

# A História da Cirurgia do Trauma no Brasil

## The History of Trauma Surgery in Brazil

Gustavo Pereira Fraga<sup>1</sup>, Rodrigo Caselli Belém<sup>2</sup>, Vitor Favali Kruger<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor Titular do Departamento de Cirurgia e Coordenador da Disciplina de Cirurgia do Trauma da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Médico Cirurgião do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Supervisor do programa de residência em Cirurgia do Trauma do HBDF, Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup>Médico Cirurgião do Trauma pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Especialista em Cirurgia Geral e do Trauma. Mestre e Doutor em Ciências da Cirurgia pela FCM - Unicamp.

**To cite this article:** Fraga G.P.; Belém R.C.; Kruger V.F. A História da Cirurgia do Trauma no Brasil. Brazilian Journal of Emergency Medicine 2025; 5: 01-27.

Miguel de Cervantes, célebre poeta espanhol (1547 - 1616), escreveu: "A história é émula do tempo, repositório dos fatos, testemunha do passado, exemplo do presente, advertência do futuro". Séculos após, Carl Edward Sagan (1934 - 1996), cientista, astrônomo e divulgador científico norte-americano, escreveu "A História está repleta de pessoas que, como resultado do medo, ou por ignorância, ou por cobiça de poder, destruíram conhecimentos de imensurável valor que, em verdade, pertenciam a todos nós. Nós não devemos deixar isso acontecer de novo".

O presente capítulo traz a versão do autor principal sobre a Cirurgia do Trauma no Brasil, com experiência vivida por mais de 30 anos, e de modo muito respeitoso com opiniões contrárias, e o segundo e terceiros autores, de novas gerações, têm a missão de levar essa história adiante, pois ainda há muito a se fazer por essa especialidade, e talvez a segunda geração (a do autor principal) não tenha tempo hábil para isto.

Para fins didáticos, o texto será dividido nas seguintes partes:

- O trauma e as guerras com participação do Brasil;
- A criação e evolução das sociedades médicas cirúrgicas;
- A Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT);
- A Sociedade Panamericana de Trauma (SPT ou PTS);
- A Cirurgia do Trauma nas academias e a educação na graduação e residência médica;

- A interrupção na formação de especialistas em Cirurgia do Trauma;
- As Ligas de Trauma;
- Perspectivas futuras da Cirurgia do Trauma a partir de 2025.

### O TRAUMA E AS GUERRAS COM PARTICIPAÇÃO DO BRASIL

O conhecimento sobre a cirurgia no século XIX, denominado como século dos cirurgiões, passou por grandes transformações, sendo o maior desafio da época a realização de procedimentos sem o conhecimento dos microrganismos e do controle da dor, e a maioria dos procedimentos eram realizados apenas em último caso, quando o indivíduo não tinha mais opções terapêuticas.

As guerras moldaram o pensamento, os hábitos e o estilo de vida das sociedades, influenciado também de modo significativo a Medicina. Com o avanço da Cirurgia moderna e a necessidade de um ambiente limpo e livre de infecções, foram criados não só os hospitais de guerra, como também cirurgiões tiveram que se reinventar devido ao cenário crítico.

A vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, deu início a uma série de transformações profundas na colônia, que se tornou, a partir de então, o centro do império lusitano. Em fevereiro de 1808 foi criada em Salvador a Escola de Cirurgia da Bahia, e após nove meses, a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica no Rio de Janeiro,

que vieram a fazer parte futuramente, respectivamente, da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Até os meados do século XIX o tratamento não-operatório era o recomendado para os traumatismos abdominais penetrantes. Porém, Baudens<sup>1</sup> sugeriu que, na suspeita de lesão intra abdominal, uma pequena incisão abdominal deveria ser realizada, seguida da colocação de uma esponja na cavidade, a fim de detectar a presença de sangue. Em caso positivo, realizava-se uma laparotomia para controlar o sangramento. Naquela época muitos cirurgiões manifestaram-se a favor do tratamento intervencionista, porém raros foram os que se encorajaram a fazê-lo.

Na época da Guerra Civil Americana (1861 a 1865) Mac Cormac<sup>2</sup> lançou um aforisma: “um ferido abdominal de guerra morre quando operado e pode sobreviver se não for operado”. Isto baseava-se em resultados desastrosos obtidos com o tratamento cirúrgico até então. Em 3960 casos de tratamento não operatório relatados por Borden<sup>3</sup>, a mortalidade foi de 90%.

Em 1896, Rehn<sup>4</sup> descreveu a primeira sutura cardíaca bem sucedida em todo o mundo. Em 1900, o Dr. Alfredo José Cardoso, natural de Piracicaba, defendeu na Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, sua tese de doutoramento sobre “Cirurgia do Coração”, com experiências em animais sobre a sutura cardíaca e revisão da literatura mundial, coletando 41 casos de ferimentos cardíacos operados nos Estados Unidos e Europa.<sup>5</sup> Em 1905, o Dr. João Alves de Lima<sup>6</sup> foi o primeiro a praticar a sutura cardíaca em nosso país, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em paciente com ferimento na região lateral esquerda do esterno, que foi suturado, porém o paciente sobreviveu apenas uma hora. Em 1927 foi descrito por Silvio Brauner, no Pronto Socorro do Rio de Janeiro, o primeiro caso bem sucedido de paciente com ferida por objeto cortante na aurícula esquerda, que foi suturado com pontos de catgut.<sup>5</sup>

Em 1914, quando iniciou a Primeira Guerra Mundial, o Brasil conviveu com o conflito europeu, que terminou em 1918. O Brasil, assim como outras nações americanas, inclusive os Estados Unidos, optou pela neutralidade. A guerra provocou enorme dano às exportações, principalmente de café, o principal e quase único produto exportado, com graves efeitos negativos para a frágil economia brasileira.<sup>7</sup>

No início da Primeira Guerra Mundial a recomendação dos exércitos francês e britânico era de não explorar os ferimentos abdominais. Contrariamente, a Associação Americana de Cirurgia, em 1887, preconizava o tratamento cirúrgico<sup>8</sup>. Depois da Conferência Interaliada de Cirurgia, em 1915, começaram as estatísticas a pender francamente

para o tratamento cirúrgico. O estudo de Wallace<sup>9</sup>, em 1917, reportou 1.200 casos de lesões abdominais tratados cirurgicamente, com mortalidade global de 53,9%.

Em maio de 1917, sob influência de Ruy Barbosa, que desde 1916 já vinha usando da sua potente oratória para conclamar a sociedade brasileira a se engajar no apoio às nações aliadas, principalmente às vítimas de Guerra, foi implantado um Hospital Brasileiro em Paris, mantido pela colônia brasileira na França e por doações oriundas do Brasil, e neste hospital trabalharam vários médicos brasileiros que estavam radicados em Paris, a trabalho ou estudo. Posteriormente foi enviada uma Missão Médica Militar, composta de cirurgiões militares de carreira e civis comissionados em patentes militares, para atuarem em um hospital de campanha no teatro de operações europeu, criando em julho de 1918 a Missão Médica Especial de Caráter Militar. A participação foi limitada em 86 médicos, entre eles, o Professor Benedicto Montenegro, um dos criadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).<sup>10</sup> Um dos desafios foi a atenção às vítimas da Gripe Espanhola, e médicos e cirurgiões da missão foram distribuídos em hospitais militares franceses para fazerem sua aprendizagem de medicina e cirurgia de guerra. Enfermeiras diplomadas pela Cruz Vermelha ou apresentando certificados de trabalhos de idoneidade profissional auxiliaram nos trabalhos.<sup>10,11</sup>

