

## O Capítulo de São Paulo comemora 75 anos



Página: 11



Reprocessamento de produtos para saúde de uso único - situação atual no Brasil  
por TCBC Lidia Marques Silveira

Páginas: 04 e 05

Mensagem:  
Cirurgia geral: precisamos de três anos? Sim!  
por ACBC Jorge Curi

Página 3

Consolidação da identidade profissional: um desafio para os jovens médicos  
por Marco Antonio de Carvalho Filho

Páginas: 08 a 10

Pubalgia: conceitos essenciais para o Cirurgião Geral  
por Guilherme Falótico

Páginas: 06 e 07



EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo [www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br)  
 Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278  
 6º andar - São Paulo - SP  
 CEP 01318-901 - Tel.: (11) 3101-8792 ou  
 3188-4245  
 E-mail: [contato@cbccsp.org.br](mailto:contato@cbccsp.org.br) ou  
[capitulosp@cbccsp.org.br](mailto:capitulosp@cbccsp.org.br)

**Mestre do Capítulo:**

TCBC Sidney Roberto Nadal

**Vice-Mestre:**

TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

**1º Secretário:**

TCBC Ramiro Colleoni Neto

**2º Secretário:**

TCBC Rogério Saad Hossne

**1º Tesoureiro:**

TCBC Carlos Eduardo Jacob

**2º Tesoureiro:**

TCBC Carlos Walter Sobrado

**DEPRO:**

TCBC Luiz Roberto Lopes

Periódico trimestral de divulgação  
 do Capítulo de São Paulo do Colégio  
 Brasileiro de Cirurgiões

**Ano XX – Nº 72 – Abril de 2017**

**Diretor responsável:**

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2017)

**Organização e Projeto Gráfico:**

Doc Press (11) 5533-8781

**Jornalista Responsável:**

Anadi Luchetti – MTb 34.161

**Diagramação:**

Alexandre P. Campos Fº

**Impressão:**

Impressograf

**Tiragem:**

7.000 exemplares

**Nota:**

As matérias assinadas são de inteira  
 responsabilidade dos autores.

# Recebam as nossas boas-vindas

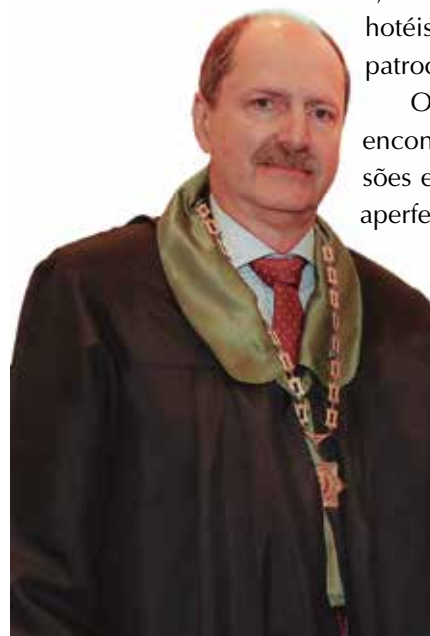
Com muita satisfação o Colégio Brasileiro de Cirurgiões dá as boas vindas aos participantes do XXXII Congresso Brasileiro de Cirurgia.

A excelente experiência de eventos anteriores e o rigor da Comissão Científica permitem prever o elevado nível das palestras e debates. Ao lado de ilustres professores nacionais, temos a honra de receber 21 renomados convidados estrangeiros da Argentina, Bélgica, Chile, Coreia do Sul, Estados Unidos, Itália, México e Suíça.

A grade das atividades científicas foi organizada, com a colaboração de outras Sociedades Médicas e Hospitais, para que todos possam aproveitar as áreas abordadas nas diversas especialidades cirúrgicas. Temas do dia a dia do cirurgião e as avançadas tecnologias serão igualmente contemplados. Importantes discussões sobre ensino, pesquisa e defesa profissional também estarão presentes.

Depois de oito anos, a cidade de São Paulo recebe novamente o maior e mais tradicional evento de cirurgia do país. Apaixonante, a cidade é um importante pólo econômico, núcleo de diversas culturas e também um grande centro de entretenimento com teatros, museus, parques, cinemas e noites agitadas, sem falar nas compras e na gastronomia de todas as partes do mundo. Por esses motivos, vale muito explorar esta cidade global, repleta de conhecimentos e tendências.

Nesta edição, o Diretório Nacional e o Capítulo de São Paulo inovaram com a realização do Congresso no primeiro semestre e com início numa sexta-feira. Também pela primeira vez, o evento do CBC está no acolhedor e amplo Centro de Convenções Sheraton WTC - São Paulo, com salas de aulas, área de alimentação, locais de compras, hotéis e exposições dos nossos parceiros e patrocinadores.



O ambiente de confraternização e o encontro dos colegas permitirão que discussões e trocas de experiências enriqueçam o aperfeiçoamento profissional.

Enfim, temos absoluta certeza que nosso evento será marcante e deixará boas recordações.

Aproveitem, participem e tenhamos todos um ótimo Congresso !

