

Seção Científica

As controvérsias e as decisões terapêuticas da coagulopatia precoce pós-trauma são discutidas no artigo do TCBC Sandro Scarpelini

Página 6

O médico lapix tenta remover uma ponta de flecha da coxa de Eneas utilizando um fórcepe. Detalhe do afresco "Eneas ferido entre Venus e Ascanio" do Museo Archeologico Nazionali di Napoli



Defesa Profissional:

CBC apóia e convoca os Cirurgiões paulistas a refletirem e participarem do movimento e do Dia Nacional de Paralisação do Atendimento aos Planos de Saúde

Páginas 2 e 4

Artigo:

O Cirurgião - artigo do ECBC Domingo Braile

Página 3

Memória:

A trajetória de um *gentleman*: Costabile Gallucci pelo ECBC Manoel Rollemberg

Página 8



O Intergastro 2011 - Projeto Interdisciplinar de Atualização em Aparelho Digestivo e Trauma – será realizado em Campinas nos dias 13 e 14 de maio.

Página 5



Os preparativos para o XXIX Congresso Brasileiro de Cirurgia, que será em agosto na cidade de Fortaleza, estão em ritmo acelerado.

Página 11



EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo www.cbcs.org.br
 Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278
 6º andar - São Paulo - SP
 CEP 01318-901 - Tel.: (11) 3101-8045,
 3101-8792 ou 3188-4245
 E-mail: contato@cbcs.org.br ou
flavia@cbcs.org.br

Mestre do Capítulo:

TCBC Paulo Kassab

Vice-Mestre:

TCBC Cláudio José C. Bresciani

1º Secretário:

TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

2º Secretário:

TCBC Fernando A. M. Herbella Fernandes

1º Tesoureiro:

TCBC Sidney Roberto Nadal

2º Tesoureiro:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

Defesa Profissional:

TCBC Elias Jirjoss Ilias

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

Ano XIII - Nº 48 - abril de 2011

Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti – MTb 34.161

Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

Impressão:

PPG Gráfica e Editora Ltda.

Tiragem:

3.000 exemplares

Notas:

As matérias assinadas são de inteira
 responsabilidade dos autores.
 As diretorias das seções especializadas,
 departamentos, regionais e os nomes dos
 cirurgiões responsáveis encontram-se no
 site www.cbcs.org.br

O grito do dia 7 de abril

Os Cirurgiões bem como toda a Classe Médica têm sido explorados e agredidos das mais diversas formas em seu exercício cotidiano.

O exemplo mais gritante se refere aos honorários, que estão entre os menores de todas as categorias profissionais. Sem demérito para qualquer profissão, se analisarmos quanto custa a nossa hora de trabalho, veremos que está abaixo dos limites necessários e dignos.

Para o paciente o custo dos planos de saúde aumenta regularmente, mas para o Médico há uma enorme dificuldade em se aumentar os honorários. Isso sem citarmos as famosas glosas que nos obrigam freqüentemente a horas de justificativas e de burocracia para recebermos simplesmente o justo pagamento pelo que já foi executado. O lucro das operadoras é cada vez maior, entretanto o salário do Médico é cada vez mais defasado.

Além da baixa remuneração temos que conviver ainda com a interferência, muitas vezes antiética das operadoras nas decisões médicas, a negativa de procedimentos, grande parte das vezes apenas por seu custo elevado. Nesses momentos o médico é solicitado a preencher inúmeros questionários a respeito de exames que ele próprio solicitou e que, portanto, tem totais condições de decidir sobre sua indicação e necessidade. Para evitar risco ao paciente, que acaba sendo o maior prejudicado, não nos negamos a isto, e acabamos por gastar horas e horas em justificativas quase sempre desnecessárias. O fato é agravado quando algumas operadoras definem os honorários, baseadas no número de exames que cada colega solicita, ou seja, quanto mais exames se solicita, menor será o valor recebido. Trata-se neste caso, sem dúvida de conduta aviltante e antiética que deve ser denunciada. Em algumas cidades ocorre uma verdadeira reserva de mercado e o colega não tem por onde escapar.

Outro aspecto que não é considerado é o custo do investimento que cada um de nós tem que fazer para se manter atualizado e apto para o domínio das modernas técnicas.

O grito do dia 7 de Abril, Dia Mundial da Saúde, liderado pela Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos e pelo Conselho Federal de Medicina é um chamado da Classe Médica a toda a Sociedade para os fatos, é um alerta aos usuários de que paciente e Médico estão do mesmo lado, o lado de uma Medicina justa, que remunere bem o Médico e que sirva bem ao doente. Nessa data, será suspenso o atendimento aos planos de saúde como ato de protesto.

O Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões se coloca ao lado das demais instituições na luta por condições de trabalho mais dignas e mais justas, por acreditar que resultarão em condições de atendimento melhores e mais rápidas para os pacientes.

Convocamos todos os Cirurgiões de nosso estado a refletirem e participarem, mas sobretudo esperamos que o pós 7 de Abril seja de luta contínua por nossos ideais e interesses.

TCBC Paulo Kassab

Mestre do capítulo de São Paulo

O Cirurgião

ECBC Domingo Braille
Prof. Emérito da FAMERP e Sênior da UNICAMP
Pró-Reitor de Pós-Graduação da FAMERP

O médico sempre existiu e sempre existirá!

Nas sociedades mais primitivas lá estava ele a exercer sua arte, decorrente de um impulso interior, independente de qualquer interesse ou vontade própria.

