

Cartas ao Editor

Senhor Editor,

Ao ler os comentários do artigo intitulado "Otimização da perviabilidade do enxerto venoso na revascularização miocárdica: compreensão da fisiopatologia, novas drogas e avanços técnicos", *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001;16(1):14-9⁽¹⁾, permiti-me fazer algumas reflexões e considerações. O que julguei polêmico foi a afirmação da correlação imediata entre os novos médicos residentes e a elevação na incidência de obstrução imediata dos enxertos venosos, cuja interpretação foi atribuída à menor experiência dos novos cirurgiões no manuseio durante a retirada da veia safena.

É bastante claro que a experiência e a habilidade adquiridas pelos cirurgiões se acumula com o constante treinamento e, assim, os seus resultados são progressivamente aprimorados. Mas devemos ter cautela quando nos referimos aos aperfeiçoamentos individuais. As "curvas de aprendizado" não devem ser aplicadas às condutas médicas, principalmente quando influenciam resultados cirúrgicos de uma Instituição. Os riscos de cada procedimento deveriam ser apenas inerentes ao próprio, e não acrescidos aos do executante menos experiente. O médico residente, durante o seu período inicial de formação, ainda não seguro a realizar um procedimento proposto, deve estar sendo conduzido por um cirurgião mais experiente, para que o resultado final não seja prejudicado. Muitas vezes esses resultados não estão relacionados com o tempo de formação. CRAWFORD et al.⁽²⁾, em 1995, reviram os critérios para credenciamento de cirurgiões frente a hospitais e convênios norte-americanos e ressaltou que não existem dados conclusivos entre volume de operações e resultados. Acrescenta que o volume de operações não deve ser utilizado como critério, mas sim que cada cirurgião seja avaliado por seus resultados individuais e em comparação com outros cirurgiões.

Os programas de residência em cirurgia norte-americanos estão em constante avaliação e seus dados podem ser encontrados em revistas de elevado fator de impacto. Existe uma grande preocupação em se manter técnicas de ensinamento e constante aprimoramento dos médicos residentes sem qualquer detrimento aos pacientes. A filosofia de educação adotada pela maioria das universidades americanas permite aos médicos residentes que progressivamente adquiram responsabilidades nos procedimentos cirúrgicos, mantendo alta qualidade de cuidados aos pacientes⁽³⁾.

A construção do programa cirúrgico em Instituições universitárias é um processo complexo no qual o sucesso, conforme ressaltado por Floyd Loop em

2001, depende da retenção de um excelente corpo de professores, com ampla experiência clínica e contínua inovação, preocupados em ciência e educação, da prestação de serviço exemplar e deve merecer uma reputação pelos constantes bons resultados⁽⁴⁾. Portanto, esses programas devem abranger alta qualidade de atendimento à população e propiciar contínua formação aos médicos cirurgiões^(5,6). A formação do cirurgião cardiotorácico é um processo dispendioso que requer no mínimo seis a sete anos e deve estar em constante reavaliação⁽⁷⁾. O treinamento, a formação e a aprovação de novos cirurgiões exige elevado grau de dedicação e responsabilidade, do corpo docente e da nossa sociedade, por vezes um trabalho oneroso e pouco remunerativo.

Sinto-me honrado e orgulhoso de ter minha formação inicial nesse mesmo ambiente universitário e sou conhecedor da capacidade ilimitada de todos os seus professores. Venho trazer esta polêmica buscando uma reflexão e uma contribuição para a constante reavaliação dos métodos de formação dos novos médicos residentes e visando também à adequação do atendimento à saúde de nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Loures D R R, Ribeiro E J, Mulinari L A, Carvalho R G, Almeida R S, Felício M L - Otimização da perviabilidade do enxerto venoso na revascularização miocárdica: compreensão da fisiopatologia, novas drogas e avanços técnicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001; 16:14-9.
- 2 Crawford Jr F A, Anderson R P, Clark R E et al. - Volume requirements for cardiac surgery credentialing: a critical examination. *Ann Thorac Surg* 1996; 61:12-6.
- 3 Sethi G K, Hammermeister K E, Oprian C, Henderson W - Impact of resident training on postoperative morbidity in patients undergoing single valve replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 101:1053-9.
- 4 Loop F D - On medical management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121:25S-8S.
- 5 Starnes V A, Barr M L, Webster J A - Building a clinical cardiothoracic surgical program: a multi-institutional model. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121:8S-11S.
- 6 Baumgartner W A & Stuart R S - Building a clinical program in a single institution. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121:125-65.
- 7 Training, examination, and certification of a thoracic surgeon - a position paper of the American Board of Thoracic Surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79:937-9.