Vários artigos relatando a experiência civil no tratamento cirúrgico dos traumatismos penetrantes do abdome foram publicados entre 1920 e 1940. Na literatura nacional, destaque para a experiência de Corrêa Netto, Etzel e Cerruti<sup>12</sup>, que durante a Revolução Constitucionalista de 1932, trataram cirurgicamente 22 pacientes com ferimento penetrante abdominal, com mortalidade de 64%. Importante destacar o Prof. Alípio Corrêa Netto, catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina (atualmente UNIFESP), um dos expoentes da medicina brasileira, foi um dos grandes propagadores da verdadeira especialização, criando em sua Enfermaria novas diretrizes, com os grupos de especialidades cirúrgicas, conforme reportado pelo Prof. Jairo Ramos.<sup>13</sup> Prof. Corrêa Netto incentivou o crescimento de seus assistentes, contribuindo na formação do Prof. Euryclides de Jesus Zerbini e Prof. Arrigo Antônio Raia.<sup>14-16</sup> Importante destacar esses ícones da cirurgia no Brasil, sendo que o Prof. Zerbini foi o primeiro médico brasileiro e o quinto do mundo a realizar um transplante de coração, apenas seis meses após o transplante pioneiro, realizado em dezembro de 1967, pelo cirurgião sul-africano Christian Barnard. A Figura 1 mostra o Prof. Zerbini e Dr. Barnard, em 1968.

Em 1942 o Prof. Corrêa Netto alistou-se na Força Expedicionária Brasileira (FEB) e em 1944 seguiu para



**Figura 1.** Adib Jatene, Euryclides de Jesus Zerbini, Dante Pazzanese, Campos Freire e Christiaan Barnard (da esquerda para a direita, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 25 de setembro de 1968). Original no Museu da Faculdade de Medicina da USP. Créditos: Arquivo Estadão.

a Europa, onde permaneceu até o final do conflito no atendimento médico dos que lutavam numa das mais difíceis zonas de combate no centro da Itália.<sup>13</sup> Existem relatos interessantes sobre a participação do serviço de saúde do Exército Brasileiro durante a Segunda Guerra Mundial.<sup>17</sup>

No que se refere ao atendimento pré hospitalar, na Segunda Guerra Mundial o transporte aeromédico foi reconhecido como parte essencial no tratamento e recuperação dos feridos, e foi amplamente utilizado, com a formação de esquadrões voltados apenas para esse tipo de missão. Eram utilizadas aeronaves de transporte de tropa adaptadas, e foi introduzindo o conceito de tripulação especializada, constituída em sua grande parte pelas Enfermeiras de Voo (*Flight Nurses*) da Força Aérea Americana, que recebiam treinamento específico para o transporte aeromédico de pacientes.<sup>18</sup>

Durante a Guerra da Coreia (1950 a 1953) houve uma redução importante do tempo de resgate dos traumatizados, que eram admitidos nos serviços médicos, em média, 3 horas após o trauma.<sup>19</sup> O transporte era feito por meio de helicópteros para hospitais bem equipados e com médicos experientes, geralmente situados relativamente próximos aos campos de batalha.

Na vida civil merece destaque em nosso meio a sistematização de condutas cirúrgicas em relação

ao reparo primário das lesões de cólon proposta por Haddad (1966), que embora não citados na literatura internacional, orientaram as condutas para muitos cirurgiões brasileiros.<sup>20,21</sup>

Na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o Prof. Luis Sérgio Leonardi defendeu em 1972 a Tese de Doutorado intitulada “Contribuição ao tratamento dos ferimentos do duodeno e do pâncreas”, sob orientação do Prof. Arrigo Antonio Raia.<sup>22</sup>

Na FMUSP o Prof. Mário Ramos de Oliveira foi o primeiro Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Geral, empossado em 1977.<sup>23</sup> Exerceu a chefia durante 10 anos da 3ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da USP, que engloba os Serviços de Cirurgia Eletiva e de Pronto-Socorro, sendo sucedido, respectivamente, pelos cirurgiões: Benedicto Augusto de Freitas Montenegro (12 anos), Alípio Corrêa Netto (15 anos) e Arrigo Raia (5 anos). Ele publicou os primeiros livros dedicados à Cirurgia do Trauma: Normas e Condutas em Cirurgia do Trauma (1983, em coautoria com R. Y. Morimoto e Dario Birelino) e Cirurgia do Trauma (1985, em coautoria com Dario Birelino).<sup>23</sup>

No estado de São Paulo, em 1984, a Polícia Militar iniciou o emprego de aeronaves de asas rotativas através do Grupamento de Radiopatrulha Aérea “João Negrão” (GRPAe), operando duas aeronaves do tipo Esquilo, em missões de policiamento, salvamento, observação,

transporte e monitoramento do trânsito na região metropolitana da cidade de São Paulo. Apenas em 1989, após a implantação do Sistema de Resgate a Acidentados, convênio entre a Secretaria de Segurança Pública e Secretaria Estadual de Saúde (SES), que se iniciaram as missões de resgate aeromédico no GRPAe.<sup>24</sup>

Em 1987, na FMUSP, o Prof. Dario Birolini criou a primeira área acadêmica no Brasil dedicada à Cirurgia do Trauma, com a aprovação como Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Trauma.<sup>25</sup> Em 15 de janeiro de 1982 o Prof. Birolini fundou a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), que em seu estatuto descreve no artigo 1º, parágrafo único: “A SBAIT é representativa da cirurgia do trauma perante organismos de saúde e previdência nacionais e internacionais”.<sup>26</sup> No final de 1987, em Campinas, o Prof. Mario Mantovani criou a Disciplina de Cirurgia do Trauma (DCT) na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).<sup>27</sup> A Figura 2 mostra os professores Samir Rasslan, Mario Mantovani, Dario Birolini e médicos assistentes da DCT na comemoração dos 10 anos de criação, em 1997.

O Prof. Augusto Paulino-Netto, do Rio de Janeiro, descreveu que o avanço da medicina e cirurgia nos anos 1950 a 2010 criou um sistema integrado de saúde, que ele denominou de “sistema integrado de tratamento de doenças”, que, baseado em informações obtidas por evidências comprovadas, possibilitou melhor tratamento médico na época.<sup>28</sup> Um marco histórico foi o lançamento do livro “Trauma: A Doença dos Séculos”, em 2001, do Prof. Evandro Freire, Livre-Docente da Faculdade de Medicina da UFRJ e Chefe de Equipe do Serviço de Pronto Socorro do Hospital Estadual Getúlio Vargas, de 1955 a 1990.<sup>29</sup>

No prefácio do livro do Prof. Freire o Prof. Birolini escreveu: “o cirurgião que se dedica ao atendimento das vítimas do trauma necessita ter, obrigatoriamente, um perfil adequado. Deve ser capaz de avaliar rapidamente..., escolher as opções diagnósticas e terapêuticas mais sensatas..., deve ter maturidade de identificar o que deve efetivamente ser feito..., deve ter qualificação para realizar os procedimentos indicados mesmo em situações precárias..., deve saber o que fazer e quando parar... neste atendimento, passa a fazer a medicina de forma integral, global e abrangente”.



**Figura 2.** Comemoração de 10 anos da DCT Unicamp. Da esquerda para direita: Jorge C. M. Curi, Waldemar Prandi Filho, Admar Concon Filho, Samir Rasslan, Dario Birolini, Mario Mantovani, Luis A. Albigante, José Benedito Bortoto, Gustavo P. Fraga e Guilherme V. Meirelles.