**TCBC Paulo Roberto Corsi**  
 Presidente do Colégio Brasileiro  
 de Cirurgiões

# Cirurgia geral: precisamos de três anos? Sim!

**ACBC Jorge Carlos Machado Curi**

Médico Assistente da Cirurgia do Trauma da Unicamp  
Diretor de saúde Pública AMB  
Conselheiro Federal por São Paulo CFM

Para responder essa pergunta, entendo que devemos responder se há ainda espaço para o cirurgião geral no mercado de trabalho médico no nosso país. Se olharmos a tendência de especialização médica mundial e as incríveis descobertas técnico científicas apenas, podemos ter dúvidas. Em um contexto, onde a maior parte das colecistectomias é feita por videolaparoscopia, onde o treinamento dos cirurgiões cada vez mais se têm a necessidade de manequins, e não animais, e onde observamos a entrada progressiva da cirurgia robótica, será que ainda deve haver um cirurgião que “faz tudo”?

Sinceramente, eu acho que sim, e para isso, olho para a necessidade imediata de nossos pacientes, dentro de uma proposta de assistência à saúde, que se chama SUS, que é uma proposta de atendimento universal, com equidade, integralidade e controle social. É um grande desafio, pois depende nesse momento de um financiamento compatível, mas principalmente de uma gestão adequada. Isso não acontece, desde que na nova constituição de 1988, esse sistema foi criado, deixando insatisfeitos toda a sociedade. E é bom lembrar que o nosso sistema complementar, através dos planos de saúde, sofre do mesmo mal, com insatisfação de pacientes, médicos e gestores, salvo exceções, mas a um custo impraticável para o nosso momento sócio econômico.

Diga-se de passagem, também os países desenvolvidos que têm um financiamento e gestão muito melhores, dentro de sua proposta universal, também estão muito preocupados com o custo e as exigências da saúde. Mas, seguramente, na maior parte desses países, como Reino Unido, Canadá, ou Espanha, há uma rede que funciona, com referência e contra referência eficazes. Portanto lá, o cirurgião geral recebe o paciente com patologias eletivas e de média complexidade, através do médico generalista (de família), devidamente preparado para cirurgia, então ele executa-a, e o paciente retorna novamente ao clínico. Além de que esse cirurgião, também resolve a maior parte das urgências corriqueiras do dia a dia, e que não se restringem somente ao abdômen, além das complicações eventuais das suas cirurgias e até maior complexidade, dependendo do porte e organização de sua instituição.

Entendo que na maior parte dos milhares de municípios brasileiros, deveria-se organizar a rede dessa forma mais resolutive, mas para tanto, com financiamento suficiente e

gestão competente e bom funcionamento de sua rede. E o que é fundamental, cada parte cumprindo sua tarefa, adequadamente. No entanto, o que se observa frequentemente, são as transferências de pacientes com patologias de pequena e média complexidade, para hospitais quaternários, que ficam sobrecarregados e deveriam estar recebendo a alta complexidade. É lógico que para isso, esses hospitais menores, têm que estar corretamente supridos para suas metas.

Nesse contexto correto, tenho convicção que um cirurgião com apenas 2 anos de formado no nosso atual perfil de formação, não estará devidamente preparado e se sentirá inseguro para executar essa tarefa. Assim, 3 anos é muito melhor para a saúde dos pacientes.

A segunda consideração é em relação aos pré requisitos para formação de todas outras especialidades cirúrgicas. Entendo que não tem mais sentido submetermos um médico recém formado, e que fará cirurgia cardíaca a treinamentos, com execução de colecistectomias e apendicectomias, o que provavelmente não executará mais na sua atividade, enquanto que a necessidade do mesmo em praticar e treinar procedimentos avançados e menos invasivos é fundamental.

Em relação a todas outras especialidades cirúrgicas, acho que as mesmas devem fazer sua reflexão de quanto tempo seria ideal para que seu residente pratique as atividades cirúrgicas básicas e necessárias, para depois adentrar ao treinamento específico da especialidade, embora percebamos a tendência para a manutenção de dois anos.

Não há dúvida que, restam muitas questões a serem respondidas, como por exemplo se o acesso deveria ser direto, para a especialidade cirúrgica de escolha, o que traria vantagens de uma organização prévia maior e direcionada para o residente que fará a especialidade, embora os alunos refiram insegurança para essa escolha, no final do internato. Mas essa dificuldade não seria resolvida quando fosse implementado o novo modelo?

No momento, é fundamental que discutamos de forma transparente todas essas questões, façamos uma opção em convergência com a Comissão Nacional de Residência Médica, onde a Dra. Rosana tem sido uma batalhadora e grande parceira das especialidades e das entidades médicas (AMB e CFM), em encontrar as melhores soluções.

Tenho certeza que as devidas correções serão feitas no decorrer da evolução dos programas, mas o importante é que foi já dado um passo fundamental, que a cirurgia geral está definida em 3 anos, garantindo uma qualificação mais adequada ao cirurgião brasileiro, com possibilidade de maior valorização, e maior segurança ao paciente e ao sistema de saúde.

## Reprocessamento de produtos para saúde de uso único – Situação atual no Brasil

**TCBC Lidia Marques Silveira**

Cirurgiã do Serviço Cirurgia Geral HCPA/UFRGS,  
Chefe da Consultoria Médica Coordenadoria Administrativa HCPA.