Como exemplos podemos citar: pajés, curandeiros, xamãs, carimbambas, abençoadeiros, rezadores, feiticeiros, parteiras e Barbeiros Cirurgiões. Estes últimos são o antigo repositório dos conhecimentos que ao longo dos anos acabou por criar uma grande especialidade dentro da Medicina. Guarda com ela relações estreitas, mas depende de habilidades absolutamente peculiares daqueles que a exercem. O Barbeiro Cirurgião levava consigo os toscos instrumentos de trabalho existentes na época e seu próprio hospital, geralmente uma carruagem puxada a cavalos. Vagava de cidade em cidade, oferecendo seus préstimos àqueles que sofriam de males incuráveis pela medicina daqueles tempos. Seus conhecimentos eram passados de geração em geração por mestres que ensinavam a seus discípulos as técnicas por eles desenvolvidas ou aprendidas.

As doenças que podiam ser tratadas cirurgicamente eram poucas e sempre acompanhadas de enorme risco e grande sofrimento, pois, infecções e hemorragias eram uma constante e a anestesia era ainda apenas um sonho.

Com a evolução, estes homens dotados de qualidades inatas que lhes permitiam penetrar as entranhas dos seus semelhantes, foram sendo admitidos nas escolas médicas, passando a fazer parte da elite daqueles que se dedicavam a dominar os conhecimentos da anatomia, fisiologia e patologia, os pilares mestres que transformariam a medicina empírica, em ciência.

Mas a arte continuou a fazer parte do cotidiano dos cirurgiões, pois, por mais que ele seja conhecedor das ciências, se lhe faltarem as habilidades, jamais terá sucesso.

O advento da anestesia geral, ocorrido em 16 de outubro de 1846, pela insistência do dentista prático, William Thomas Green Morton, permitiu que o cirurgião John Collins Warren, do *Massachusetts General Hospital*, em Boston, extirpasse um tumor do pescoço do jovem Gilbert Abbot de 17 anos, que dormiu durante todo o procedimento, sem sentir qualquer dor. Estava aberto o campo da Cirurgia Moderna como a conhecemos hoje.

Neste curto período, de apenas 160 anos, a cirurgia atingiu limites nunca antes imaginados. A entubação endotra-

queal, tão simples no conceito, mas tão difícil de ser admitida, permitiu adentrar o tórax dos pacientes e tornar a anestesia mais segura e reproduzível. A possibilidade das operações do coração a céu aberto, com circulação extracorpórea desenvolvida por John Gibbon em 1953, foi um marco definitivo da cirurgia como ciência.

A possibilidade mais recente de realizar operações vídeo assistidas com mínimas incisões avança célere para tornar o cirurgião cada vez menos agressivo e o paciente mais tolerante às intervenções. O organismo não aceita grandes invasões e reage a elas com a síndrome de resposta inflamatória, muitas vezes mortal. Fica clara, portanto, a importância das operações minimamente invasivas, um novo e grande avanço da cirurgia.

Todo este progresso foi conseguido a duras penas e com grandes investimentos na pesquisa e desenvolvimento de equipamentos que se tornam cada vez mais complexos.

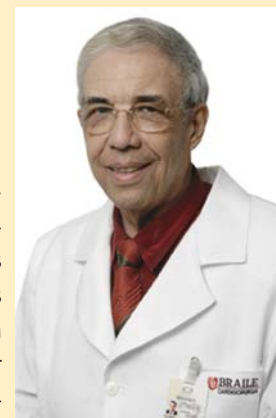
Tornou-se imperativa a construção de Salas Híbridas, onde o cirurgião possa exercer sua atividade com auxílio de toda a tecnologia necessária. São teatros operatórios nos quais é possível dispor de aparelhos de imagem de alta resolução, equipamentos de radioscopia e videoscopia, com seus sistemas de iluminação, ultrassonografia e ecocardiografia simples ou tridimensional, assim como de equipamentos avançados para monitoração *online* de todas as constantes vitais. São indispensáveis sistemas de anestesia confiáveis e automatizados além de todos os dispositivos de suporte a vida.

Contudo o cirurgião que realiza intervenções videoscópicas ou endovasculares, deverá sempre estar preparado para convertê-las em um procedimento a céu aberto, oferecendo o máximo de segurança ao enfermo, que nele depositou toda confiança.

Os equipamentos hoje disponíveis representam a expressão máxima dos avanços tecnológicos que permearam de maneira maiúscula o século XX e o milênio em que vivemos.

O futuro da Cirurgia passa por incorporação de técnicas cada vez mais avançadas provenientes, de variados campos da investigação científica. Como exemplos temos a criação do CCD (*Charge-coupled device*) que permite ver imagens nítidas e ampliadas de qualquer órgão, iluminados pelos LED (*Light-emitting diode*).

Foram as fantásticas conquistas necessárias para tornar realidade as viagens espaciais, propiciando a transmissão dos sinais vitais, sem fios a qualquer distância e a incorporação da robótica, ao arsenal cirúrgico, criando a possibilidade das operações transcontinentais e siderais.



Dia Nacional de Paralisação do Atendimento aos Planos de Saúde

Em carta dirigida a todos os médicos brasileiros, amplamente divulgada no âmbito das entidades estaduais e regionais, assim como as Sociedades de Especialidade, os presidentes da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos conclamam os profissionais para a mobilização do dia 7 de abril, Dia Mundial da Saúde. Nessa data serão suspensas todas as consultas e procedimentos eletivos de pacientes conveniados a planos e seguros de saúde, com novo agendamento das consultas e dos demais atendimentos, mantida a assistência nos casos de urgência e emergência.

