



SOBRAnews

Tecnologias
cada vez mais
presentes

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 72

2022

Mesmo atrás de máscaras é importante lembrar de sorrir.

A pandemia de Covid-19 levou ao uso generalizado de máscaras faciais em todo o mundo. Enquanto elas ajudam na prevenção do contágio, limitam a percepção das emoções, afetando a comunicação entre as pessoas. **Mas qual a real importância disso?**

Antes uma raridade fora da área da saúde, hoje faz parte do cotidiano de todos, levando a dois efeitos inesperados e muitas vezes problemáticos. Primeiro, tornando a boca invisível, as máscaras faciais dificultam a percepção de muitas informações sociais que são importantes nas interações cotidianas, como por exemplo o estado emocional daquele que a usa. Assim, a máscara facial dificulta as primeiras impressões de confiabilidade, impedindo a visualização da mímica facial, que sempre está sincronizada com o gesticular e o movimento corporal. A perda destas informações é ainda mais dramática em pessoas com deficiência auditiva, uma vez que as máscaras faciais prejudicam a leitura labial e a linguagem de sinais, que muitas vezes depende dos movimentos da boca e face.

Em segundo lugar, mas igualmente importante, é que além do reconhecimento de emoções e confiabilidade, as máscaras faciais podem comprometer a identificação de um rosto conhecido e a pessoa torna-se mais um mascarado, uma incógnita.

Alguns estudos experimentais investigaram a quantidade e o tipo de informações transmitidas pelas expressões faciais, revelando que a boca é fundamental no reconhecimento das emoções, especialmente a felicidade. Da mesma forma, os rostos são identificados como mais con-



SERGIO ROLL
Presidente

fiáveis, quando o contraste das regiões da boca e dos olhos é aumentada por meio de manipulações experimentais.

Recentemente, um estudo comparando indivíduos usando máscaras padrão a outros com máscaras transparentes, curiosamente demonstrou que máscaras transparentes exercem um mínimo efeito ou quase nenhum no reconhecimento de emoções e na atribuição de confiança.

As máscaras podem complicar a interação social, pois dificultam a leitura das expressões faciais, mas isso não deve ser o motivo de desculpa para não as usar nesta época de pandemia.

Não devemos esquecer que possuímos uma variedade de meios para interpretar o estado de espírito de outras pessoas. As expressões faciais não são nossa única fonte de informação; também podemos recorrer à postura e à linguagem corporal, além da voz para inferir o estado emocional do outro.

Não vejo a máscara como um dificultador, mas sim como uma oportunidade de aperfeiçoar a nossa sensibilidade na percepção do outro.

Sérgio Roll

“O show deve continuar
Eu irei enfrentar tudo com um sorriso
Eu nunca irei desistir
Avante - com o show”

Freddie Mercury

Evolução da cirurgia bariátrica no Brasil. Passado, presente e futuro



ALEXANDRE ELIAS

Temos observado um crescimento exponencial na incidência da obesidade no mundo, comprometendo inclusive crianças e a população jovem adulta, se tornando uma Pandemia global, acarretando danos significativos na saúde física e mental das pessoas e nos sistemas de saúde público e privado. Neste contexto, a necessidade de controlar a progressão da doença obesidade, a cirurgia bariátrica têm sido motivo de frequentes debates e se tornou o tratamento padrão ouro para obesidade grave e melhor controle de suas morbidades nos últimos anos. No mundo, desde a década de 50, vem se tentando buscar a opção terapêutica mais adequada, que possa oferecer um melhor desfecho clínico do ponto de vista cardiovascular e metabólico, através de diferentes técnicas cirúrgicas e mecanismos fisiopatológicos impactando diretamente no sistema entero-hormonal e metabólico, que possam oferecer mais eficácia com menor morbidade e mortalidade.