Há mais de 30 anos, Spaulding desenvolveu uma abordagem racional para a desinfecção e esterilização de instrumentos e equipamentos de cuidados aos pacientes. Este esquema de classificação é tão claro e lógico que foi mantido, refinado e utilizado com sucesso por profissionais de controle de infecção para o planejamento de métodos para desinfecção ou esterilização (Diretrizes CDC). Spaulding classificou os procedimentos como críticos, semicríticos e não críticos de acordo com o grau de risco de infecção envolvido e a partir deste, os métodos para esterilização (críticos), desinfecção de alto nível (semicríticos) e desinfecção (não críticos).

A reutilização de dispositivos médicos de uso único teve início final década de 70. Antes desta época, a maioria do instrumental era considerada reutilizável (instrumentos permanentes, metálicos). A reutilização de produtos para a saúde de uso único envolve questões regulamentares, éticas, médicas, jurídicas e econômicas e tem sido extremamente controversa por mais de duas décadas.

Teoricamente, todo o produto ou acessório possível de ser totalmente limpo é factível de ser reutilizado através da desinfecção (desinfetantes químicos tais como álcoois, glutaraldeído, formaldeído, peróxido de hidrogênio, iodóforos, orto-ftalaldeído, ácido peracético, fenólicos, compostos de amônio quaternário e cloro) ou da esterilização (esterilização a vapor, por óxido de etileno, pelo plasma gás peróxido de hidrogênio e ácido peracético líquido ou ainda máquinas de formaldeído), desde que sejam mantidos a sua integridade, o seu desempenho, a sua funcionalidade após o seu primeiro uso.

A segurança do reprocessamento de um produto para saúde se desenvolve a partir de Protocolos Validados. O protocolo consiste em várias etapas: limpeza, preferencialmente com uso de lavadoras ultrassônicas e com produtos químicos e/ou enzimáticos para a remoção da sujidade, para a remoção ou redução de microorganismos e de substâncias pirogênicas. Após a limpeza o produto

ou acessório será submetido à secagem, empacotamento, esterilização, armazenagem e rastreabilidade do uso. A validação da segurança do protocolo ocorre através de testes periódicos desde avaliação visual com auxílio de microscopia, de monitorizações da carga microbiana, da avaliação carga viral por PCR, da avaliação do biofilme formado, da realização de testes pirogênicos e da avaliação da integridade e funcionalidade.

No final de 2014 a ANVISA instituiu o Grupo de Trabalho de Reprocessamento de Produtos Médicos, conforme Portaria nº 1910, de 28.11.14, com objetivo de elaborar diagnóstico atual da situação dos produtos e serviços envolvidos com reprocessamento de produtos médicos, bem como propor diretrizes que contribuam na revisão da RDC nº 156/2006 e das RE nº 2605/2006 e RE nº 2606/2006.

De abril a novembro de 2015 trabalharam neste grupo, em reuniões mensais, representantes da ANVISA, das VISAS locais, das associações brasileiras das empresas envolvidas nos processos produtivos, distribuição e serviços, (ABE, ABIMED, ABIMO, UNIDAS, ABRAIDI, ABRAMED), de órgãos e instituições federais (MS, ANS e EBSEH/MEC), dos serviços de Saúde (EE/USP, HCPA/UFRGS e HCE) e das entidades profissionais (COFEN). Não houve manifestação do CFM e da AMB ao convite/ portaria. O objetivo foi elaborar diagnóstico da atual situação dos produtos e serviços envolvidos com reprocessamento de produtos médicos e propor diretrizes que contribuam para a revisão da legislação mencionada.

Alguns termos tiveram alterações sugeridas, tais como, “produtos médicos” para “produtos para saúde” e “reprocessamento” para “processamento”, na medida em que o processo de esterilização envolveria tanto o instrumental permanente como o material passível de reuso.

Definições também se tornaram mais claras, tais como:

“Produtos para saúde passíveis de reuso”: produtos para saúde fabricados a partir de matérias primas e com conformação estrutural que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade; e

“Produtos para saúde processados”: produtos para saúde passíveis de reuso que passaram mais de uma vez pela etapa de processamento pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora de produtos para saúde;



**Fig. 1** Processamento instrumental uso único

Os produtos para saúde enquadrados como de reuso proibido foram classificados em:

I - Produtos para saúde invasivos (fluxo decisório):

- a. Todos os produtos implantáveis (ativos ou não) de qualquer natureza;
- b. Todos os produtos absorvíveis;
- c. Todos os produtos que incorporam substância química considerada medicamento;
- d. Todos os produtos de origem animal ou de seus derivados;
- e. Todos os produtos utilizados na contracepção ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- f. Todos os produtos ou acessórios que entram em contato direto com sangue e seus hemocomponentes utilizados para coleta, processamento, armazenamento, transporte, separação e transfusão;
- g. Produtos ou acessórios utilizados na coleta, armazenamento e descarte de material biológico humano;
- h. Produtos ou acessórios utilizados para coleta, processamento, armazenamento e descarte de células, tecidos e órgãos humanos;
- i. Todos os produtos ou acessórios que se destinam a administrar medicamento por via parenteral, exceto os produtos para procedimentos angiográficos exclusivamente com contraste radiológico;
- j. Produtos ou acessórios que perdem o desempenho, a integridade ou a funcionalidade após o primeiro uso;
- k. Produtos ou acessórios que não permitem a desmontagem ou não possuem acessos internos para realização da limpeza;
- l. Produtos ou acessórios que perdem o desempenho, a integridade ou a funcionalidade após limpeza, desinfecção ou esterilização.