As três diretrizes nacionais do movimento são: organizar a luta por reajustes de honorários, tendo como balizador os valores da CBHPM / Sexta Edição; exigir a regularização dos contratos entre operadoras e médicos, conforme a Resolução ANS Nº 71 / 2004; e promover ações no Congresso Nacional, visando a aprovação de projetos de lei que contemplem a relação entre médicos e planos de saúde.

A agenda de lutas do movimento pela valorização do trabalho médico na saúde suplementar inclui: avaliação da situação econômica com levantamento dos valores pagos pelos planos de saúde em cada Estado, a

fim de definir a meta de reajustes (março), processo de negociação com os planos de saúde selecionados (abril e maio), e assembleias estaduais específicas para definir as futuras ações do movimento (junho).

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões apóia esse movimento com entusiasmo, trabalhando em conjunto com a AMB e pretende estimular a participação dos capítulos visando os contratos e os reajustes dos procedimentos cirúrgicos em cada região.

Na noite de 15 de março a diretoria da Associação Paulista de Medicina e suas Regionais reunida com representantes das Sociedades de Especialidade no Estado decidiu por unanimidade realizar uma grande passeata na capital no dia 7 de abril para alertar a opinião pública sobre o desrespeito dos planos de saúde à assistência médica, com graves interferências na autonomia e defasagem inaceitável dos honorários. O ponto de encontro será o estacionamento da APM (Rua Francisca Miquelina, 67), a partir das 9h30. Trajados de jalecos brancos, os médicos sairão em protesto até a Catedral da Sé.

Mais informações sobre o movimento veja nos sites www.amb.org.br; www.cfm.org.br; www.fenam.org.br.

NOTAS

No dia 16 de fevereiro, a Academia de Medicina de São Paulo elegeu sua diretoria para o biênio 2011/2012. A nova composição, presidida por Affonso Renato Meira, conta com a participação do **TCBC Nelson Fontana Margarido** como 2º tesoureiro e do **HnCBC José Carlos Prates** e do **ECBC Sérgio Almeida de Oliveira** que integram o Conselho Científico.

A edição 2010 do Prêmio Jabuti, na categoria Ciências Naturais e Ciências da Saúde premiou em segundo lugar o livro Manual de Diagnóstico e Tratamento Para o Residente de Cirurgia da Editora Atheneu, editado pelo **ECBC Manlio Basilio Speranzini**, pelo **TCBC Claudio Roberto Deutsch** e pelo Dr. Osmar Yagi.



O Prêmio “Daher Cutait” será outorgado pelo Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões a um membro em atividade no Estado de São Paulo pelo conjunto das suas atividades científicas e profissionais. É necessário que o candidato complete no máximo 35 anos no ano de entrega do prêmio. O Prêmio consta de uma passagem de ida e volta com estadia para o Congresso Brasileiro de Cirurgia do mesmo ano. O vencedor receberá um certificado alusivo ao fato que será entregue numa solenidade do CBC. As inscrições deverão ser realizadas até 31 de maio de 2011. Mais informações estão disponíveis no portal e na secretaria do Capítulo.

No dia 06 de junho de 2011 será realizada na Associação Paulista de Medicina **Sessão Solene de Posse** dos novos membros do **Capítulo de São Paulo**.

INTERGASTRO

Projeto Interdisciplinar de Atualização em Aparelho Digestivo e Trauma

2011



VI Simpósio de Atualização em Doenças do Aparelho Digestivo

VI Simpósio Internacional de Cirurgia do Trauma

III Jornada de Enfermagem em Aparelho Digestivo e Trauma

III Encontro de Nutrição e Aparelho Digestivo

I Jornada de Atualização em Gastroenterologia e Hepatologia
Pediátrica

É com grande satisfação que anunciamos a realização do Intergastro 2011 – Projeto Interdisciplinar de Atualização em Aparelho Digestivo, que será realizado nos dias 13 e 14 de maio de 2011, no Salão Imperial do hotel Royal Palm Plaza Resort, em Campinas.

O Intergastro 2011 é um projeto promovido em conjunto pelas quatro maiores entidades de Campinas e região: Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, UNICAMP, PUC Campinas e Hospital Municipal Dr. Mario Gatti e conta com a parceria de diversas faculdades do interior e o apoio das principais sociedades de especialidades do país. É um evento multidisciplinar, pois envolve profissionais de medicina, enfermagem e nutrição. Em 2010 foram mais de 600 participantes.

O objetivo é abordar de forma prática e objetiva os principais temas envolvendo a Gastroenterologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia do Trauma, Coloproctologia e Endoscopia Digestiva e tem como público-alvo médicos generalistas além de médicos especialistas nestas áreas.

Além destes eventos dentro do Intergastro 2011, contamos também com a Nutrologia, Enfermagem em Aparelho Digestivo, Gastroenterologia Pediátrica e vários cursos de treinamento (Endoscopia, Videolaparoscopia e Enfermagem).

O Intergastro vem se tornando nos últimos anos, uma referência para o interior do estado e também para ou-

tros estados limítrofes, de atualização nas áreas citadas. Com a participação de professores convidados das mais diferentes escolas médicas e das mais diversas universidades, com reconhecida capacidade e experiência, torna o evento prático e de atualização aos diversos profissionais.

A sua participação será, com certeza, de extrema importância para o evento e para todos os que estiverem lá, pois todos os participantes do Intergastro 2011 levarão preciosos ensinamentos para a sua experiência, enriquecendo suas próprias realizações.