Se olharmos um pouco para trás, a cirurgia bariátrica no Brasil tem uma história muito rica e que todos deveríamos conhecer. Precisamos sempre lembrar dos líderes que nos trouxeram até aqui e que a desbravaram no início de tudo, que tiveram a coragem e resiliência de prevalecer e acreditar nos resultados e nos benefícios que a cirurgia bariátrica pode proporcionar aos nossos pacientes. Não podemos deixar de celebrar e de termos até o privi-

légio de conviver com cirurgiões que ainda estão entre nós, como os Professores Dr. Arthur B. Garrido Jr. e Dr. João Batista Marchesini, mas também celebrar os que já partiram, mas que se fazem presentes em nossas vidas a todo momento, nossos sinceros votos de respeito e reconhecimento aos Professores Dr. Fernando Luiz Barroso e Dr. Edmundo Machado Ferraz que juntos, representam um grande marco na história da cirurgia bariátrica no Brasil. Muitos de nós hoje cirurgiões bariátricos e clínicos, podemos lembrar de uma situação atual bastante diferente do passado, onde nossas reuniões anuais eram muito pequenas, com apenas algumas dezenas de participantes, e nem éramos considerados uma especialidade ou mesmo uma área de atuação, chegando a sermos criticado por nos basearmos apenas em experiências pessoais e pouca ciência, chegando a desprezar nosso trabalho. Aos

poucos, ao longo dos anos, a cirurgia bariátrica mudou paradigmas e conceitos. Seguindo as tendências internacionais, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) foi criando corpo e adesão de muitos cirurgiões e de outras especialidades médicas, como psicólogos, endocrinologistas e nutricionistas, tendo representatividade internacional, sendo considerada hoje a segunda maior delegação no mundo em congressos internacionais e renomado respeito por publicações e pesquisa científica das principais revistas indexadas, chegando a mais de 2000 sócios.

Este reconhecimento e trabalho societário continua ocorrendo com seriedade e profissionalismo, comandado pelos presidentes eleitos em seus últimos biênios, seguindo exemplo e determinação dos nossos primórdios líderes até os dias de hoje, com maestria, respeito e perseverança, buscando sempre caminhar cada vez mais próximo junto de nossos sócios em prol de nossos pacientes, descentralizando e unificando conceitos em todo este nosso Brasil continental de diferentes realidades, trazendo oportunidade de voz a todas as regiões e capítulos regionais distribuídos de norte a Sul, buscando aperfeiçoamento contínuo de nossos procedimentos e conhecimento com evidências científicas, tornando-os mais eficazes, seguros e menos invasivos.

A SBCBM em 2021 completou 23 anos desde sua fundação e sabemos que temos uma enorme responsabilidade e grandes desafios pela frente, no que se refere a questões ainda não resolvidas ou desconhecidas no tratamento para obesidade grave

e cuidados com nossos pacientes. Sabemos da eficácia dos procedimentos os quais demostramos que eram muito mais do que apenas redução de peso, mas também grandes benefícios metabólicos e hormonais com satisfatório desfecho cardiovascular. Mas sabemos também, da responsabilidade que temos em preservar e continuar cuidando, dando suporte aos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de forma contínua e sustentável. Porém, devemos continuar a ter a mente aberta e se espelhar em nossas experiências do passado de mais de 30 anos, lembrando sempre de onde viemos e de como chegamos até aqui, para que juntos nosso principal objetivo seja o bem-estar físico e mental de nossos pacientes.

Paralelamente, nestes últimos 30 anos, vimos acontecer uma revolução na área da cirurgia, onde por décadas a cirurgia aberta convencional foi a via de acesso preferencial, até que surgiu a possibilidade de se realizar cirurgias sem a necessidade de abrir o abdome, revolucionando e estabelecendo mudança de paradigmas



“ a cirurgia bariátrica no Brasil tem uma história muito rica e que todos deveríamos conhecer”

e conceitos antes inimagináveis, com a chegada da cirurgia minimamente invasiva a “videolaparoscopia”.

Esta mudança impactou fortemente na evolução e nos resultados da cirurgia, trazendo menor trauma cirúrgico e menos alterações metabólicas, refletindo no rápido restabelecimento dos pacientes no pós-operatório e na diminuição dos riscos e complicações pós-operatórias. Até os dias de hoje, a videolaparoscopia é considerada o padrão ouro, se consolidando como via de acesso preferencial para o tratamento da obesidade e da grande maioria das áreas cirúrgicas em especial a do aparelho digestivo. Como não era de se esperar, de acordo com a grande adesão e desenvolvimento técnico, surgiu a Sociedade de Videocirurgia, hoje Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica (SOBRACIL), liderada por ilustres professores coordenando e orientando as atividades de todos os profissionais atuantes nesta especialidade, hoje conduzida pelo nosso querido amigo Professor Dr. Sérgio Roll, que têm nosso total