**Fig. 2** Rastreabilidade instrumental reprocessado

II - Produtos para saúde não invasivos.

Na nova proposta torna-se claro o que precisa ser avaliado na árvore decisória de submeter um produto de uso único a um protocolo de reprocessamento validado. No item “j”, se o produto não perde seu desempenho, integridade ou funcionalidade após o primeiro uso, ele poderá passar no fluxograma para o item “k”, onde se este instrumento é desmontável para limpeza ou não existe acesso interno para esta limpeza, poderemos passar para o passo (item “l”), onde não existindo perda do desempenho, da integridade ou da funcionalidade após limpeza, desinfecção ou esterilização (fig.1) este é factível de reprocessamento, obviamente sob protocolos de reprocessamento validados (fig.2).

Os produtos para a saúde relacionados à nossa área, Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, que passaram pelo fluxograma estudado são os bisturis harmônicos e os grampeadores lineares, cortantes ou não, recarregáveis. Sabemos que ainda teremos desdobramentos por parte da indústria, desde a consulta pública a seguir mencionada até a colocação de “chips” que travam o instrumento após o primeiro uso.

O trabalho do grupo em pauta foi concluído e colocado em Consulta Pública N.º 257/2016 da ANVISA. Foram recebidas 192 contribuições, a maioria de representantes da indústria e das empresas de reprocessamento. Neste momento a ANVISA faz a consolidação destas contribuições e tem como meta, até o final deste semestre, submeter a Diretoria Colegiada da ANVISA que indicará a publicação da portaria tão esperada pela classe médica, pela rede hospitalar, pela indústria e pelas empresas de reprocessamento brasileiras.

# Pubalgia: conceitos essenciais

## Guilherme G. Falótico

Chefe do Ambulatório de Quadril do Centro de Traumatologia do Esporte - UNIFESP/EPM

O termo pubalgia refere-se à síndrome dolorosa da sínfise púbica e das estruturas adjacentes. Pode ter origem nas lesões ortopédicas e nas doenças genitourinárias, ginecológicas, da parede abdominal e do trato gastrointestinal. O termo mais aceito na literatura atual para a pubalgia de causa ortopédica é Pubalgia do Atleta (PA), definida como a síndrome dolorosa que acomete a região inguinal, território dos adutores, inserção distal do reto abdominal ou a sínfise púbica, como resultado de lesão nos tendões, fâscias ou ligamentos dessas regiões, frequente em atletas. Hérnia inguinal, lesões por doenças sistêmicas ou por fraturas são excluídas dessa definição. Tem maior incidência nos atletas do sexo masculino.

A distribuição anormal das forças na sínfise púbica é considerada a gênese principal da PA em atletas. Omar e colaboradores referem que a relação antagonista entre o músculo adutor longo, que promove vetor de força anteroinferior na sínfise, e o músculo reto abdominal, que gera sollicitação pósterio-superior, tem papel chave no desenvolvimento da doença, visto que um desbalanço nessa relação leva à instabilidade da sínfise púbica. Harris e Murray postularam que a instabilidade das articulações sacroilíacas pode levar a sobrecarga da sínfise púbica e desencadear a PA. Num trabalho mais recente de Major e Helms foi constatado que 6 de 11 atletas com diagnóstico de PA tinham alterações radiográficas na articulação sacroilíaca.

O estudo postula que as alterações anatômicas anteriores ou posteriores no anel pélvico podem levar à instabilidade e desencadear a PA.

A teoria de sobrecarga mecânica como causa da pubalgia em atletas, em detrimento da etiologia puramente inflamatória, é reforçada por estudos histológicos de material retirado da região da sínfise púbica (fragmentos ósseos dos ramos púbicos, fragmentos do disco púbico e de cartilagem da sínfise púbica) desses pacientes, em que foi encontrado neovascularização local com presença de fibroblastos e osteoblastos e degeneração de cartilagem, sem infiltrado inflamatório exuberante.

A apresentação típica é um paciente praticante de esporte que tem dor na região púbica ou inguinal. A dor, porém, pode aparecer também no andar inferior do abdome, períneo ou bolsa testicular. Mais comumente acomete pacientes na terceira década de vida, porém, pode se apresentar em qualquer idade. Os sintomas em geral são insidiosos, sendo que a manifestação aguda deve obrigatoriamente levantar suspeita de artrite séptica da sínfise púbica, especialmente em pacientes no pós-operatório de cirurgias ginecológicas ou urológicas, torção de testículo, cistite, apendicite, nefrolitíase e outras doenças pélvicas ou abdominais. No exame físico, a avaliação ortopédica global do paciente é importante. Na inspeção estática, deve ser verificado o alinhamento dos membros inferiores, bem como a orientação espacial da pelve e da coluna lombossacra. Na inspeção dinâmica, discretas alterações de marcha podem ser encontradas, especialmente o padrão antálgico.