A intenção do evento é apresentar os assuntos de forma prática e com discussões no formato de sala de visitas.

Como coroamento do evento, será lançado um novo livro do Intergastro 2011 com capítulos sobre as palestras apresentadas. Mais um benefício ao participante do Intergastro 2011.

Mais informações sobre o evento podem ser encontradas no site www.intergastro.com.br

Tenha certeza de que a sua participação será motivo de honra para todos nós.

Faça a sua inscrição ainda hoje através do site www.intergastro.com.br

Aguardamos sua confirmação.

Atenciosamente,

TCBC Luiz Roberto Lopes

Representante do CBCSP – Regional Campinas

Comissão Executiva Intergastro 2011

A coagulopatia precoce pós-trauma

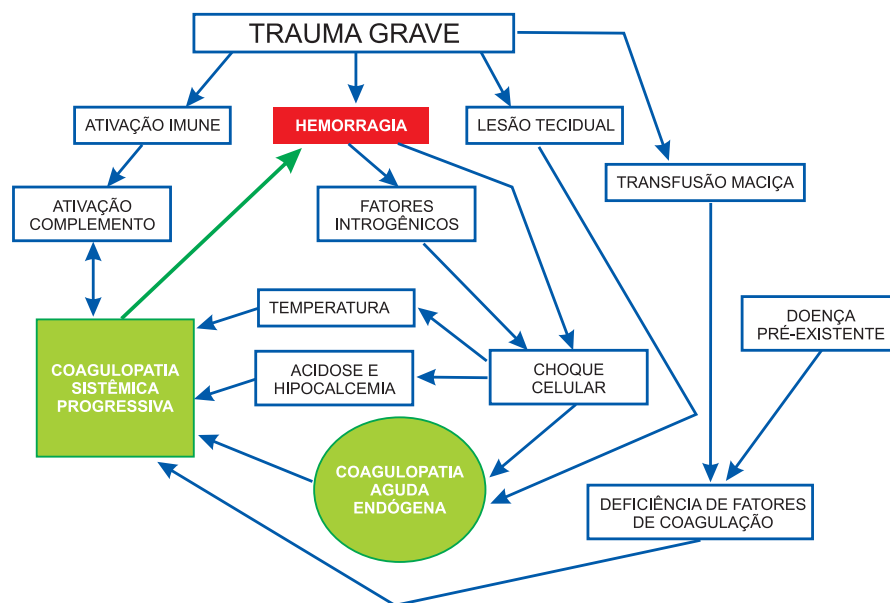
TCBC Sandro Scarpelini

Professor Doutor do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Coordenador da Disciplina de Cirurgia de Urgência e Trauma do HCFMRP-USP

A hemorragia é responsável por cerca de 40% das mortes no trauma, e o sangramento é a principal causa de morte hospitalar nas primeiras 24 horas.¹ As mortes por hemorragia persistem, mesmo com avanço no atendimento pré-hospitalar e na cirurgia do trauma com as técnicas de controle de danos.^{2,3} Atualmente reconhece-se que a coagulopatia pode iniciar antes das medidas de ressuscitação, agravando o sangramento. A despeito de sua relevância, a coagulopatia precoce pós-trauma (CPT) é pouco compreendida, sem uma definição clara e objetiva.

A fisiopatologia da CPT é complexa e várias hipóteses foram aventadas para justificar suas causas. A hipotermia e a acidose são participantes do processo por deprimir a ação das plaquetas e dos fatores de coagulação, além de causar hiperfibrinólise. O papel da hipotermia e da acidose tem sido caracterizado experimentalmente, contudo existem poucas evidências baseadas em séries clínicas no trauma. Outros fatores responsáveis pela CPT incluem a hemodiluição, decorrente do grande volume de cristalóides usado para a ressuscitação, e o consumo dos fatores de coagulação na “coagulação intravascular disseminada” (CID). Tradicionalmente, estes fatores foram considerados como a base da fisiopatologia da CPT, sendo conhecidos como a “Tríade Letal” ou “Tríade Fatal” da hemorragia traumática. Recentemente, esta teoria de “coagulopatia dilucional” tem sido questionada e uma nova proposta, baseada na ação conjunta da lesão tecidual e do choque hipovolêmico está sendo considerado como o principal mecanismo desencadeador da

Figura 1. Proposta atual da fisiopatologia da coagulopatia precoce pós-trauma. Adaptado de Stahel et al.⁵



CPT (Figura 1). Agentes imunoreguladores e a reação inflamatória imediata após o trauma também participam deste fenômeno.

Com tantas novas descobertas, a tradicional visão do sistema de coagulação baseado na cascata da coagulação com as vias intrínsecas e extrínsecas foi questionada, e um novo modelo, baseada na atuação celular, é mais aceito pelos pesquisadores.⁴

A própria definição clínica de CPT carece de consenso. Uma pesquisa na literatura recente mostrou pelo menos 8 diferentes definições clínica e/ou laboratoriais para coagulopatia (Tabela 1).

A coagulopatia é monitorada pelos exames de hemostasia no plasma: o tempo de protrombina (TP) e o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa). Estes testes geralmente subestimam a magnitude da coagulopatia no trauma-

tizado, já que eles não refletem o processo de coagulação in-vivo como ocorre ao nível da membrana celular, sendo realizados no plasma aquecido a 37°C e com solução tampão para corrigir a acidose. Também, o tempo necessário para a realização destes exames pode retardar significativamente o início do tratamento de pacientes instáveis, conseqüentemente, os médicos são obrigados a decidir pela transfusão de hemocomponentes sem considerar seus resultados. No trauma estes exames parecem ter algum significado, apenas quando estão marcadamente alargados.