respeito e apreço por toda sua dedicação, profissionalismo e carinho demonstrado ao longo de anos. Não poderia também deixar de ressaltar com imenso prazer, o surgimento e desenvolvimento da chegada da cirurgia robótica, já aplicada em nosso meio nos últimos dez anos, trazendo a oportunidade de agregar à cirurgia minimamente invasiva vídeolaparoscópica alguns benefícios e aprimorar limitações existentes, como filtros para tremor e maior estabilidade, visão tridimensional (3D) e pinças cirúrgicas capazes de reproduzir o movimento da mão e punho humano, trazendo mais liberdade de movimentos com articulação em 360 graus e possibilitando ao cirurgião aprimorar sua técnica cirúrgica com mais destreza e refinamento, sempre buscando superar seus resultados e trazendo benefícios para nossos pacientes.

Desta maneira, continuemos a progredir juntos, unindo forças e experiências compartilhadas rapidamente neste mundo digital em que hoje vivemos, no qual toda ação rapidamente gera uma reação, e que possamos ter a sabedoria de juntos agregarmos valores e conhecimento para seguirmos em frente e assim podermos chegar mais longe e realizar nossos sonhos e projetos.

Alexandre A. Elias

Diretor Médico do Instituto Garrido de São Paulo

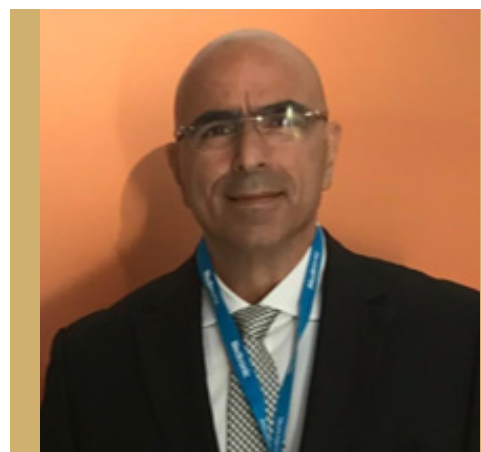
Doutorado pela Universidade Federal de Pernambuco

Coordenador Médico do Centro de Excelência em Cirurgia Bariátrica e

Metabólica do Hospital São Luiz Unidade Itaim - Rede D'or São Paulo.

“

o meu intuito aqui é estimular um maior número de estudos comparativos, mais apurados em todos os sentidos”



FÁBIO ARAÚJO

Um reconhecimento e uma colocação

É sempre maravilhoso poder participar de uma comunidade de profissionais da medicina tão seleta como é a da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica. A experiência dos nossos cirurgiões em procedimentos de alta complexidade é algo significativo e reconhecido em outras sociedades médicas nacionais e internacionais, haja vista a frequência com que cirurgiões titulares e associados são chamados a participar em diversos cursos e congressos.

A tempo, é fato que pela web-tool houve um perceptível impulso das nossas atividades, utilizando plataformas da internet, com consequente aumento de contribuições da nossa sociedade. Vale destacar que a gestão atual, com o presidente Sérgio Roll, assim como a anterior, com o presidente Carlos Domene, ambos contando com a preciosíssima participação do também ex-presidente Antonio Bispo, viabilizou e incentivou tal desempenho engajado ao ensino médico.

Não custa lembrar que a variedade de assuntos alcançou todas as áreas ligadas à cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia ginecológica e cirurgia urológica, com um desfile de grandes apresentações, magníficas estatísticas e maravilhosos resultados. Também foi possível perceber em alguns momentos a divergência de condutas em determinados quesitos, como sendo algo saudável ao entendimento e aprendizado da ciência, principalmente no que

tange à boa execução de uma técnica cirúrgica, não obstante a tática usada para tal.

Nesse particular, um questionamento que faço a mim mesmo frequentemente, em relação ao fechamento das brechas no bypass passo a compartilhá-lo com vocês: porque não observo os índices de hérnia interna em minha estatística dos casos que não fecho o Petersen ou a brecha mesentérica? E não importa se por laparoscopia ou robótica.