A avaliação do arco de movimento da coluna lombossacra e dos quadris pode demonstrar limitação da flexão da coluna por encurtamento de isquiotibiais e redução da amplitude de rotação interna e externa dos quadris. Na palpação, o principal sinal é dor sobre a sínfise púbica. Deve-se avaliar o anel inguinal na busca de hérnia, importante diagnóstico diferencial. Em alguns pacientes a hérnia inguinal pode estar associada à Pubalgia do Atleta. Pode haver também dor nos tendões e músculos adutores, devido à alta taxa de associação com lesão dessas estruturas. As manobras especiais mais utilizadas para o diagnóstico são o teste da adução bilateral contra-resistência e o teste da compressão (squeeze test) - figuras 1 e 2



Figura 1



Figura 2

# ciais para o cirurgião geral

Apesar de a história clínica e o exame físico serem a chave para o diagnóstico, esses podem não fornecer o diagnóstico final. Os exames subsidiários são realizados para confirmar a doença e afastar outros possíveis diagnósticos diferenciais. Os exames séricos podem ser úteis para excluir doenças reumáticas ou processos infecciosos. A ultrassonografia da região púbica e inguinal é útil para verificar lesões isoladas da parede abdominal, dos adutores e presença de hérnia inguinal. Na radiografia, podem estar presentes diversas alterações como: irregularidade da cortical com erosões, cistos, periostite, esclerose óssea, hiperostose, corpos livres intra-articulares (figura 3) e deslocamento vertical entre os ossos púbicos, que se torna evidente nas radiografias com apoio monopodálico (posição do flamingo). Na posição do flamingo caracteriza-se instabilidade da sínfise púbica quando ocorre desvio superior maior que 2 mm e/ou abertura da sínfise maior que 7 mm. Entretanto, é importante ressaltar que as alterações radiográficas podem aparecer em pessoas assintomáticas. Atualmente, a ressonância nuclear magnética tem provado ser o exame que melhor demonstra as alterações da sínfise púbica e dos ossos púbicos, além de auxiliar na avaliação dos diagnósticos diferenciais (impacto femoroacetabular, lesão do iliopsoas, fratura por estresse do colo femoral e dos ramos púbicos).

Nos casos em que existe associação com hérnia inguinal, o tratamento cirúrgico da hérnia deve ser priorizado. Após o repouso pós-operatório, inicia-se o tratamento ortopédico.

Baseado nos dados de revisão sistemática publicada em 2011, o tratamento de primeira linha é clínico e consiste no uso de anti-inflamatórios não hormonais e na fisioterapia motora, associados ou não às injeções locais de corticóide ou dextrose. O tratamento cirúrgico torna-se uma boa opção nos casos refratários ao tratamento convencional.



**Figura 3**

Os casos com falha do tratamento clínico têm crescido nos últimos anos, especialmente em jogadores de futebol e corredores, aumentando as indicações de tratamento cirúrgico.

Existem diversas técnicas cirúrgicas descritas, sendo que os trabalhos não demonstram superioridade clara de uma sobre outras. A mais utilizada em nosso meio com bons resultados consiste no desbridamento da sínfise púbica, associado à tenotomia aberta bilateral do adutor longo.

O pós-operatório é seguido de fisioterapia intensiva e o atleta retorna em plenitude às suas atividades em torno de 8 a 12 semanas.

## Bibliografia

Meyers WC, Foley DP, Garrett WE, Lohnes JH, Mandlebaum BR. Management of severe lower abdominal or inguinal pain in high-performance athletes. PAIN (Performing Athletes with Abdominal or Inguinal Neuromuscular Pain Study Group). *Am J Sports Med*

2000;28:2-8.

Minnich JM, Hanks JB, Muschawek U, Brunt LM, Diduch DR. Sports hernia: Diagnosis and treatment highlighting a minimal repair surgical technique. *Am J Sports Med* 2011;39:1341-1349.

Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA, Lohnes J, Bassett FH, Garrett WE Jr. Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. Inguinal hernias and pubalgia. *Am J Sports Med* 1991;19:239-242.

Hegedus, E. J., et al., A suggested model for physical examination and conservative treatment of athletic pubalgia, *Physical Therapy in Sport* (2012), doi:10.1016/j.ptsp.2012.04.002

Biedert, R. M., Warnke, K., & Meyer, S. (2003). Symphysis syndrome in athletes: surgical treatment for chronic lower abdominal, groin, and adductor pain in athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13(5), 278e284.

Holmich, P., Uhrskou, P., Ulnits, L., Kastrup, I. L., Nielsen, M. B., Bjerg, A. M., et al. (1999). Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: randomised trial. *Lancet*, 353(9151), 439e443.

Meyers, W. C., Foley, D. P., Garrett, W. E., Lohnes, J. H., & Mandlebaum, B. R. (2000). Management of severe lower abdominal or inguinal pain in high-performance athletes. PAIN (Performing Athletes with Abdominal or Inguinal Neuromuscular Pain Study Group). *American Journal of Sports Medicine*, 28(1), 2e8.

Falvey, E. C., Franklyn-Miller, A., & McCrory, P. R. (2009). The groin triangle: a pathoanatomical approach to the diagnosis of chronic groin pain in athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 43(3), 213e220.

Bradshaw, C., & McCrory, P. (1997). Obturator nerve entrapment. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 7(3), 217e219.

Akita, K., Niga, S., Yamato, Y., Muneta, T., & Sato, T. (1999). Anatomic basis of chronic groin pain with special reference to sports hernia. *Surgical and Radiological Anatomy*, 21(1), 1e5.

Ekstrand, J., & Gillquist, J. (1983). The avoidability of soccer injuries. *International Journal of Sports Medicine*, 4(2), 124e128.