Outros exames como a contagem de plaquetas e níveis de fibrinogênio quantificam os componentes da coagulação sem, contudo, avaliar sua real atividade funcional.

Atualmente, as estratégias de reposição volêmica e transfusão de pacien-

Tabela 1. Definições de coagulopatia no trauma na literatura recente.

| Fonte | Parâmetros |
|--|--|
| Cosgriff et al, 1997 | TP ou TTPa duas vezes o normal |
| Vaslef et al, 2002 Lynn et al, 2002 | TP > 15" ou TTPa > 45" ou Fibrinogênio < 1,0g/l Sangramento contínuo, difuso em cortes superficiais, cateteres ou mucosas. |
| Brohi et al, 2003 | TP > 18" ou TTPa > 60" ou TT > 15" |
| MacLeod et al, 2003 | TP > 14" ou TTPa > 34" |
| Dutton et al, 2004 | INR > 1,4 ou PLT < 100 10 ⁹ /l ou ambos |
| Mayo et al, 2004 | TP e" 1,5 N (0) 1,5-2 N (1) > 2 N (2) TTP e" 1,5 N (0) 1,5-2 N (1) > 2 N (2) PLT e" 100 (0) 50-100 (1) d" 50 (2) Fibrinogênio >1,0 (0) 0,5-1,0 (1) d" 0,5 (2) Total: 0 discreto; 1-3 moderado; 2-8 grave. |
| Jeger et al, 2009 | INR > 1,25; TTPa > 36"; TT > 15"; PLT < 150 x10 ⁹ /l TP – Tempo de protrombina; TTPa – Tempo de tromboplastina parcial ativada; TT – Tempo de trombina; INR – International normalized ratio; PLT – Contagem de plaquetas. |

tes com hemorragia maciça são controversas e em geral destituídas de lastro científico. A conduta clássica preconizada pelo "American College of Surgeons" através do protocolo do Suporte Avançado de Vida no Trauma tem sido questionada. A infusão em grandes volumes de soluções cristalóides à procura incisiva da manutenção da perfusão, em algumas situações pode desenvolver uma coagulopatia irreversível. Por outro lado, a carência de pesquisas clínicas no trauma faz com que a transfusão de derivados de sangue na CPT seja baseada em estudos retrospectivos de sangramento e na experiência adquirida com a utilização dos fatores

de coagulação na terapêutica da coagulopatias congênitas.

Os protocolos atuais relacionados com CPT objetivam o controle do foco mecânico da hemorragia, a correção da hipotermia e a reposição empírica dos componentes da coagulação. Esses protocolos não são baseados em evidências produzidas por séries clínicas controladas. Na verdade, pode-se especular sobre a adequação desses "guidelines", já que metade das mortes intra-hospitalares precoces no trauma continua sendo decorrente de sangramento coagulopático, apesar das transfusões maciças de hemácias e outros componentes indicadas por eles. Também, os atuais proto-

colos podem ser responsáveis por um excesso de transfusões. Alguns estudos têm estimado que até 20% de todas as transfusões sanguíneas são inadequadas, dessa maneira desperdiçando recursos valiosos e impondo aos pacientes riscos desnecessários relacionados à transfusão.⁶

A principal evidência clínica para o uso maciço de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas vem de uma recente pesquisa multicêntrica de Holcomb et al, com vítimas de trauma grave, onde a infusão maciça de hemocomponentes resultou em maior sobrevivência.⁷ Deste trabalho surge a proposta da "reconstituição do sangue total", através da infusão precoce e agressiva de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas na proporção 1:1:1.

Em resumo, a coagulopatia precoce após o trauma é muito pouco conhecida. Há falta de uma definição amplamente aceita, e os atuais protocolos de tratamento não são baseados em evidências clínicas controladas no trauma. O resultado é que as decisões terapêuticas podem ser inapropriadas e baseadas apenas em evidências de estudos experimentais ou por observações em pacientes com coagulopatia congênita, que não necessariamente refletem os eventos fisiopatológicos que ocorrem nos pacientes com sangramento decorrente do dano traumático. É certo que o assunto é muito importante para o cirurgião que frequenta as salas de emergência pelo Brasil, e a adoção de medidas simples como a realização do coagulograma para os traumatizados graves, em pouco tempo demonstra a magnitude do problema.

Referências

- Demetriades D, Kimbrell B, Salim A et al. Trauma deaths in a mature urban trauma system: is "trimodal" distribution a valid concept? *J Am Coll Surg*. 2005;201:343-348.
- Holcomb JB, Jenkins D, Rhee P et al. Damage control resuscitation: directly addressing the early coagulopathy of trauma. *J Trauma*. 2007;62:307-310.
- Masella CA, Pinho VF, Costa Passos AD, Spencer Netto FA, Rizoli S, Scarpelini S. Temporal distribution of trauma deaths: quality of trauma care in a developing country. *J Trauma*. 2008;65:653-658.
- Roberts HR, Monroe DM, Escobar MA. Current concepts of hemostasis: implications for therapy. *Anesthesiology*. 2004;100:722-730.
- Stahel PF, Moore EE, Schreiber SL, Flierl MA, Kashuk JL. Transfusion strategies in postinjury coagulopathy. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009;22:289-298.
- Scarpelini S, Rizoli S. Recombinant factor VIIa and the surgical patient. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12:351-356.
- Holcomb JB, Wade CE, Michalek JE et al. Increased plasma and platelet to red blood cell ratios improves outcome in 466 massively transfused civilian trauma patients. *Ann Surg*. 2008;248:447-458.