Em absoluto quero aqui desacreditar um consenso mundial em torno desse tempo cirúrgico. Também me antecipo em concordar que os 5 a 10 minutos em média, que se adicionam ao tempo de cirurgia, não alteraria em nada a minha atividade. Acontece, que não consegui estabelecer, no que diz respeito às complicações, diferença que me justifique "imperiosamente" a obrigatoriedade de fechar as brechas para evitar a formação de hérnias internas. Isso dito, após anos de acompanhamento desses pacientes.

Em várias ocasiões dessa minha atividade em cirurgia bariátrica, pude observar os 2 lados e obtive como resposta à essa pergunta uma estatística semelhante em torno da formação de hérnia interna, com algumas particularidades, como por exemplo o único caso de hérnia interna precoce (dentro dos primeiros 30 dias) que tivemos registro, foi em um paciente no qual a brecha foi fechada a contento (quero considerar que já tenho "quilometragem" suficiente para avaliar se a brecha esta bem fechada ou não), tendo ocorrido após o mesmo ter tido uma hiper peristalse causada pela sensibilização pós refeição láctea. Outra particularidade que pude levantar e pouco vejo ser divulgado, é a incidência de lesões vasculares, na maioria de pequena monta, mas que, por vezes, levam a grandes hematomas mesentéricos, chegando até a necessidade de ressecção segmentar do Jejuno, que tive oportunidade de acompanhar em uma ocasião em um caso de outro colega.

De maneira alguma posso me eximir de reportar a

incidência presente em minha estatística de problemas, como a dor referida em período pós-prandial em alguns casos, mas a maioria deles sazonais, sem haver, absolutamente, uma relação direta com a formação de hérnia interna à posteriori nesses pacientes.

Definitivamente, longe da pretensão de considerar a possibilidade de deter um follow-up perfeito dos nossos pacientes, mas dentro de uma estatística razoavelmente aceitável em uma clínica privada, tenho uma resultante que me deixa bastante confortável de ter praticado essa conduta, visto que me detenho em acompanhar outros serviços de cirurgia de obesidade, com incidência não diferente da minha, dos pacientes não corrigidos em seus defeitos, com uma diferença de não ter tido ao menos 1 caso de ressecção intestinal por isquemia/necrose jejunal. Também pude estar a par de 3 pacientes que fizeram bypass em nosso serviço, mas que tiveram suas reintervenções realizadas em outros hospitais por abdome agudo obstrutivo. Um fato interessante é que um dos 3 casos teve sua hérnia reduzida, o espaço de Petersen fechado e, após 1 ano, esse paciente formou outra hérnia por esse mesmo espaço submetido à síntese a contento (observadas as fotos da cirurgia).

Tenho o entendimento de que devam ser atentadas as recomendações da maioria em um consenso, mas não penso que seja razoável um posicionamento conceitual como definitivo. A unanimidade não é salutar.

De maneira alguma estou advogando que essa é maneira mais segura de concluir a cirurgia, mas o meu intuito aqui é estimular um maior número de estudos comparativos, mais apurados em todos os sentidos, para se obter mais informação, considerando que vários colegas com experiência considerável e condutas ilibadas tem o mesmo grau de observação que eu.

Agradeço aos editores o espaço para essa opinião e me coloco à disposição para futuros debates.

Fábio Araújo

Presidente da SOBRACIL- PA e Presidente da SBCBM- PA



MIGUEL NACÚL

Ensino em videocirurgia - uma atualização 18 anos depois

Em 2004 escrevi o editorial do segundo volume do ano da Revista Brasileira de Videocirurgia (*NÁCUL MP. Aspectos Atuais do Ensino da Videocirurgia no Brasil - Uma Análise Crítica. Rev Bras Videocir 2004; 2(1): 1-4*). A revista era naquele momento o órgão científico da então Sociedade Brasileira de Videocirurgia (SOBRACIL), hoje Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica. O tema escolhido foi o ensino da videocirurgia no Brasil, um dos temas de maior relevância para a SOBRACIL. Quase dezoito anos depois, analiso aqui o que escrevi.

Estimulado pela evolução técnica e tecnológica da videocirurgia, pressionado por hospitais que buscam profissionais que realizem procedimentos de ponta tecnológica, pelos convênios e seguradoras de saúde interessadas em diminuir os custos hospitalares, por empresas que querem os seus colaboradores de volta a atividade laboral com brevidade, pelos pacientes que também necessitam retornar o mais rapidamente possível para as suas atividades normais, preocupados com o fator estético e com um pós-operatório mais suave, eis o cirurgião frente a uma verdadeira encruzilhada profissional.