André Luiz Tyszka

Cirurgião do Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital Santa Rita de Maringá, PR, Brasil.

Senhor Editor,

Em referência aos comentários do Dr. André Luiz Tyszka sobre o nosso trabalho "*Optimização da perviabilidade do enxerto venoso na revascularização miocárdica: compreensão da fisiopatologia, novas drogas e avanços técnicos*", *Rev Bras Cir Cardiovascular* 2001;16(1) 14-9, pude depreender dois aspectos: o primeiro foi pertinência das observações e a segunda foi minha satisfação e insofismável orgulho em observar o engrandecimento profissional deste residente egresso de nossa Disciplina de Cirurgia Torácica e Cardiovascular da Universidade Federal do Paraná.

Reconheço o fato de que a responsabilidade do ato cirúrgico e suas conseqüências devam ser aplicadas ao cirurgião e não ao Residente em formação. Por outro lado, entendo como verdadeiro que o manuseio mais canhestro, a hemostasia irregular, a fixação errada dos pontos nos ramos colaterais do enxerto, a pressão intraluminal inadequada e a ansiedade em de-

sempenhar rapidamente seu trabalho são aspectos observados mais freqüentemente no Residente que inicia seu aprendizado, ainda que orientado pelo seu mestre, e esses aspectos são fatores de estímulo para um processo de aterosclerose precoce.

Parafrazeando a sua referência de Crawford et al. (1996), onde os mesmos observam que o volume cirúrgico de um Serviço é menos importante que a qualidade do resultado técnico individual do cirurgião. Ora este aspecto não podemos exigir de quem ainda está em formação, ainda que sob tutela maestral.

Danton Rocha Loures

Professor Titular da Universidade Federal do Paraná, Professor Titular da Universidade Evangélica de Medicina do Paraná, Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do Hospital de Clínica da Universidade Federal do Paraná, Chefe do Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, PR, Brasil.

Senhor Editor,

Em relação ao excelente trabalho do Dr. Lisboa e colaboradores⁽¹⁾, do grupo do Dr. Sérgio Almeida de Oliveira, sobre o tratamento cirúrgico da coarctação da aorta pela técnica extra-anatômica, gostaríamos de relatar a diminuição da massa do ventrículo esquerdo em paciente de 32 anos submetido a correção anatômica da coarctação da aorta por toracotomia esquerda (Quadro 1).

Quadro 1

Eco	Pre-op 17/04/00	1º Post-op. (3meses 13/12/00)	2º Post-op (12 meses) 19/09/01
Massa de VE	306	244	221
FE	57,1	58,9	69,4
Gradiente	48 mmHg	5 mmHg	4 mmHg

Como no referido trabalho foi usada a avaliação clínica e angiográfica, gostaríamos de ressaltar também a importância da avaliação ecocardiográfica pós-operatória, já que existem dúvidas sobre a intensidade de benefícios da cirurgia de coarctação da aorta no adulto.

Relato do Caso: M.H.O., 33 anos, 66 kg, funcionário de empresa, queixava-se de falta de ar e no exame físico apresentava hipertensão arterial. O ecocardiograma foi solicitado pelo médico da empresa, em virtude da hipertrofia de ventrículo esquerdo vista ao eletrocardiograma, que revelou coarctação da aorta. A pressão arterial era de 210 X 130 mmHg

em ambos os braços. Com o diagnóstico confirmado apenas pelo ecocardiograma, sem arteriografia, foi submetido a ressecção total da coarctação da aorta e interposição de enxerto de dacron nº 18, em setembro de 2000. A evolução pós-operatória foi excelente, sendo que nos dois primeiros dias apresentou crises de hipertensão arterial (síndrome pós-coarctação) que cedia apenas com b-bloqueador injetável. Em 24/9/2001 apresenta PA de 146 X 92 mmHg com 72 bpm, tomando 20mg de propranolol duas vezes ao dia. Pulsos femorais e pediosos bons. Como se observa no Quadro 1, a massa do ventrículo esquerdo diminuiu e a fração de ejeção melhorou na medida que o gradiente desapareceu. A técnica extra-anatômica tem indiscutíveis vantagens nos casos de patologia associada e esperamos que os resultados hemodinâmicos sejam tão bons quanto os obtidos com a técnica anatômica, conforme demonstramos no relato do caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lisboa L A F, Abreu Filho C A C, Dallan L A O, Rochitte C E, Sousa J M, Oliveira S A – Tratamento cirúrgico da coarctação do arco aórtico em adulto: avaliação clínica e angiográfica tardia da técnica extra-anatômica. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001; 16(3): 187-94.

E. Régis Jucá

Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Brasil.

Samuel Eduardo

Acadêmico Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, Brasil.