A Trajetoria de um *gentleman*: Costabile Gallucci

ECBC M.I.Rolleberg

“Os ventos que, às vezes, tiram algo que amamos são os mesmos que nos trazem algo que aprendemos a amar” – Fernando Pessoa

Estávamos no centro cirúrgico do Hospital São Paulo onde iríamos auxiliar o Dr. Hugo Felipozzi. Naquela época fazíamos parte da equipe de cirurgia cardíaca do IAPI. Nisto houve um tumulto, correria, tudo se acalmou finalmente com a saída do Dr. Gallucci de uma das salas de operação com aquele sorriso inconfundível, trazendo em sua expressão facial mais uma dentre suas inumeráveis vitórias. O urologista ao dissecar o hilo renal lesara a artéria, mas a intervenção pronta e segura do Mestre, que se achava ali de maneira providencial, conseguiu com sua técnica excelsa ligar o vaso, permitindo o sucesso daquele ato cirúrgico. Era assim Gallucci. Na hora certa, no momento exato, lá estava ele com sua competência e disposição para auxiliar seus colegas. Esta entre inúmeras outras foi sempre uma de suas qualidades marcantes, mais se assemelhando a um anjo protetor, sempre presente nas situações mais difíceis.

Já o conhecia através de seus trabalhos desde os tempos em que brilhava na cirurgia da tuberculose no Jaçanã, no Hospital São Luiz Gonzaga, mas aquele instante ficou indelevelmente marcado. Na época da tuberculose franca, as operações eram de natureza curativa, devido ao fracasso da terapêutica medicamentosa.

Havia uma rivalidade subliminar, no bom sentido, entre o Hospital Miguel Pereira no Mandaqui e o São Luiz Gonzaga, os dois maiores centros de cirurgia tisiológica do Estado. Principalmente nos congressos todos ficavam atentos, sobretudo aos índices de fistulas bronquicas pós-operatorias, verdadeiro terror dos cirurgiões, esperados ansiosamente durante os concorridíssimos encon-



tros nacionais, por novas técnicas que pudessem minimizar tão terrível espectro. Gallucci se destacava na equipe chefiada pelo Dr. Zerbini, que herdara do Professor Alípio Correa Netto a direção para chefiar os casos de cirurgia torácica, que no futuro viriam consagrá-lo definitivamente em cirurgia cardíaca.

Houve um tempo em que o Prof. Alípio Correa Netto chefiava uma das cadeiras de cirurgia da Escola Paulista

de Medicina tendo como seu assistente Dr. Zerbini, encarregado de cirurgia torácica. Por esta época não havia dissociação entre cirurgia cardíaca e torácica geral. Depois que Lillehei idealizou o “coração-pulmão artificial” pouco a pouco a cirurgia cardíaca foi se transformando em uma especialidade, separando os cirurgiões da cirurgia torácica clássica. Gallucci que já se distinguira na cirurgia fisiológica, entrou de corpo e alma na nova superespecialidade. Mas como diz o vulgo... “o homem põe e Deus dispõe!” os novos ventos foram afastando-o temporariamente de sua querida escola. Passou a auxiliar seu pai em uma das mais tradicionais firmas de ferragem de São Paulo, a Casa Gallucci, na Rua Florêncio de Abreu, que se transformara em um reduto e ponto de encontro para os fanáticos torcedores do antigo Palestra Italia. Quem não se conformou foi o Prof. Jairo Ramos, figura gigante da medicina paulista, que tanto fez que o trouxe novamente ao aprisco. Os tempos eram outros e Gallucci começou do zero, criando e organizando aquela que inegavelmente constitui-se hoje em dia em uma das mais completas e categorizadas escolas de cirurgia cardíaca do país. Sua confiança neste time era de tal ordem que certo dia ao sentir-se mal no centro da cidade, tomou um taxi que passava e pediu para levá-lo com urgência ao Hospital São Paulo, onde sua equipe conseguiu atendê-lo prontamente, superando sua grave arritmia cardíaca, implantando posteriormente um marcapasso cardíaco.

Mas Gallucci também brilhou em outros campos. Seu tipo físico, combinado com seus dotes canoros, fizeram dele um tenor de reais qualidades, assemelhando-se fisicamente a Beniamino Gigli, na época o grande tenor do Scala de Milão. Após nossas reuniões preparatórias para os primeiros Congressos Nacionais de Cirurgia Torácica encontramos estes que organizamos em conjunto com Dr. Gladstone, Dr. Rubens Arruda, Dr. Mirra, Dr. Noedir e tantos outros, partíamos para filosofar, como dizia Dr. Rubens Arruda, e sentávamos ao som de alguma peça clássica, especialidade de Gallucci, onde fazíamos planos futuros para nossa especialidade. Dizia, como grande conhecedor, que para apreciar verdadeiramente a música, é necessário fazê-lo em relação ao bel canto. Guardo até hoje um LP do Scala com trechos das melhores arias daquele templo, como sua lembrança.

Na antiga competição da Pauli x Poli, entre a Escola Paulista de Medicina e a Escola Politécnica, que marcou época em São Paulo, Gallucci se destacava no futebol, onde como ponteiro esquerdo, com seus petardos era o verdadeiro terror dos goleiros, fato que às vezes trazia conseqüências, nem sempre muito cordiais, com refregas celebres, sobretudo quando o placar era decidido exatamente através daqueles torpedos galucianos.