Como fazer uma formação que habilite a realização de videocirurgias com segurança? Como conciliar a continuidade da vida profissional com uma formação sólida no método? São perguntas que fiz 16 anos atrás e que continuam muito relevantes.

Questões que envolvem o ensino da videocirurgia permanecem em debate no Brasil. A videocirurgia alcançou uma projeção tão importante no contexto da maior parte das especialidades cirúrgicas, que o domínio do método se tornou fundamental para o cirurgião, inclusive para procedimentos de maior complexidade. Além do mais, a videocirurgia é o ambiente em que a cirurgia robótica se desenvolve como "nova" ferramenta tecnológica a ser utilizada pelos cirurgiões no seu dia a dia. Ao longo dessas quase duas décadas, minha opinião em relação à formação em videocirurgia continua a mesma! O treinamento deve ser feito por etapas, de forma gradativa e progressiva na complexidade dos procedimentos, sob supervisão e preceptoria de profissional habilitado, dentro de um serviço com volume cirúrgico significativo no método e com tempo de treinamento suficiente. Porém, o que mudou é a percepção clara que antes dessa etapa dita clínica, é



fundamental o desenvolvimento de habilidades psicomotoras com a utilização de simulação. Sem isso, o processo de aprendizado do cirurgião se torna não só menos efetivo, como eticamente discutível. A estruturação de currículos baseados em simulação cirúrgica modificou essa realidade.

Os cursos intensivos ainda perfazem a grande maioria dos projetos de ensino existentes no país, alguns com anos de atividade. Diminuíram, porém, em número, pois as residências médicas se tornaram os centros formadores usuais em videocirurgia no país. Cursos intensivos por si só não conseguem habilitar o cirurgião a iniciar com segurança a realização de videocirurgias. O foco é no desenvolvimento de habilidades psicomotoras e não em processos estruturais, organizacionais e de comunicação de equipe, absolutamente fundamentais para o sucesso de um procedimento cirúrgico específico e de um serviço como um todo. Os cursos intensivos são eficientes quando inseridos em um currículo formacional completo, que inclua também uma parte clínica tutorada por cirurgião mais experiente. Os cursos intensivos também são boas opções para o aprendizado de técnicas específicas e/ou avançadas para cirurgiões que possuem treinamento prévio. A inauguração do IRCAD Brazil em Barretos, São Paulo, em 2011, foi um marco no ensino e treinamento em videocirurgia no Brasil.

Utilizando um modelo pedagógico de simulação realística baseada em procedimentos cirúrgicos em animal vivo, com uma estrutura física espetacular aliada a um corpo docente de alto nível, o IRCAD estabeleceu o Brasil em um patamar superior no mundo da videoci-

rurgia. Outros centros de treinamento como o *Medical Institute da Johnson & Johnson* e o *CCI da Medtronic* em São Paulo, SP, além do IRCAD do Rio de Janeiro e o Instituto SIMUTEC em Porto Alegre, RS, têm contribuído para o treinamento dos cirurgiões, fornecendo com a utilização da simulação cirúrgica, a base necessária para o cirurgião iniciar os seus procedimentos nos pacientes com maior segurança.

Em relação a cursos extensivos, os projetos aumentaram em número, mas são ainda limitados no Brasil. Centrados no treinamento prático tutorial em campo cirúrgico associado à simulação cirúrgica, habilitam a iniciar com segurança a realização de procedimentos videocirúrgicos, acompanhando e orientando a estruturação e organização de um serviço e conferindo vivência cirúrgica. Centros educacionais como o Hospital Sírio Libanês e Albert Einstein (São Paulo, SP), Instituto Crispi (Juiz de Fora, MG), Universidade Positivo (Curitiba, PR), Faculdade de Ciências da Saúde do Hospital Moinhos de Vento (Porto Alegre, RS), UNICETREX (Brasília, DF), entre outros, desenvolvem cursos de extensão ou de pós-graduação em vários estados brasileiros com uma duração média de um ano.