Mais adiante, nessa publicação de 2001, registrou: “em realidade, se existe um campo da medicina no qual o médico precisa ser dotado de conhecimentos básicos, de espírito crítico e de qualificações técnicas, este campo é a cirurgia do trauma” (Figura 3).

No primeiro capítulo do livro do Prof. Freire, sobre “Histórico do trauma”, o Prof. Julio Sanderson de Queiroz já destacava que “a incidência de traumas aumenta a cada ano, mês e dia em face de três inexoráveis crescimentos: da população, do número de veículos e da exposição ao risco”.<sup>30</sup> E passadas mais de duas décadas, a doença trauma no Brasil continua como a principal causa de óbito da população jovem.

### A CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DAS SOCIEDADES MÉDICAS CIRÚRGICAS E DE URGÊNCIA

Em 1929 um grupo de cirurgiões liderados pelo Dr. Antônio Benevides Barboza Viana fundaram no Rio de Janeiro uma

entidade médica nos mesmos moldes do *American College of Surgeons* (ACS) e denominaram de Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).<sup>31</sup> A primeira diretoria foi composta por 12 cirurgiões e o Dr. Augusto Brandão Filho foi o primeiro presidente. Em 1930 foi criada a Revista do CBC e o primeiro congresso foi realizado em 1938, na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Em 1961 o CBC inaugurou a sua primeira sede própria, num casarão no bairro Botafogo. Em 1971 realizou o primeiro concurso para título de especialista em Cirurgia Geral. Em 1979, no cinquentenário do CBC, foi inaugurada a nova sede, em Botafogo, onde está localizada no Rio de Janeiro até os dias atuais. Em 1991 o CBC passou a integrar a Associação Médica Brasileira (AMB), como Departamento de Cirurgia Geral, e em 2000 desenvolveu uma maior integração com a AMB, sociedades de especialidades cirúrgicas, Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Apenas em 2018 a CNRM aprovou o programa de residência médica em Cirurgia Geral com três anos de duração.



**Figura 3.** Defesa de Doutorado de Gustavo P. Fraga, em 2004, com os membros da banca (da esquerda para a direita): Renato G. G. Terzi, Sandro Rizoli, Evandro Freire, Mario Mantovani, Gustavo P. Fraga, Dario Birolini, Ilka de Fátima S. F. Boin e Hamilton Petry de Souza.

A SBAIT foi fundada em 1982 por um professor da USP e em 1988, o Prof. Dr. Henrique Walter Pinotti, então Titular da Cirurgia Digestiva da Faculdade de Medicina da USP, fundou o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD).<sup>32</sup> O segundo presidente, na gestão 1991/1992 foi o Prof. Luis Sérgio Leonardi, da Unicamp, e o terceiro (1993/1994) foi o Prof. Edmundo Machado Ferraz, da Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente o CBCD possui mais de 20 serviços reconhecidos no Brasil, formando cerca de 100 especialistas anualmente. E é o responsável por elaborar as Normas da Residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo no Brasil, adotadas pelo CFM e CNRM, e criou o título de Especialista em Cirurgia Digestiva. Ainda que o indivíduo não tenha feito residência especializada, a prática clínica, no entanto, lhe permite prestar o exame de título. Dessa forma, poderá obter a certificação que lhe assegure o livre exercício profissional.

Como especialidade e como órgão representativo, o CBCD foi além e deu respaldo às entidades associativas que não são especialidades. Entretanto, representam áreas de interesse dos cirurgiões do aparelho digestivo. Nesse sentido, o colégio abriu suas portas para a SOBRACIL (Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica)<sup>33</sup>, SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica)<sup>34</sup>, ABCG (Associação Brasileira de Câncer Gástrico), para o Clube do Pâncreas e Brazilian Branch of International Hepato-Pancreatic-Biliary Association. Esta atitude permitiu que estas entidades atuem e colaborem tanto na divulgação de conhecimentos quanto junto aos órgãos representativos maiores como a AMB e CFM, com melhor capacitação dos profissionais e benefícios no cuidado aos pacientes.<sup>32</sup>

A Tabela 1 cita diversas sociedades de especialidades cirúrgicas existentes no Brasil, com o ano de criação e

**Tabela 1.** Sociedades de especialidades cirúrgicas existentes no Brasil.

Sociedade	Ano de fundação	Primeiro Presidente	Sede atual
Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) <sup>35</sup>	1926	Dr. Agenor Estellita Lins	Rio de Janeiro, RJ
Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) <sup>31</sup>	1929	Dr. Augusto Brandão Filho	Rio de Janeiro, RJ
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) <sup>36</sup>	1935	Dr. Luiz Manoel de Rezende Puech	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCEP) <sup>37</sup>	1945	Prof. Dr. Sylvio D'Ávila	Rio de Janeiro, RJ
Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) <sup>38</sup>	1948	Dr. José Maria Cabello Campos	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCEP) <sup>39</sup>	1948	Dr. José Rebello Neto	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare (SBACV) <sup>40</sup>	1952	Dr. Mario Degni	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) <sup>41</sup>	1957	Dr. José Ribe Portugal	São Paulo, SP
Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE) <sup>42</sup>	1964	Prof. Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP) <sup>43</sup>	1967	Dr. Jorge Fairbanks Barbosa	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) <sup>44</sup>	1969	Prof. Dr. Euryclides de Jesus Zerbini	São Paulo, SP
Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET) <sup>45</sup>	1980	Dr. Albino Júlio Sciesleski	São Paulo, SP
Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) <sup>46</sup>	1980	Profa. Dra. Mariza D'Agostino Dias	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) <sup>26</sup>	1982	Prof. Dr. Dario Birolini	São Paulo, SP
Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) <sup>32</sup>	1988	Prof. Dr. Henrique Walter Pinotti	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Videocirurgia, Robótica e Digital (SOBRACIL) <sup>33</sup>	1991	Dr. Caio Parente Barbosa	Rio de Janeiro, RJ
Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) <sup>34</sup>	1996	Dr. Arthur Belarmino Garrido Jr.	São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT) <sup>47</sup>	1997	Prof. Dr. Vicente Forte	São Paulo, SP
Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) <sup>48</sup>	2008	Dr. Luiz Alexandre Alegretti Borges	Porto Alegre, RS
Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal (SBH) <sup>49</sup>	2009	Dr. Ricardo Zugaib Abdalla	Curitiba, PR

o nome do primeiro presidente. Todas essas sociedades listadas têm grande relação com a assistência de pacientes com urgências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas.

Em 1997 foi criada a Comissão Mista de Especialidades (CME), com prioridade de definir os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais. A Resolução CFM nº 1634/2002 definiu a especialidade como núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade<sup>50</sup>. As características das especialidades estão descritas no Quadro 1.

No que se refere às especialidades médicas, é importante destacar o trabalho em conjunto entre a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Em setembro de 2003 aconteceu uma reunião dessa comissão tríplice. Não foi esclarecido se um documento encaminhado pela SBAIT, solicitando a aprovação do Trauma como Especialidade, com período de residência de dois anos, constava da pauta, para que fosse devidamente apreciado, sensibilizando o Comitê de Trauma do CBC. Fatos estranhos aconteceram ao longo da história.

Em setembro de 2005 a Associação Médica Brasileira (AMB), preocupada com as sequelas sociais provocadas pelo trauma, criou a sua Comissão de Trauma, composta por Izio Kowes, Milton Steinman, Domingos André Fernandes Drumond, Renato Sérgio Poggetti, Luis Carlos von Bahten e Mario Mantovani como membros titulares.<sup>51</sup> Também em 2005, a SBAIT lançou o projeto piloto de implantação na rede hospitalar pública e privada do atendimento ao trauma, denominado Projeto Trauma 2025<sup>52</sup>. Participaram do projeto a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), Associação da Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Nacional das Igrejas

Cristãs e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). O Projeto Trauma 2025 tinha como objetivo produzir maiores resultados na área de assistência aos traumatizados sem mesclar interesses públicos ou privados<sup>52</sup>.