Acompanhei através dos relatos do Dr. Pedro Geretto, grande anestesista de meus casos de cirurgia torácica, todos os detalhes do futuro concurso que iria solidificar de vez a instalação da Clínica de Cirurgia Cardíaca na Escola Paulista de Medicina, agora Universidade Federal de São Paulo. Na época as apresentações contavam com um único projetor de slides. Geretto dava-me detalhes da inovadora manobra, a apresentação conjunta de dois projetores, fato que marcou época. Sua vitória elevou-o ao topo dos grandes mestres da especialidade no país.

Mas não se esqueceu de seu grande mestre Alipio Correa Netto. Gratidão e lealdade foram sempre seus grandes apanágios. O mestre já trôpego, mas com sua invulgar capacidade mental preservada, tinha dificuldade de locomoção. Enviava seu chofer particular para trazê-lo às sempre concorridas reuniões da cadeira, onde sua opinião quando solicitada mostrava sempre um raciocínio límpido e brilhante. Tive o privilégio e a honra de participar de uma destas verdadeiras aulas do saber, ao lado do excelso mestre.

Talvez sua apresentação ficasse incompleta se deixássemos de mencionar pelo menos alguns de seus brilhantes assistentes, consagrados professores, que continuaram sua obra, constituindo-se em uma verdadeira constelação de mestres que elevaram ainda mais seu prestígio no concerto dos especialistas da área, já que com sua visão soube separar a especialidade cardíaca da cirurgia torácica dita geral. Enio Buffolo, José Ernesto Succi, entre outros na cirurgia cardíaca, Vicente Forte que como cirurgião de traqueia projetou o nome de sua escola no exterior, continuando entre outros com João Alessio Perfeito na cirurgia torácica geral. Seria impossível referir-se a todos seus assistentes, pelo que me penitencio, julgando que a citação destes, terão o condão de representar todo o grupo.

Realmente, a trajetória de um eminente e inesquecível *gentleman*.

Costabile Gallucci (1921-1990)

TCBC Luiz Eduardo Villaça Leão
TCBC Ramiro Colleoni

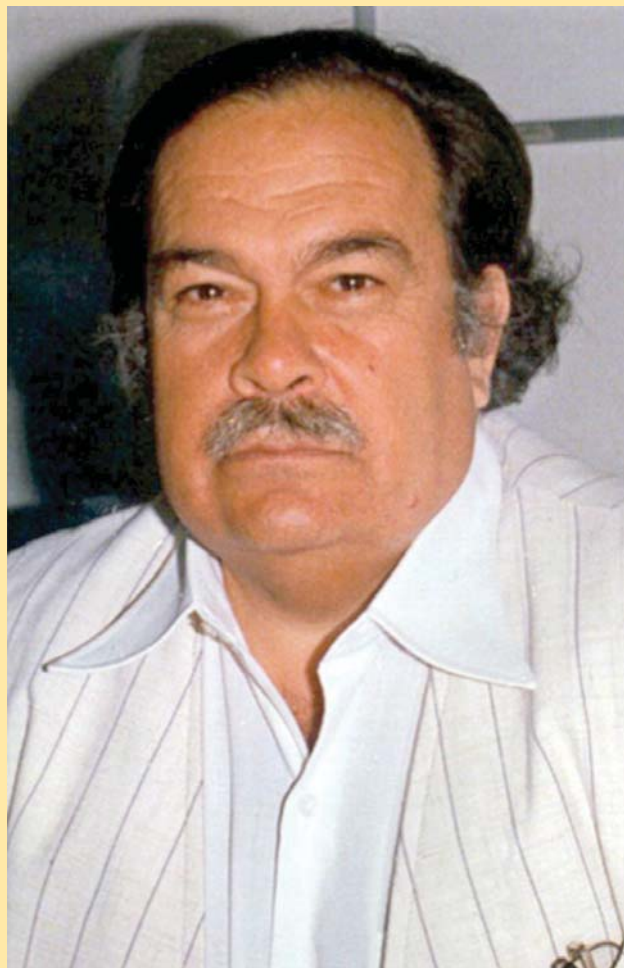
Um dos principais edifícios do campus de São Paulo da UNIFESP, dedicado a atividades didáticas, homenageia o cirurgião paulistano Costabile Gallucci, cuja trajetória sempre esteve estreitamente ligada a Escola Paulista de Medicina onde graduou-se em 1946.

Dono de sólida formação clínica, especializou-se na escola cirúrgica de Alípio Correa Netto e, junto a Euryclides Zerbini e outros pioneiros, iniciou as atividades de Cirurgia Torácica na Escola Paulista de Medicina - EPM e colaborou nos primeiros passos da cirurgia cardíaca no Brasil. Quando o Professor Zerbini deixou a EPM, foi convidado por Jairo Ramos e Sylvio Borges a coordenar esse serviço.

Obteve o título de Livre Docente em 1962 com a tese: Tratamento Cirúrgico da Estenose Pulmonar Valvular (Valvulotomia Pulmonar sob Visão Direta, com Hipotermia). Só assumiu o cargo de professor Titular após aprovação em concurso público, condição da qual não abriu mão, frente à possibilidade, naquela época, de aceitar uma simples indicação do governo federal para essa posição. Exemplo de retidão de princípios e grande estimulador de alunos, residentes e assistentes, não impunha suas opiniões e não fazia prevalecer sua titulação.