Orchard, J. W., Read, J. W., Neophyton, J., & Garlick, D. (1998). Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), 134e139.

Ekstrand, J., Hagglund, M., & Walden, M. (2011). Epidemiology of muscle injuries in professional football (soccer). *American Journal of Sports Medicine*, (Epub ahead of print).

# Consolidação da identidade profissional

## Marco Antonio de Carvalho Filho

Chefe da Disciplina de Emergências Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

“O ato de cozinhar, por exemplo, supõe alguns saberes concernentes ao uso do fogão, como acendê-lo, como equilibra para mais, para menos, a chama, como lidar com certos riscos mesmo remotos de incêndio, como harmonizar os diferentes temperos numa síntese gostosa e atraente. A prática de cozinhar vai preparando o novato, ratificando alguns daqueles saberes, retificando outros, e vai possibilitando que ele vire cozinheiro.” Paulo Freire. Pedagogia da Autonomia (1).

Porque o grande desenvolvimento tecnológico da medicina acontecido nos últimos 30 anos não veio acompanhado do aumento de confiança dos pacientes em seus médicos? Porque nos sentimos muitas vezes acuados em manifestações nas mídias sociais e até mesmo dentro de nossos próprios consultórios? Talvez seja a hora de olharmos mais para dentro e menos para fora, em busca de uma explicação que possa de fato nos guiar no processo do resgate da qualidade da relação médico-paciente, e como consequência da nossa relação com a sociedade.

O compromisso fundamental do médico é colocar os interesses do paciente em primeiro lugar, na frente de seus interesses pessoais. Esta é a base do profissionalismo médico. Para que isto seja possível, o médico deve cultivar uma série de virtudes e valores que são fundamentais para a prática médica. Generosidade, lealdade, coragem, compaixão, empatia, solidariedade e temperança, tão fundamentais para o “Ser médico”, infelizmente não estão no nosso currículo acadêmico. Muitos professores acreditam que estas características são aprendidas somente na infância, com a família, em uma fase muito inicial da nossa formação moral. No entanto, as teorias mais modernas do desenvolvimento da personalidade propõem que este processo ainda não está completo no adulto jovem, e que ainda há espaço para influências, particularmente no tocante a interação social. Além do mais, segundo Aristóteles, as virtudes são sabedorias práticas, e, portanto, susceptíveis ao treinamento. Ninguém é corajoso ou generoso apenas em pensamento ou intenção.

Socialização como processo de formação da identidade - Recentemente um casal de médicos, professores

da Universidade McGill, Richard Cruess (ortopedista) e Sylvia Cruess (endocrinologista) introduziram o conceito de socialização para guiar as estratégias pedagógicas para formação da identidade profissional (2). Segundo este conceito, o jovem aprendiz de medicina entra na faculdade com sua identidade pessoal em formação e durante sua vivência universitária passará por uma série de experiências sociais, curriculares e não curriculares que culminarão com a consolidação das identidades pessoal e profissional. O desfecho ideal é a harmonia entre estas duas identidades. Ao longo deste processo, o jovem aprendiz deixa de ser coadjuvante e passa a ser protagonista da sua própria profissão.

As experiências não curriculares são chamadas de “currículo oculto”, que muitas vezes está em contradição com o currículo oficial. Os modelos de prática, a cultura institucional, a pressão social exercida pelos pares e pelo sistema de saúde podem promover a despersonalização, o cinismo e até ridicularizar a prática médica centrada no paciente.

Por isso, segundo este novo modelo conceitual, o processo de formação médica não deve limitar-se apenas no desenvolvimento cognitivo, técnico e comportamental. Devemos também focar na formação da pessoa, nas suas dimensões afetiva, humana, ética e moral, para que no final do curso, o aluno “pense, atue e sinta” como um médico (3).

Vida Pessoal x Vida Profissional - Infelizmente a maioria de nossos novatos acredita que vida pessoal e vida profissional são diferentes e até mesmo antagônicas. Muitas vezes os sacrifícios que fazemos em nome da nossa profissão são vistos como carentes de sentido e significado pelos jovens aprendizes. Neste contexto, o jovem médico não se sente capaz de sentir a alegria e a realização que a prática médica podem proporcionar e que com o tempo se tornam fonte de felicidade. Os finais de semana livres são aguardados como tábua de salvação para uma vida considerada miserável. A profissão passa a ser somente a fonte do “ganha pão” de todos os dias. As especialidades são escolhidas pelo status social e tamanho do contracheque.

Nas nossas atividades com os estudantes do último ano da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, observamos uma falta de consciência sobre este processo de consolidação da identidade, o que torna estes jovens aprendizes mais vulneráveis às influências negativas que



# al: um desafio para os jovens médicos



“Der Billroth'sche Hörsaal im Wiener Allgemeinen Krankenhaus”  
- Adalbert Franz Seligmann (1888/1890) - Österreichische Galerie  
Belvedere, Viena, Áustria

podem vir de alguns professores, da cultura institucional e mesmo de alguns de seus pares. Os estágios curriculares extremamente fragmentados dificultam uma interação mais profunda com os modelos reais da prática. Com pouco tempo de exposição, observamos nos alunos um predomínio das memórias negativas. Talvez por um processo de seleção evolutiva temos a tendência a prestar atenção primeiro nas ameaças até nos sentirmos seguros o suficiente para de fato compreendermos o que está acontecendo ao nosso redor. Cada rodízio novo de 7-15 dias é um novo desafio, como novas interações sociais, com novas “ameaças” e que muitas vezes não durará tempo suficiente para criação de uma relação de sentido com as atividades planejadas.