Em 2008 existiam no Brasil 53 especialidades e 54 áreas de atuação. Em maio de 2009 foi realizado em Brasília o II Fórum Nacional de Especialidades Médicas, organizado pela Comissão Mista de Especialidades, composta pelo CFM, AMB e CNRM. A Medicina de Emergência, após mais de uma década de solicitação, foi aprovada como especialidade médica em 2015, e está sob a coordenação da ABRAMEDE<sup>48</sup>. O livro “Medicina de Emergência no Brasil: a história não contada”, de Frederico Arnaud *et al.*<sup>53</sup> descreve toda a trajetória do reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade. Entre as entidades apoiadoras estava a SBAIT, que apoiou oficialmente esse reconhecimento, porém passados mais de 10 anos, ainda não consegue aprovar a Cirurgia do Trauma e Emergência Cirúrgica como especialidade.

A Demografia Médica no Brasil 2025 realizou um abrangente estudo para a compreensão do complexo cenário da medicina nacional, numa colaboração entre a AMB, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)<sup>54</sup>. São 635.706 médicos e 448 escolas de medicina ativas no Brasil. Entre as 55 especialidades médicas, a Medicina de Emergência foi a que apresentou o maior percentual de crescimento na formação de especialistas entre 2011 e 2024, passando de 52 para 917 profissionais especializados, com crescimento de 1663%. Atualmente no Brasil existem aproximadamente 70 programas de residência médica de Medicina de Emergência. Isto é uma prova incontestável que a criação da especialidade foi determinante para a qualificação na formação de recursos humanos para atuarem nas urgências no Brasil. A Demografia Médica 2025 mostrou que no Brasil existem 591 médicos certificados com a área em atuação de Cirurgia de Trauma e no ano de 2024 apenas 9 estavam fazendo o programa de residência.<sup>54</sup>

Ainda no Demografia 2025, na apresentação, o Dr. Felipe Proenç de Oliveira, Secretário de Gestão do Trabalho e

#### Quadro 1. Especificações para o reconhecimento de uma especialidade médica.

##### Características

Complexidade das doenças e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em setor específico.

Ter relevância epidemiológica e demanda social definida.

Ter programa de treinamento teórico-prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica.

Ter relevância epidemiológica e demanda social definida.

Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica.

da Educação na Saúde (SGETS) do Ministério da Saúde, descreveu: “A interlocução entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Associação Médica Brasileira, conduzida pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aponta para um objetivo comum: ter informações confiáveis para discutir o futuro da educação médica. É compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde dar publicidade e transparência a essas informações, integrando diversas bases de dados para disponibilizá-las a pesquisadores, organizações da sociedade civil e à população”.<sup>54</sup> Mais adiante, no capítulo 13, estão descritos os resultados de inquérito nacional sobre o trabalho dos médicos cirurgiões e sua inserção no sistema de saúde brasileiro, que considerou a relação de 8.278 membros ativos do CBC e chegou-se ao total de 6.869 indivíduos, para os quais existiam dados cadastrais completos necessários à pesquisa. Com uma amostra final analisada composta por 1.544 cirurgiões, constatou-se que a maioria dos cirurgiões entrevistados está nas capitais (938; 60,8%), 1.385 (89,7%) têm título de especialista em Cirurgia Geral e 922 (59,7%), além dessa titulação, têm título em pelo menos mais uma especialidade cirúrgica. Sabe-se que a maioria dos cirurgiões plásticos (6.960 especialistas no Brasil), urologistas (6.227 especialistas) e cirurgiões vasculares (5.782 especialistas), entre outras especialidades cirúrgicas, não são associados do CBC, que realizou o inquérito, e constatou que dos médicos cirurgiões participantes, segundo procedimentos cirúrgicos para os quais se declararam preparados, apenas 77,3% declararam ter aptidão para a prática cirúrgica de laparotomia exploradora (traumáticas e/ou não traumáticas) e 44,7% para uma toracotomia exploradora. Os autores fizeram um bom levantamento das condições cirúrgicas gerais e cirurgias essenciais, definidas como aquelas que são frequentes, relativas a problemas de saúde mais prevalentes e que podem ser tratados com sucesso por um procedimento cirúrgico factível e custo-efetivo, realizadas por médicos especialistas em Cirurgia Geral, conforme a matriz de competências da especialidade definida pela CNRM, sendo analisados os casos de cirurgias de apendicectomia, colecistectomia e correções de hérnias da parede abdominal.<sup>54</sup>

Interessante observar que no mesmo Demografia 2025 está descrito que as sociedades de especialidades médicas desempenham papel central no sistema de formação e certificação de especialistas, sendo responsáveis pelas provas de título e, junto à CNRM, estabelecendo matrizes e padrões de competência para os profissionais. Há um quadro com as percepções de pesquisadores e especialistas em educação médica, com um consenso: a formação e a oferta de médicos especialistas estão descoladas das necessidades da população e demandas do SUS. E no mesmo Quadro, na página 199, existem entre as

recomendações: condicionar a expansão da residência médica a critérios epidemiológicos e necessidades dos territórios e implementar programas de atração e preparação de preceptores na formação de médicos especialistas.<sup>54</sup>

As sociedades médicas foram apontadas como parceiras estratégicas potenciais do Estado na criação de políticas públicas que promovam maior equidade na distribuição e acesso a especialistas. Há destaque para a frase de um representante de sociedade médica “De fato, (é preciso) começar a olhar para as necessidades da população, fazer uma reforma: a quantidade de especialistas, como fôrmo, parar de ficar tentando manter o status quo dentro da CNRM... Tem que partir das sociedades médicas, demonstrar que quer fazer a mudança, cobrar do governo e construir junto com o governo”.<sup>54</sup>

Em de 21 de julho de 2010 foi apresentado o edital convocatório n. 19, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) do Ministério da Saúde e Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, sobre o Pró-Residência, que colocou a Área de Atuação em Cirurgia do Trauma como uma das prioritárias para a capacitação de profissionais no Brasil. Isso se repetiu em 2011, em que em todos os estados a Cirurgia do Trauma era uma área estratégica.<sup>55</sup>

Em maio de 2025 foi publicado novo edital de adesão de órgãos e instituições para apoio à criação de Programas de Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) estratégicos para o SUS, onde consta entre os Mais Especialistas a Cirurgia Geral, porém não a Cirurgia do Trauma.<sup>56</sup> Será que causas externas e trauma deixaram de ser um problema de saúde pública nos últimos anos no Brasil ou a sociedade que participa dessas decisões continua bloqueando a solicitação da SBAIT?

## A SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO (SBAIT)

A SBAIT foi fundada em 1982 e constituída como uma sociedade civil com sede na Rua Olegário Mariano, 671, Jardim Guedala, na cidade de São Paulo, sem fins lucrativos, de duração indeterminada, de caráter científico-cultural, relacionada às áreas multidisciplinares de atendimento a pacientes traumatizados. O primeiro presidente foi o Prof. Dario Birolini e o estatuto inicial da SBAIT descrevia no Capítulo X a composição da Diretoria, no Artigo 51º, o órgão executivo da Sociedade composto por: Presidente, dois Vice Presidentes, um Secretário Geral, 1º e 2º Secretários, 1º e 2º Tesoureiros, eleitos por voto direto de todos os sócios, em votação organizada e

conduzida pelos Capítulos. O mandato da Diretoria era de 2 (dois) anos. Na primeira gestão o 2º Secretário foi o Prof. Samir Rasslan, na época coordenador do Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo.