Sua atuação dinâmica e sua liderança agregadora e carismática conduziram a formação de muitos cirurgiões que trouxeram projeção internacional a disciplina de Cirurgia de Tórax e a disciplina de Cirurgia Cardiovascular, criada em 1991. Paradigma de atitudes sábias e altruístas, na sua mesa, uma singela frase, expressava e seu sentimento - "Cada um que cresce é uma parte minha que cresce, portanto estou crescendo" Hoje muitos de seus discípulos lideram serviços em varias cidades do Brasil e da América Latina.

Exerceu importantes cargos administrativos na EPM: Vice Diretor, Diretor Clínico do Hospital São Paulo, e por dois mandatos chefiou o Departamento de Cirurgia destacando-se por seu caráter leal e conciliador.



Alem de vice-mestre do capítulo de SP do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (1977-79), também participou da fundação do Departamento de Cirurgia Torácica da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (hoje Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica) assim como da organização do seu primeiro congresso e do primeiro concurso para título de especialista (1981).

Publicou a monografia "Diagnóstico Diferencial das Massas Tumerais do Mediastino" e os livros "Choque" e "Traumatismos Torácicos".

Preferiu ser raiz num mundo onde importavam ser flores e frutos....

XXIX Congresso Brasileiro de Cirurgia

Os preparativos para o XXIX Congresso Brasileiro de Cirurgia, que acontecerá de 21 a 25 de agosto de 2011, no Centro de Convenções do Ceará, estão em ritmo acelerado. A grade científica já está praticamente pronta, com conferências, mesas redondas, simpósios e cursos nas áreas de câncer, cirurgia da obesidade e do diabetes, hérnias, inovações tecnológicas em cirurgia, prevenção e controle das infecções, trauma, transplante de órgãos, trom-

boembolismo, vídeo cirurgia e robótica. O evento já possui 06 palestrantes internacionais para abrilhantar ainda mais a programação científica.

As inscrições estão liberadas no site www.cbc2011.com.br. Neste, constam todas as informações sobre o evento, inclusive as regras para envio de trabalhos científicos, cujo prazo máximo para envio é dia 31 de Maio de 2011. Os trabalhos serão classificados em vídeos livres e temas livres, sendo que os temas

livres aprovados serão enquadrados para apresentação na forma oral ou pôsteres, a critério da Comissão Científica, que informarão resultado por e-mail.

A agência oficial do evento, Casablanca Turismo, elaborou pacotes de passagem aérea, hospedagem e transfer, saindo de São Paulo. Não perca essa oportunidade e entre em contato para garantir sua vaga, através do telefone (85) 3466-6000 ou pelo site www.casablancaturismo.com.br.



XXIX
CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA

21 A 25 DE AGOSTO DE 2011 - FORTALEZA - CEARÁ

UNIVERSALIDADE • EQUIDADE • INTEGRALIDADE



**Aéreo partindo
de São Paulo + traslados +
5 noites de hospedagem.**

A partir de:

R\$ 1.091,



Informações e reservas:
Ligue todo o Brasil ao custo de ligação local: 4002.3536
eventos.for@casablancaturismo.com.br



Curso Continuoado de Cirurgia Geral do Capitulo de São Paulo do CBC

Datas: conferir no www.cbcs.org.br

Local: Av. Brigadeiro Luis Antonio, 278 – 9º andar, São Paulo – SP

Informações: (11) 3101-8045

XIX Curso Anual de Cirurgia de Urgência

Datas: conferir no www.cbcs.org.br

Local: Hotel Maksoud Plaza, São Paulo – SP

Informações: (11) 3101-8045

Cirurgião – Ano 5 – Atualização em Cirurgia Geral, Emergência e Trauma

Datas: 14 a 16 de abril de 2011

Local: Hotel Maksoud Plaza, São Paulo – SP

Informações: www.cirurgiaoatualizacao.com.br



Seja membro Titular do CBC

Informe-se na Secretaria do Capítulo de São Paulo do CBC com as secretárias Flávia e Geise nos telefones: (11) 3101-8045 / 3101-8792 / 3188-4245 ou no site do Diretório Nacional do CBC: www.cbcs.org.br sobre as normas e datas para o recebimento de propostas. Lembramos que a monografia, exigida como requisito, será dispensada para os candidatos com Mestrado, Doutorado ou Título de Especialista do CBC ou sociedades conveniadas.

INTERGASTRO 2011

Datas: 13 a 14 de maio de 2011

Local: Royal Palm Plaza - Resort - Campinas - SP

Informações: <http://www.intergastro.com.br/>

GANEPÃO 2011

Datas: 15 a 18 de junho de 2011

Informações: <http://www.ganepao.com.br/>

II Jornada do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo

Datas: 16 a 18 de junho de 2011

Informações: (11) 3062-1722/ Fax: 11 3062-1710 / jornadaoncologia@somaeventos.com.br



XXIX Congresso Brasileiro de Cirurgia

Datas: 21 a 25 de agosto de 2011

Local: Fortaleza – CE

Informações: www.cbcs.org.br

1º Congresso SBCBM-SP e

8º Congresso da Sobracil-SP

Datas: 30 de setembro a 01 de outubro de 2011

Local: Royal Palm Plaza - Resort - Campinas - SP

Informações: www.videocirurgia-sp2011.com.br

Rompendo Paradigmas Cirúrgicos em Pré e Pós Operatório

Curso *on line*: <http://www.nutritotal.com.br/>