De 2004 para hoje, as residências médicas em cirurgia incorporam o treinamento em videocirurgia em seus programas. Infelizmente, na grande maioria das vezes, o modelo de treinamento nas residências em cirurgia persiste sendo o "halstediano", descrito pelo cirurgião americano William Stewart Halsted no século passado (*see one, do one, teach one*). Este modelo aplicado ao ensino da videocirurgia vem se mostrando inapropriado e limitado, sobretudo nas fases iniciais

de treinamento. Além disso, programas de residência onde cirurgiões em treinamento desenvolvem habilidades e experiência operando pacientes, mesmo sob tutoramento ativo, geram preocupações éticas ligadas à segurança do paciente, constituindo uma verdadeira experimentação em ser humano.

Uma importante inovação no treinamento em videocirurgia foi a introdução da realidade virtual como plataforma de treinamento, abrangendo não só exercícios lúdicos como também procedimentos videocirúrgicos virtuais (colecistectomias, apendicectomias, cirurgia bariátrica, procedimentos ginecológicos, entre outros). A realidade virtual não substitui as demais técnicas de simulação para videocirurgia. No entanto, possibilita uma ampla gama de treinamentos adaptáveis às necessidades e possibilidades do aluno, de forma personalizada, acoplando avaliação objetiva do desempenho ao treinamento. A simulação em realidade virtual e todo o potencial educacional acoplado a esta tecnologia de educação se expressa como uma revolução no treinamento em videocirurgia. A evolução continuada dos simuladores (hardwares) e dos programas de simulação (softwares) traz um universo de possibilidades adicionais para o ensino das técnicas videocirúrgicas e, a seguir e com importância vital, para a cirurgia robótica.

A questão central em 2004 era determinar um eficiente e abrangente processo evolutivo da videocirurgia no nosso meio, com o objetivo final de disseminar o conhecimento sobre o método, mantendo o melhor padrão de qualidade cirúrgica, possibilitando uma atividade profissional estruturada, atualizada e segura. Acredito

que melhoramos muito nisto! Ainda necessitamos de mais centros de treinamento, melhor aparelhados tanto do ponto de vista humano como tecnológico, de caráter permanente, com projetos de ensino de duração mais prolongada, maior ênfase em orientação organizacional e apoio tutorial. O desenvolvimento de "escolas formadoras de videocirurgiões" deve continuar a ser incentivado já mirando a formação em cirurgia robótica. Além do desenvolvimento psicomotor, a simulação cirúrgica deve incorporar ferramentas e métodos para o treinamento de habilidades afetivas e cognitivas.

Neste sentido, nenhum médico residente em cirurgia geral deveria iniciar sua prática cirúrgica em pacientes sem essas valências desenvolvidas com o uso da simulação.

A evolução da videocirurgia continua diretamente relacionada a um investimento vigoroso em ensino, treinamento e qualificação, o qual deve iniciar já na graduação médica. Em mais 20 anos, é provável que o foco do treinamento seja a cirurgia robótica. Novas ferramentas educacionais estarão disponíveis. Entre a assistência e o treinamento, é provável que o desenvolvimento de programas que possibilitem a integração da *big data*, inteligência artificial e aprendizado das máquinas, provavelmente configurarão um ponto de inflexão, uma quebra de paradigmas (mais um) na história da cirurgia.

Miguel P. Nácul
Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo
Membro Titular da SOBRACIL
Coordenador do Curso de Pós-graduação em
Cirurgia Minimamente Invasiva da Faculdade de
Ciências da Saúde do Hospital Moinhos de Vento



DYEGO BENEVENUTO



DIEGO LIMA

“Existem duas modalidades de residência de cirurgia nos EUA. O programa preliminary e o categorical.

O caminho para a prática cirúrgica nos Estados Unidos

Nos últimos anos, devido à piora da conjuntura política e econômica do Brasil, muitos estudantes e médicos passaram a considerar a possibilidade de emigrar para outro país. Dentre os países escolhidos, sem dúvidas, os Estados Unidos foi o mais procurado. Há diferentes caminhos pelos quais os profissionais podem começar sua trajetória nos Estados Unidos, mas o mais importante é saber que, independente do caminho, se você deseja exercer a medicina, você precisa passar nas provas do **USMLE** (*United States Medical Licensing Examination*).

Mas o que são os steps do USMLE?