O segundo presidente foi o Prof. Renato Sérgio Poggetti, com formação na Universidade de São Paulo, com gestão nos biênios 1995/1996 e 1997/1998. Importante lembrar que o primeiro curso de Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS®) foi realizado na USP, em 1989, e a sede da SBAIT foi transferida para a Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 471, no prédio da Fundação Faculdade de Medicina, onde estava instalado o Programa ATLS®, em São Paulo. O primeiro Congresso da SBAIT foi realizado em Salvador, em 1995, sob a coordenação local do Prof. Izio Kowes, egresso da residência médica na Santa Casa de São Paulo. Esse congresso foi junto com o VIII Congresso da Sociedade Panamericana de Trauma (SPT), que já havia promovido o seu III Congresso em 1990, no extinto Hotel Macksoud Plaza, em São Paulo. Ambos os eventos receberam em torno de 1000 participantes, atraindo muitos jovens cirurgiões interessados na área de Cirurgia do Trauma, que era reconhecida como uma especialidade médica na época. O acadêmico Gustavo P. Fraga, no quarto ano da FCM - Unicamp em 1990, participou deste congresso e se associou à SPT, uma vez que atuava como monitor da DCT Unicamp após os ensinamentos do Prof. Mario Mantovani, um grande entusiasta da Cirurgia do Trauma. Em 1995 Fraga participou como R3 de Cirurgia do Trauma da Unicamp, do primeiro Congresso SBAIT, em Salvador, apresentando vários trabalhos científicos. Vale lembrar que frequentou o famoso Curso Anual de Cirurgia de Urgência no Hotel Macksoud Plaza, um sábado por mês, promovido pelos professores Birolini e Rasslan, nos anos de 1991 (nona edição, ou seja, foi criado em 1983, no ano seguinte à criação da SBAIT, e tinha o apoio do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões), 1992, 1995 e 1996. Outro organizador desse curso era o Prof. Roberto Saad Júnior, da Área de Cirurgia Torácica da Santa Casa de São Paulo e é interessante observar que o apoio ao curso era apenas do CBC SP, e nos programas não constava a SBAIT.

O terceiro presidente da SBAIT, para as gestões 1999/2000 e 2001/2002, foi o Prof. Mario Mantovani, que teve como vice presidentes o Prof. Poggetti e o Prof. Rasslan, e como Secretária Geral a saudosa Profa. Eliana Steinman, e como 2º Tesoureiro o saudoso Prof. Adoniran de Mauro Figueiredo. Na primeira gestão ocorreu a primeira revisão do Estatuto da SBAIT, fortalecendo a criação de Capítulos em diferentes estados, e a sociedade passou a ter maior abrangência nacional, o que vinha acontecendo paralelamente com a criação de Núcleos de ATLS®.

A Tabela 2 resume a lista dos presidentes e congressos da SBAIT desde a criação em 1982.

Em julho de 2003 ocorreu uma segunda revisão do estatuto da SBAIT. Nos congressos de 2004, em Belo Horizonte, e 2006, em Salvador, nas Assembleias da SBAIT, aconteceram grandes debates para que a Cirurgia do Trauma voltasse a ser uma especialidade médica, e em 2007 o Prof. Mario Mantovani assumiu novamente a presidência da SBAIT. A sede da sociedade foi transferida para o prédio da Associação Paulista de Medicina (APM), na Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 278, na Bela Vista, em São Paulo. Foi contratada pela APM a secretária sra. Nancy Job, que trabalhou na SBAIT até 2022.

Ao longo de seus 43 anos a SBAIT desenvolveu muitas atividades na área de educação e extensão para a comunidade. A Tabela 3 lista algumas dessas ações, várias delas em parceria com a SPT.

Em 2009, serviços com associados da SBAIT começaram a participar das reuniões via Telemedicina “Trauma Tele Grand Rounds” em parceria com a Universidade de Miami, e posteriormente com a SPT. As reuniões de telemedicina aumentaram o interesse dos alunos, permitiram as instituições acompanharem e discutirem protocolos que já são aceitos em todo o mundo e estimularam os professores a promoverem pesquisas relacionadas à telemedicina em suas próprias especialidades, mantendo-os atualizados e melhorando a educação continuada dentro de cada instituição participante.<sup>57,58</sup> O idealizador dessas reuniões via Telemedicina foi o Dr. Antônio Marttos, brasileiro que atua no Ryder Trauma Center, da Universidade de Miami, desde os anos 2000 e é Membro Honorário da SBAIT.<sup>58</sup>

Da experiência com o uso da telemedicina em educação, a SBAIT e o CBC, com participação ativa da Revista do CBC, se uniram com professores da Universidade de Toronto para reproduzirem uma experiência que já estava dando certo no Canadá e poderia ser um grande sucesso dessas entidades no Brasil: reuniões de revista (journal clubs) via telemedicina. Foi criado o Telemedicina Baseada em Evidência - Cirurgia do Trauma e Emergência (TBE-CiTE).<sup>59</sup> O Prof. Sandro Rizoli, egresso da Unicamp e que desde o início dos anos 1990 mudou-se para o Canadá, onde virou professor e depois chefe do serviço de trauma na Universidade de Toronto, Membro Honorário da SBAIT, foi um dos mentores desse programa. O público alvo foram os cirurgiões assistentes, residentes, pós graduandos e acadêmicos, envolvendo simultaneamente vários serviços para discutirem um assunto previamente agendado. O TBE-CiTE teve início em 2012 e descreveu entre os seus propósitos: “Nesse momento de desenvolvimento do nosso país em várias esferas, inclusive científica, em que as

**Tabela 2.** Lista dos presidentes e congressos da SBAIT.

Ano	Presidente	Congresso	Ano	Cidade	Parceria
1982 - 1995	Dario Birolini	I SBAIT	1995	Salvador	VIII SPT
1995/1996	Renato S. Poggetti				
1997/1998	Renato S. Poggetti	II SBAIT	1997	São Paulo	
1999/2000	Mario Mantovani	III SBAIT	1999	São Paulo	
		IV SBAIT	2000	São Paulo	
2001/2002	Mario Mantovani	V SBAIT	2002	São Paulo	XV SPT
2003/2004	Domingos André F. Drumond	VI SBAIT	2004	Belo Horizonte	
2005/2006	Izio Kowes	VII SBAIT	2006	Salvador	
2007/2008	Mario Mantovani	VIII SBAIT	2008	Campinas	XXI SPT e X CoLT
2009/2010	Hamilton Petry de Souza	IX SBAIT	2010	Porto Alegre	
2011/2012	Sizenando V. Starling	X SBAIT	2012	Rio de Janeiro	WTC e XIV CoLT
2013/2014	Gustavo P. Fraga	XI SBAIT	2014	Manaus	XVI CoLT
2015/2016	Sandro Scarpelini	XII SBAIT	2016	Maceió	XXIX SPT e XVIII CoLT
2017/2018	José Mauro S. Rodrigues	XIII SBAIT	2018	Curitiba	XX CoLT
2019/2021	Tércio de Campos	XIV SBAIT	2021	Online	
2022/2023	Maurício Godinho	XV SBAIT	2023	Florianópolis	XXXV SPT e 35º CBC
2024/2025	José Gustavo Parreira	XVI SBAIT	2024	São Paulo	XXVI CoLT

\* SPT = Sociedade Panamericana de Trauma; CoLT = Congresso Brasileiro das Ligas de Trauma; WTC = World Trauma Congress; CBC = Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

políticas de atenção às urgências estão sendo priorizadas por todas esferas do governo, é fundamental a integração do CBC e SBAIT, divulgando conhecimentos, a fim de que tenhamos cirurgiões bem formados e capacitados, preparados para um atendimento adequado à população brasileira<sup>59</sup>. O TBE-CiTE resultou em 14 reuniões, com respectiva publicação da discussão dos artigos de diferentes temas na Revista do CBC. O programa foi encerrado em 2014.

