completo das crianças e que deveria ser substituído por testes mais sofisticados e custosos. A vida seguiu e recentes análises de milhões de recém-nascidos, comparando a proposta de Apgar com testes invasivos, confirmam a validade de seu método simples de avaliar o risco imediato de recém-nascidos idealizado há 65 anos por essa mulher fantástica.



## PATROCINADOR DIAMANTE

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

## SOCIEDADES PARCEIRAS



# SOBRAnews

## DIRETORIA EXECUTIVA 2021-2022

Presidente	Sérgio Roll
1º Vice-Presidente Nacional	Elias Couto
2º Vice-Presidente Nacional	Carlos Domene
Secretário Geral	Antonio Bertelli
Secretário Adjunto	Alexandre Resende
Tesoureiro Geral	Antonio Bispo
Tesoureiro Adjunto	Hamilton Belo França
Vice-Presidente Norte	Thiago Patta
Vice-Presidente Nordeste	Roclides Castro
Vice-Presidente Centro Oeste	Ronaldo Cuenca
Vice-Presidente Sudeste	Dyego Benevenuto
Vice-Presidente Sul	Leandro Totti Cavazolla

## CONSELHO FISCAL TITULAR

Guilherme Jaccoud  
Leolino Tavares  
Paulo Jiquiriçá

## CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva  
Paula Volpe  
José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável	Elizabeth Camarão
Fotografias	Arquivos SOBRACIL
Design Gráfico	JMD Comunicação

**[sobracil@sobracil.org.br](mailto:sobracil@sobracil.org.br)**

Av. das Américas, 4801/ 308 | Barra da Tijuca  
22631-004 | Rio de Janeiro | RJ  
Tel.: 21 2430.1608 | Fel/ Fax: 21 3325.7724