A pressão da demanda crescente nos serviços médicos, compromete o tempo que poderia ser dedicado à reflexão guiada sobre a prática médica. Neste contexto, os alunos incorporam diversos comportamentos inadequados durante o curso e, quando convidados a refletir sobre este processo,

demonstraram vergonha e arrependimento de certas atitudes tomadas ao longo de sua formação.

Outra consequência deste contexto é a criação de relações impessoais dos professores com os alunos. Interações significativas entre seres humanos dependem de tempo e intimidade. Os próprios alunos comentam que de certa forma reproduzem a impessoalidade da relação professor-aluno na relação médico-paciente. O tipo de amizade que gostaríamos de desenvolver com nossos alunos é o mesmo tipo de amizade que desenvolvemos com os nossos pacientes. Quando uso a palavra amizade, uso de forma consciente. Se considerarmos a relação entre amor e alegria, em que amamos o que nos faz alegre, amizade é o tipo de amor centrado na celebração do encontro com o outro. E caridade é o amor que consegue amenizar o próprio “Ego” para permitir que o outro seja de fato o centro de todas as atenções. Tanto amizade quanto caridade são fundamentais para confortar e acolher os pacientes. Mas também para confortar e acolher os alunos. Não se trata de infantilizar alunos ou pacientes, muito menos de adotar uma prática paternalista, mas sim criar um ambiente de segurança em que os pensamentos e as angústias possam ser compartilhados, acolhidos, refletidos, amenizados e eventualmente modificados. Será que não deveríamos ensinar isto aos jovens médicos através do nosso exemplo?

O contexto universitário e a crise dos modelos - Outro desafio é a sobrecarga de tarefas às quais os professores universitários mais experientes estão submetidos. As atividades relacionadas à graduação são atropeladas pela busca incessante por financiamento, que depende fundamentalmente de produção científica, que está relacionada primordialmente às atividades de pós-graduação. Desta forma, a graduação fica em segundo plano. Neste contexto, médicos jovens estão assumindo as funções de mentores de outros médicos mais jovens ainda. Este processo certamente facilita o diálogo entre gerações, mas traz o seguinte desafio: como médicos cuja relação de sentido com a profissão ainda não está consolidada vão guiar o processo de formação da identidade profissional em outros médicos?

Quando converso com médicos mais experientes e pergunto qual o segredo para uma prática médica feliz, na maioria das vezes observo um equilíbrio entre a tristeza de entrar em contato com o sofrimento humano e a alegria que o fato de poder ajudar proporciona. Estes sábios doutores também aprenderam que ajudar é muito mais do que

prescrever um medicamento ou realizar um procedimento tecnicamente impecável. Ouvir o nosso paciente, compreender a sua trajetória, o impacto que a doença trouxe na sua vida, ajudá-lo a construir um sentido para tudo isto, e no final guiá-lo no processo de recuperação da própria alegria de viver, ou mesmo de morrer em paz com sua própria existência, trazem sentido, significado e aprendizado para a vida do médico. Vivemos melhor e mais felizes por causa da medicina e não apesar dela. Precisamos ajudar nossos alunos a serem felizes na segunda feira.

A Recuperação da Relação Mestre-Aprendiz – Diante deste quadro, a proposta que gostaria de trabalhar na minha escola, mas também em todas as escolas médicas é o resgate do papel do modelo de prática profissional. Para isto, médicos mais experientes, felizes com a profissão, que trabalham com alegria, devem destinar um tempo para ajudar e guiar seus alunos na consolidação de suas identidades pessoal e profissional numa única identidade consonante. Para concretizar esta mudança precisamos de algumas condições favoráveis. Médicos mais experientes precisam ser convocados e ter a vontade de voltar a interagir com médicos mais jovens, particularmente aqueles que se sentem felizes como médicos e criaram uma relação de sentido com a profissão ao longo dos anos. Olhemos para os lados, nós sabemos quem eles são.

Precisamos ter a coragem de criticar e modificar o sistema de rodízio atual do internato e da residência médica.

Esta fragmentação atende muito mais às dinâmicas de poder institucional e das disciplinas do que às necessidades dos projetos pedagógicos do curso. As instituições precisam assumir a responsabilidade sobre os profissionais que lançam no mercado, acompanhando as trajetórias de seus ex-alunos em parcerias com as instituições de classe como os conselhos regionais e federal de medicina.

Finalmente, nós educadores, precisamos liderar um processo de reflexão sobre a natureza da nossa profissão e do nosso compromisso com a sociedade. O resgate desta relação e da nossa identidade está nas mãos dos médicos que hoje lideram as diversas instituições comprometidas com a boa medicina. Como disse Gandhi, precisamos ter a coragem de ser a mudança que queremos ver no mundo.

#### Referências:

1 - Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários À Prática Educativa - 43ª Ed. 2011 Freire, Paulo. Editora Paz e Terra.

2 - A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Acad Med. 2015 Jun;90(6):718-25.