Entre os eventos, destaque para o World Congress of Trauma (WTC), que foi uma iniciativa da SBAIT, com o apoio de sociedades internacionais, e que reuniu 3.500 participantes no Rio de Janeiro, de 22 a 25 de Agosto de 2012.<sup>60</sup> A abertura contou com a presença do Ministro da Saúde, Dr. Alexandre Padilha. O WTC teve como presidente o Prof. Raul Coimbra, egresso da Santa Casa de São Paulo, que atuou como professor da Universidade da Califórnia, San Diego, desde os anos 1990, Membro Honorário da SBAIT, e o congresso foi o evento precursor da World Coalition for Trauma Care (WCTC).<sup>61</sup> O WTC passou a ser realizado nos anos pares em diferentes países: Alemanha (2014), Índia (2016), Estados Unidos da América - EUA (San Diego, 2018), online (2020), devido a

pandemia do Covid-19), Japão (2022) e EUA (Las Vegas, 2024, embora esse congresso estivesse inicialmente programado para Salvador, Brasil, mas mudou após a pandemia do Covid-19). Em 2026 o WTC está programado para a Suécia, junto com o congresso da ESTES (European Society for Trauma and Emergency Surgery).<sup>61</sup>

No editorial de julho/agosto de 2012 da Revista do CBC, intitulado "CBC e SBAIT: somando para multiplicar", Fraga, Prof. José Eduardo Ferreira Manso e Sizenando Vieira Starling escreveram<sup>62</sup>: "As políticas do governo federal nos últimos anos, sejam no pré hospitalar, na regulação, nas unidades de pronto atendimento e agora com a expectativa da criação da Rede de Trauma, renovam as esperanças dos cirurgiões de trauma e emergência brasileiros. Vale lembrar que nos últimos meses, representantes do CBC e SBAIT se reuniram periodicamente com outras sociedades médicas no Ministério da Saúde em Brasília para desenharem essa rede. Estamos ávidos por mudanças. O movimento das Ligas do Trauma no Brasil, desde 1992, tendo como um dos líderes o saudoso Prof. Mario Mantovani, está em constante crescimento e é um reflexo que os acadêmicos estão ávidos por aprender. As ligas já estão sendo implantadas em outros países, como Venezuela, Paraguai

**Tabela 3.** Ações desenvolvidas pela SBAIT desde a criação em 1982.

Ano	Ação
1982	Criação da SBAIT.
1989	Primeiro curso de ATLS® no Brasil.
1990	III Congresso da Sociedade Panamericana de Trauma (SPT), em São Paulo.
1995	I Congresso SBAIT e VIII Congresso SPT, em Salvador.
1999	Primeira Simulação de Atendimento a Desastres, em São Paulo.
1999	Realização do I Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT), em Campinas.
1999	Criação da Semana do Trauma, em novembro.
2000	Publicação do “Atendimento a Desastres - Manual de Treinamento”.
2000	Colocação de 130.000 cruzeiros no gramado do Congresso Nacional, em Brasília.
2003	Criação do Comitê Brasileiro das Ligas de Trauma (CoBraLT).
2004	Encontro de planejamento estratégico para o aprimoramento do atendimento ao trauma no Brasil, em Belo Horizonte.
2005	Publicação do Projeto Trauma 2025.
2006	Parceria com a SPT, com filiação dos sócios adimplentes da SBAIT à SPT.
2007	Parceria com a Revista Emergência, com a criação do Espaço do Trauma e envio da revista aos associados adimplentes.
2007	Descerramento da placa de “25 anos da SBAIT” na sede da APM.
2007	Participação na Câmara Técnica de Trauma do Ministério da Saúde.
2008	Início do programa P.A.R.T.Y., em Ribeirão Preto.
2008	Parceria entre a SBAIT e o COBEEM (Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência).
2008	Primeiro curso USET (Ultra-som em Emergências e Trauma), da SPT, em Campinas.
2008	Publicação do livro Ultra-som em Emergências e Trauma (USET), em português, em parceria com a SPT.
2008	Primeiro curso Controle de Qualidade, da SPT e WHO, em Campinas.
2009	Criação do Trauma em Revista, com o envio de 6 artigos científicos mensalmente, em PDF, aos associados adimplentes.
	Publicação do livro “Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma”, parceria com WHO, IATSIC e SPT.
2009	Parceria entre a SBAIT e o CoBraLT.
2009	Participação da SBAIT das reuniões via Telemedicina “Trauma Tele Grand Rounds” em parceria com a Universidade de Miami, e posteriormente com a SPT.
2010	Início do programa P.A.R.T.Y., em Campinas.
2010	Primeiro curso DSTC (Definitive Surgical Trauma Care), parceria com a IATSIC, em Ribeirão Preto.
2010	Publicação do livro Trauma, da SPT, dos editores Ricardo Ferrada e Aurélio Rodriguez, edição em português.
2011	Primeiro curso ADMR (Resposta Médica Avançada em Desastre), da SPT, em Campinas.
2012	Publicação do Telemedicina Baseada em Evidência - Cirurgia do Trauma e Emergência (TBE-CiTE), em parceria com a Revista do CBC.
2012	Realização do World Trauma Congress (WTC), no Rio de Janeiro.
2013	Criação do TRAUMA boleTEAM SBAIT, com produção trimestral, enviado impresso e digital a todos associados adimplentes.
2013	Posse da Diretoria da SBAIT com a presença do Ministro da Saúde, Dr. Alexandre Padilha, durante o Intergastro & Trauma 2013, em Campinas.
2013	Criação do Comitê de Prevenção e do programa P.A.R.T.Y. Brasil.
2014	Implantação do Registro de Trauma Brasil (RTB).
2015	Parceria entre a SBAIT e o Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV) para propagar o movimento Maio Amarelo.

2015	Apoio da SBAIT ao Intergastro & Trauma 2015, em Campinas, e realização da II RIAATCE (Reunião Íbero-Afro-Americana de Trauma e Cirurgia de Emergência).
2015	Inauguração da Galeria de Quadros dos Ex Presidentes da SBAIT.
2015	Aliança da ALTEC (Associação Lusitana de Trauma e Emergência Cirúrgica) com a SBAIT.
2017	Apoio da SBAIT ao Intergastro & Trauma 2017, em conjunto com o World Society of Emergency Surgery (WSES) Congress, em Campinas.
2018	Primeiro curso DATC (Definitive Anaesthetic Trauma Care), parceria com a IATSIC, em Campinas.
2018	Lançamento do Manual para Sistemas de Trauma SBAIT.
2019	Primeiro curso European Trauma Course (ETC), em Campinas.
2019	Apoio da SBAIT ao Intergastro & Trauma 2019, em conjunto com o World Congress of Abdominal Compartment Society (WSACS), em Campinas.
2021	Participação no PNATRANS (Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito).
2023	Criação do curso TACS (Trauma and Acute Care Surgery).
2025	Participação na Audiência Pública na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados sobre "Trauma: a doença negligenciada".
2025	Apoio ao CoBraLT para organizar o World Congress of Trauma and Emergency Leagues (WCTEL), junto com o XXVII ColT, em Campinas.