Os **steps** são as provas que os estudantes e profissionais precisam fazer para ter a licença médica nos Estados Unidos. O **step 1** é uma prova de conhecimentos básicos (farmacologia, microbiologia, patologia, bioquímica). O **step 2**, CK (clinical knowledge) abrange conhecimentos de diagnóstico e tratamento, com perguntas que cobram mais o raciocínio clínico e condutas médicas. O **step 3** cobra conteúdos dos dois steps anteriores, mas tem um enfoque maior na prática médica diária. Para aplicar para a residência, a pessoa precisa fazer os **steps 1 e 2** CK, além da prova de inglês, atualmente o OET (Occupational English Test) devido ao cancelamento da prova prática, o **step 2** CS (Clinical Skills). Com a aprovação, estágios e cartas de recomendação, você pode aplicar para o MATCH, que é o processo para entrada na residência médica.

Research fellow / trainee / associate

Este é geralmente o caminho pelo qual todos começam. Grandes instituições americanas oferecem o visto J-1 **research**, para estudantes ou profissionais formados trabalharem com pesquisa por um período de 1 a 2 anos. Durante esse período o profissional trabalha com pesquisa clínica ou pesquisa básica, enquanto ou se prepara para os steps e aplica para um programa de residência nos Estados

validação nos EUA

Unidos ou decide retornar ao seu país. Muitas instituições estão acostumadas a estes alunos e inclusive patrocinam o seu visto, mas é incomum que a pessoa tenha salário no seu primeiro ano como **research fellow**.

Residência de cirurgia geral

Fazer a residência de cirurgia geral é atualmente a única forma de ser certificado pelo *American College of Surgeons (board certified)*. Diferente do Brasil, a residência é de 5 anos, com a possibilidade de se fazer um fellow posteriormente em uma área de interesse (*minimally invasive surgery, surgical oncology, pediatric surgery, Trauma, critical care* e outros). Os programas de residência oferecem dois tipos de visto. O J-1 é um visto para quem vai fazer um treinamento e é oferecido pela grande maioria dos programas. O H1-B é ofertado pela minoria dos programas e o residente precisa ter feito o *step 3*.

Muitos profissionais dão entrada no Green Card através do EB1 (profissionais fora da curva em sua profissão que preenchem uma série de pré-requisitos) ou EB2 (National Interest Waiver, usado muito por pesquisadores com alto número de publicações de impacto e citações. Ter o Green Card facilita bastante a entrada em um programa de residência médica.

Existem duas modalidades de residência de cirurgia nos Estados Unidos. O programa *preliminary* e o *categorical*.

General Surgery – Preliminary track

Trata-se de um contrato de apenas 1 ano, ou seja, você não tem garantida toda a residência de cirurgia geral e precisa aplicar novamente no ano seguinte para um programa *categorical* ou PGY-2 *prelim* (um ano extra de *preliminar*).

General Surgery – Categorical track

A maioria dos estrangeiros consegue a vaga

de 5 anos após fazer um ano do programa *preliminar*. A justificativa dada pela maioria dos programas é de que os estrangeiros não possuem USCE (*United States clinical experience*), além do fato de ser uma especialidade bastante competitiva.

O caminho para o estrangeiro, chamado de *International Medical Graduate (IMG)*, não é fácil. A grande maioria dos IMG começa sua trajetória pelo *preliminar year*. Durante este ano eles aplicam novamente para o MATCH na tentativa de entrar em um programa *categorical* PGY1 (*post-graduate year 1*) ou PGY 2.

Uma pessoa que tenha feito residência de cirurgia no Brasil pode requisitar avançar de ano, uma vez que já esteja em um programa *categorical*. Isso depende de suas notas no ABSITE (prova anual para avaliar os residentes nacionalmente), da avaliação subjetiva do diretor do programa e de preencher pré-requisitos do *American College of Surgeons*.

Exercer sem residência nos EUA é possível?

É possível, mas é improvável. Uma opção é fazer um *clinical fellow*.

Clinical fellow

O *clinical fellow* geralmente tem duração de um ano. Ele exige que a pessoa tenha feito todos os *steps* (inclusive o *step 3*). Existem oportunidades de *clinical fellow* em diversas especialidades, como a cirurgia colorretal, transplantes, terapia intensiva pós-operatória, cirurgia cardiovascular, dentre outros. A pessoa necessita ter feito residência em seu país de origem.

Exercer sem fellow é possível?