3 - Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Acad Med. 2016 Feb;91(2):180-5.

**Seja Membro Acadêmico do CBC**

**SEJA MEMBRO  
CBC**  
COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

**Uma categoria exclusiva  
para acadêmicos de Medicina**

## CBCSP- 75 ANOS (1941-2016)

### Mestres do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

1941-43	Benedicto Montenegro
1943-45	José Ayres Netto
1945-47	Alipio Corrêa Netto
1947-49	Sebastião Hermeto Junior
1949-51	Pedro Ayres Netto
1951-53	Eurico Branco Ribeiro
1953-55	Edgard Braga
1955-57	João de Lorenzo
1957-59	Henrique Melega
1959-61	Onofre de Araújo
1961-63	José Gallucci
1963-65	Fabio Schmidt Goffi
1965-67	Anísio Costa Toledo
1967-69	Anísio Costa Toledo
1969-71	Virgilio Alves de Carvalho Pinto
1971-73	Antonio Monteiro Cardoso Almeida
1973-76	Daher Elias Cutait
1977-79	Paulo Schmidt Goffi
1980-82	Angelino Manzione
1983-85	Eugenio Américo Bueno Ferreira
1986-88	Dario Birolini
1988-91	Samir Rasslan
1992-94	Nelson Fontana Margarido
1995-97	Roberto Saad Junior
1998- 99	Roberto Saad Junior
2000-01	Luiz Arnaldo Szutan
2002-03	Fernando Cordeiro
2004-05	Paulo Roberto Corsi
2006-07	Paulo Roberto Corsi
2008-09	Gaspar de Jesus Lopes Filho
2010-11	Paulo Kassab
2012-13	Claudio José Caldas Bresciani
2014-15	Claudio José Caldas Bresciani
2016-17	Sidney Roberto Nadal



1947 - Benedicto Montenegro, primeiro mestre do Capítulo de São Paulo e Oscar Alves, presidente do diretório Nacional do CBC, ladeados por alguns dos membros fundadores do Capítulo de São Paulo do CBC, logo após a cerimônia de instalação.



1984 - Mesa de abertura da " I Assembléia Cirúrgica do CBCSP" no Centro de Convenções Rebouças, da esquerda para a direita: Alfredo Abrão, Edmundo Machado Ferraz, Ruy Ferreira Santos, Eugenio Bueno Ferreira, Jose Thales de Castro Lima e Henrique Ribeiro Neto



2011 - Cerimônia de homenagem aos antigos mestres do CBCSP por ocasião do seu 70º aniversário. Da esquerda para a direita: Fernando Cordeiro, Luiz Arnaldo Szutan, Dario Birolini, Nelson Margarido, Roberto Saad Junior, Samir Rasslan, Eugenio Bueno Ferreira, Gaspar J Lopes Filho, Paulo Kassab e Paulo Roberto Corsi.

## XXXV Curso Anual de Cirurgia de Urgência 2017

**Datas:** 27/05; 24/06; 22/07; 26/08; 16/09; 28/10; 18/11

**Local:** Hospital Sírio Libanês – São Paulo/SP

**Informações:** [www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br)

## Intergastro & Trauma 2017

**Datas:** 18 a 20/05/2017

**Local:** Expo Dom Pedro - Centro de Convenções e Exposições de Campinas/SP

**Informações:** [www.intergastro.com.br/2017](http://www.intergastro.com.br/2017)

## XXI Curso Internacional de Colonoscopia

**Datas:** 04 e 05/08/2017

**Local:** Hospital Sírio Libanês – São Paulo/SP


**Informações:** [www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br)

## I Congresso Paulista de Cirurgia do Trauma da SBAIT

**Datas:** 05 a 07/10/2017

**Local:** Sheraton WTC – São Paulo/SP

**Informações:** [www.congressodetrauma.com.br](http://www.congressodetrauma.com.br)



curso continuado de  
**CIRURGIA GERAL DO  
CAPÍTULO DE SÃO PAULO**  
COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

Programação 2017

**Datas:** 27/05, 24/06, 29/07, 26/08, 23/09 e 28/10  
**Local:** Associação Paulista de Medicina – São Paulo/SP  
**Informações e inscrições:** Tel: (11) 3101-8792  
[www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br)  
contato@cbccsp.org.br WhatsApp: (11)97395-0280



Há 53 anos a Associação Cruz Verde presta assistência especializada a crianças com paralisia cerebral através de uma equipe multidisciplinar em três unidades de atendimento: Hospital, Hospital-Dia e Ambulatório.

A Associação depende essencialmente de doações para a manutenção dos atendimentos, tais como:

- Roupas
- Brinquedos
- Alimentos
- Doações em Dinheiro

Faça parte dessa história!

Itaú  
Ag.0368-9 - C/C 20000-2  
Bradesco  
Ag.2282-9 - C/C 13000-1

Conheça mais sobre o nosso trabalho acessando [www.cruzverde.org.br](http://www.cruzverde.org.br)

Rua Doutor Diogo de Faria, 695 - Vila Clementino  
São Paulo - SP - CEP 04037-002 - Tel (11) 5579-7335

# XXXV Curso Anual de Cirurgia de Urgência

2017



**HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS**  
ENSINO E PESQUISA



COLÉGIO BRASILEIRO  
DE CIRURGIÕES  
Capítulo de São Paulo