e Colômbia, e o fato do CBC passar a admitir acadêmicos entre seus membros mostra essa preocupação com o futuro. Juntos, CBC e SBAIT podem multiplicar essas ações e atrair cada vez mais médicos para a área de cirurgia. O Brasil provavelmente não precisa de mais médicos (16 mil se formam anualmente), mas sim de bons médicos. E sabemos que a residência médica é o principal momento na formação do cirurgião e um treinamento com dois anos de duração é com certeza insuficiente. Sabemos que o mercado com as diversas especialidades cirúrgicas afasta o jovem profissional da cirurgia geral e o governo, através dos Ministérios da Educação e Saúde, está atento para formar o profissional que o país necessita. O recente programa Pró-Residência, que prioriza entre outras a formação de cirurgiões na área de Cirurgia do Trauma, aponta essa necessidade, e a criação de vários programas em diferentes instituições do país revelam essa demanda reprimida. Vale ressaltar que o campo de treinamento não é só os hospitais universitários, importante é inserir esses residentes nos hospitais de ensino e no SUS, onde é atendida a grande maioria dos doentes traumatizados. O Brasil precisa desse cirurgião bem capacitado, seja geral, do trauma, de emergência ou outro especialista comprometido com todos esses aspectos que essa doença necessita para ser enfrentada. E a nossa função? Precisamos mudar esse cenário. Com a experiência dos mais antigos, a força dos jovens e a sabedoria daqueles que se desprendem das próprias vaidades, estendem as mãos e ajudam aos que mais precisam: as vítimas do trauma. Somos médicos, cirurgiões, e cremos que é somando que se multiplica".<sup>62</sup>

Em maio de 2013, no Intergastro & Trauma, em Campinas, o Ministro anunciou o lançamento da Portaria Nº 1.366,

estabelecendo a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>63</sup>. Poucos foram os centros que conseguiram se cadastrar nessa rede e após alguns anos dessa portaria o cadastro de novos centros foi interrompido.

Em 2013 foi lançado o TRAUMA boleTEAM SBAIT, um informativo de 12 páginas, com produção trimestral, enviado impresso e digital a todos associados adimplentes, para melhor divulgação das atividades da sociedade. Esse periódico deixou de circular em janeiro de 2022.<sup>64</sup>

No editorial de julho/agosto de 2013 da Revista do CBC, intitulado "Mais cirurgiões, menos trauma", Fraga, Prof. Francisco S. Collet-Silva e Hamilton Petry de Souza escreveram<sup>65</sup>: "O Brasil é um dos únicos países do mundo que confere o título de Cirurgião Geral ao médico após dois anos de residência. Além disso, com mais um ano de área de atuação em Cirurgia do Trauma não é possível formar um profissional que conheça epidemiologia, prevenção, atue em pré-hospitalar, seja competente em diagnóstico e conduta (cirúrgica ou não) na sala de urgência, tenha liderança para atuar com outros profissionais e especialidades médicas que o traumatizado grave exige, que desenvolva a técnica cirúrgica de casos complexos, atue em unidade de terapia intensiva cirúrgica, registre e monitore a qualidade do atendimento prestado, auxilie na reabilitação da vítima, desenvolva pesquisa, entre outras habilidades que precisam ser adquiridas nessa fase de treinamento. Ou seja, isso é formar um cirurgião do trauma e emergência, pois obviamente seria esse mesmo

cirurgião o responsável pelas urgências cirúrgicas não traumáticas nos prontos socorros dos grandes hospitais, pois é isso que o SUS e a população brasileira precisam para enfrentar a terceira causa de morte no país. Nesse cenário nacional conturbado, em que a deficiência do sistema de saúde foi atribuída à falta de médicos, acreditamos que SBAIT e CBC devem continuar atuando juntos, empenhados na formação de mais cirurgiões, com qualidade, com programas de residência com maior período de treinamento, incentivando a assistência no SUS, o ensino e a pesquisa. Se passarmos isso para a nova geração de cirurgiões, envolvendo-os em prevenção, talvez no futuro seja possível atingir outra meta, que é ter menos trauma dizimando a nossa população”.<sup>65</sup>

Em 2014, preocupada com a melhoria da qualidade do atendimento a traumatizados, a SBAIT assumiu o desafio de implantar o RTB (Registro de Trauma Brasil) nos principais Centros de Trauma do país.<sup>66</sup> O objetivo era ter dados consistentes e reais sobre este tipo de atendimento para que essas informações fossem usadas em propostas de políticas públicas e na redução de falhas durante o processo. O recém-criado Comitê de Qualidade da entidade iniciou uma série de visitas a hospitais interessados em implantarem o Projeto de Qualidade em Trauma, coordenado pela SBAIT. A Diretoria Executiva da SBAIT convidou o Prof. José Gustavo Parreira para coordenar esse comitê, que afirmou

na época: “O mais importante é que esse programa será a união dos serviços brasileiros interessados em participar do RTB, coordenados pela SBAIT”.<sup>66</sup> O registro foi implantado por um período na Santa Casa de São Paulo, porém não em outros centros do Brasil.

Em 2021 a SBAIT participou da elaboração do Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS), cuja meta era no período de dez anos, reduzir no mínimo à metade o índice nacional de mortos no trânsito por grupo de veículos e o índice nacional de mortos no trânsito por grupo de habitantes.<sup>67-69</sup> Pela SBAIT, Rodrigo Caselli Belém e Gustavo P. Fraga participaram do Pilar 5, de atendimento às vítimas, com a proposição de ações listadas na Tabela 4.<sup>67,68</sup>

O PNATRANS está ainda na sua fase inicial e raras das ações listadas como meta foram executadas até o momento.

## A SOCIEDADE PANAMERICANA DE TRAUMA (SPT)

Em 27 de novembro de 1986 ocorreu em Bogotá, Colômbia, uma reunião a fim de criar uma Associação Panamericana de Trauma. O Dr. Francisco Holguin e Dr. Aurélio Rodriguez, do Peru e que atuava em Baltimore, EUA, explicaram a importância de criar a sociedade.<sup>70,71</sup>

**Tabela 4.** Ações propostas no PNATRANS.

Ações
Realizar reuniões técnicas para monitoramento e acompanhamento da implantação do PNATRANS no âmbito do Pilar 5 - Atendimento às Vítimas.
Adequar as bases operacionais de resgate existentes e criar novas, a fim de atender os critérios de tempo-resposta necessários ao atendimento adequado das vítimas nas principais rodovias.
Desenvolver sistemas locais de atendimento ao trauma, organizando a rede hospitalar.
Disponibilizar novas unidades de pronto atendimento ao longo das rodovias federais e estaduais com os maiores índices de acidentes de trânsito.
Fortalecer o Programa Comandos de Saúde nas Rodovias - CSR.
Implantar centros de trauma, distribuídos estrategicamente nas proximidades das principais rodovias.
Implementar bases de resgate aeromédico em regiões metropolitanas que ainda não dispõem do serviço.
Regulamentar um sistema nacional de chamadas de emergência (eCall).
Desenvolver e implementar modelo de avaliação e monitoramento do atendimento às vítimas.
Ampliar o Programa Pró-Residência com foco nas áreas que atuam no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito.
Construir e regulamentar a Política Nacional de Atendimento ao Trauma, subsidiada por programas que contemplam os eixos: prevenção, atendimento pré-hospitalar (APH), assistência hospitalar e reabilitação.
Criar e implantar o Registro Nacional de Trauma, incluindo a criação de bases regionais e estaduais de atualização.
Criar e implantar um Comitê Nacional de Trauma e os correspondentes estaduais, municipais ou regionais.
Tornar obrigatória a presença de especialistas em Medicina de Emergência e Cirurgia do Trauma (Residência Médica) e Emergência Médica nos hospitais que atendem vítimas de acidentes de trânsito.
Realizar o diagnóstico da cobertura atual de serviços pré-hospitalares nas principais rodovias, bem como seus indicadores e suas dificuldades operacionais (Comitê pré-hospitalar da SBAIT, ABRAMEDE e ABRAMET).