Nesta categoria se enquadram cirurgiões fora da curva, reconhecidos nacional e internacionalmente. Os médicos são contratados por uma instituição acadêmica e não podem exercer fora desta instituição, como em uma clínica particular, por exemplo. Eles também não podem ser *board certified*. A instituição arca com todas as questões legais. Ainda assim, o profissional necessita passar em todos os *steps* do USMLE. Cada estado americano tem suas regras e pode permitir ou não esta prática.

1. Credit for Foreign Graduate Medical Education – General Surgery | American Board of Surgery [Internet]. [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://www.absurgery.org/default.jsp?policycredforeign>
Diego L Lima, MD, MSc
Research Associate, Department of Surgery, Montefiore Medical Center, The Bronx, NYC, United States
Dyego Benevenuto
Vice-Presidente Sudeste SOBRACIL

A hérnia inguinal e Bassini

Na arte da medicina, os cirurgiões devem agir como músicos que tocam diversos instrumentos permanentemente afinados. Novatos presenciam cenas cujo real significado pode demorar a ser entendido. Passei por isso algumas vezes. Uma foi como auxiliar na correção de hérnia inguinal – aquelas que ocorrem na virilha –, realizada por um famoso professor de cirurgia. Ele havia convidado um outro catedrático, argentino, para assistir sua inovadora técnica. Ao final do procedimento o portenho, seu amigo de longa data, disse: “mas ... essa é a técnica de Bassini”.

Foi como se a orquestra tivesse desafinado, e o que veio em seguida foi um silêncio ensurdecedor. O quê havia sido tocado? Uma composição escrita em 1884 ou em 1974?

Edoardo Bassini (1844 – 1924) descreveu sua técnica em seis artigos publicados em italiano e em alemão. Com a enorme casuística de 262 cirurgias, demonstrou que ao suturar os tecidos enfraquecidos, respeitando rigorosamente a anatomia da região afetada, conseguia um excelente resultado. Com uma taxa de infecção menor que 5%, seu trabalho foi reconhecido na Europa como um grande feito.

William Halsted (1852–1922), famoso cirurgião norte-americano, publicou em 1893, a experiência em 82 pacientes da Universidade Johns Hopkins na “cura radical da hérnia inguinal em homens”, afirmando que “há mais de três anos eu descrevi uma nova operação”. Não deve ter lido, como meu professor, os artigos de Bassini. Halsted havia publicado “sua” técnica na mais importante revista de cirurgia da época.

Bassini formou-se em medicina em Pádua, com 22 anos. Na guerra prussiano-austriaca, optou lutar como soldado de infantaria. Ficou prisioneiro por longo período, após ter sido ferido por um golpe de baioneta na virilha, causando uma perfuração intestinal, que demorou 5 meses para fechar.

Após a guerra prosseguiu com sua formação médica, trabalhando com o fenomenal cirurgião Theodor Billroth, em Viena. Foi para Berlim aprender cirurgia plástica e criar instrumentos cirúrgicos, e posteriormente para Munique e Berlim. Em Londres aprendeu as técnicas



ALFREDO GUARISCHI

da cirurgia asséptica com Joseph Lister.

Em 1882 tornou-se chefe de cirurgia da Universidade de Pádua, nunca tendo comentado a conexão entre seu trabalho sobre a cirurgia das hérnias e a ferida de baioneta. Entretanto, a ferida e a inspiração mantêm-se próximas.

Essa história, como outras, ensina sobre o risco das soluções importadas ou “plug-and-play”, como alertou a psicóloga Ziva Kunda: “as pessoas valorizam as informações que julgam importante para justificar a conclusão desejada”; ou como a historiadora Margaret MacMillan aconselhou, ao usar a história, sempre tratá-la “com muito cuidado”.

As barreiras das línguas e do fluxo de informações tentam impor como “modelo” a medicina norte-americana, que é mais custosa e menos acessível, quando comparada a praticada em diversos países da Europa.

A todo momento somos surpreendidos por novos “arranjos” que modificam o “clássico”, por isso não devemos nos afastar das “partituras”, que ajudam a medicina ser uma arte.



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	Rocides Castro
Vice-Presidente Centro Oeste	Ronaldo Cuenca
Vice-Presidente Sudeste	Dyego Benevenuto
Vice-Presidente Sul	Leandro Totti Cavazolla

CONSELHO FISCAL TITULAR

Guilherme Jaccoud
Leolindo 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

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