Em 1987, durante simpósio da Cruz Vermelha Mexicana, o Dr. Armando Baqueiro, do México, consolidou a Sociedade com a missão de aprimorar o tratamento de pacientes com trauma nas Américas do Norte, Central e do Sul, com o nome de Sociedade Panamericana de Trauma (SPT ou PTS). Entre os visionários estavam os Drs. Baqueiro, Aurelio Rodriguez, Alejandro Grife, Garcia Morales “El Max”, Gomez Palacio e Carlos Moreno, todos cirurgiões latino-americanos de experiência e renome.<sup>70,71</sup>

Os primeiros membros se reuniram durante o Congresso Anual da Federação de Sociedades Cirúrgicas Latino-Americanas (FELAC) em Quito, Equador, em 1987, e naquela ocasião o Dr. Aurelio Rodriguez foi nomeado o primeiro presidente e Ricardo Sonneborn, do Chile, o primeiro vice-presidente.

O primeiro congresso foi realizado em Porto Rico, em 1988. O segundo congresso, em 1989, também em Porto Rico, teve que ser cancelado devido ao furacão Hugo. O terceiro congresso foi realizado em São Paulo, em 1990, sob a organização do Prof. Dario Birolini.

O Congresso da SPT passou a ser realizado em diferentes países e vários brasileiros já exerceram o cargo de Presidente da SPT, conforme a Tabela 5.<sup>70,71</sup>

No congresso realizado em Monterrey, México, em 2001, o Dr. Charly Genro Camargo foi indicado na reunião da Diretoria para ser presidente eleito, com o apoio do Dr. Aurélio Rodriguez, porém uma manobra política acabou não referenciando o nome dele e isso não consta dos livros de história. Nessa época, o Hospital Cristo Redentor, em Porto Alegre, tinha programa de residência médica em Cirurgia do Trauma.

A SPT desenvolve diversas atividades de educação, com grande participação de membros da SBAIT, com destaque para: parcerias com sociedades locais, divulgações no website, estímulo à pesquisa científica, publicações no Paramerican Journal of Trauma Critical Care & Emergency Surgery (PAJTCCES - trabalho iniciado pelo Dr. Ricardo

Ferrada e reestruturado em 2012 pelo Prof. Rao Ivatury), International Tele-Grand Rounds, promoção de cursos (USET, ADMR, Burn Course, Nursing Course, e outros), organização de fellowships e scholarships internacionais, desenvolvimento de registro de trauma, ações de prevenção, entre outras atividades.<sup>58,70,71</sup>

Em 2019 o Prof. Sandro Rizoli assumiu como editor chefe do PAJTCCES e em 2023 o Dr. Antônio Marttos foi empossado como Diretor Executivo, e embora sejam dois colegas que fizeram suas carreiras profissionais com muito sucesso no exterior, são brasileiros que mostram as possíveis conquistas na área de cirurgia do trauma e emergência cirúrgica, servindo de inspiração e esperança para os mais jovens que pretendem seguir nessa área.<sup>72,73</sup> O famoso programa de Acute Care Surgery, criado nos EUA em 2008, é basicamente uma cópia do modelo adotado no Brasil no final dos anos 1980, com a diferença que em nosso país o cirurgião acaba atuando menos em terapia intensiva, pois existe a especialidade de Medicina Intensiva, que vem crescendo muito (pelo Demografia Médica 2025 são 10.412 especialistas formados) sob a liderança da AMIB.<sup>46,54,74,75</sup> Existem evidências de uma maior participação do Brasil nas publicações científicas em cirurgia do trauma e emergência cirúrgica, mostrando o potencial para a área de pesquisa.<sup>76,77</sup> Isto é muito importante nas academias e universidades, principalmente num país em que existem 448 faculdades de medicina, e todos alunos deveriam ter essa disciplina e ensino na graduação, ministrado preferencialmente por professor que tenha feito sua formação nessa área, uma vez que “cirurgia do trauma não é bico”, frase criada no Hospital de Base do Distrito Federal, em Brasília, que vem sendo adotada por muitos cirurgiões de trauma que pretendem ser especialistas.<sup>54,78,79</sup>

Na área de internacionalização, é importante destacar que o Prof. Sandro Rizoli foi o presidente da Trauma Association of Canadá (TAC), de 2012 a 2014, o Prof. Raul Coimbra foi o presidente da American Association for the Surgery of Trauma (AAST) em 2017 e é o atual editor chefe do Journal

**Tabela 5.** Brasileiros presidentes da SPT.

Ano	Presidente	Instituição de ensino no Brasil
1992/1993	Dario Birolini	USP
2002/2003	Samir Rasslan	Santa Casa de São Paulo / USP
2009/2010	Raul Coimbra	Santa Casa de São Paulo
2010/2011	Renato Sérgio Poggetti	USP
2014/2015	Gustavo Pereira Fraga	Unicamp
2017/2018	Sandro Rizoli	Unicamp
2020/2022	Antônio C. Marttos Jr.	FCMS Santos / FM ABC

of Trauma and Acute Care Surgery, e o Prof. Bruno T. M. Pereira foi o presidente da World Society of Abdominal Compartment Society (WSACS), de 2017 a 2019, sendo que em 2019 o 9º Congresso da WSACS foi realizado em Campinas, junto com o Intergastro & Trauma. Além dos cirurgiões citados, podemos acrescentar à lista outros com brilhantes carreiras na cirurgia do trauma no exterior: Bernardino Castelo Branco (Los Angeles e após Oklahoma, EUA, atualmente na área de cirurgia vascular), Fernando Spencer (Toronto, Canadá, e após Doha, Catar), João Baptista de Rezende-Neto (fellow nos EUA e após professor na Universidade de Toronto, Canadá), Luis Teodoro da Luz (Toronto, Canadá), Marcelo Augusto Fontenelle Ribeiro Jr. (Abu Dhabi e após Baltimore, EUA), Pedro Teixeira (Los Angeles e após Austin, EUA) e Phillipe Abreu (Miami e após Denver, EUA, atualmente na área de transplante).

## A CIRURGIA DO TRAUMA NAS ACADEMIAS E A EDUCAÇÃO NA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

Em 1948 os professores Mariano de Andrade e Alípio Correa Neto, do Rio de Janeiro e de São Paulo, respectivamente, idealizaram os primeiros Programas de Residência Médica em Cirurgia no Brasil, ainda sem regulamentação. Em 1977 ocorreu a assinatura do decreto que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que é responsável pelo credenciamento dos programas de residência médica no Brasil. A partir de 1981, a residência médica tornou-se uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos e caracterizada por treinamento em serviço, sob a forma de curso de especialização.

Em 1987 o Prof. Dario Birolini criou a Disciplina de Cirurgia do Trauma na FMUSP.<sup>25,80</sup> Em seguida foi implantado o programa de residência médica, que formou vários especialistas, até 2003. O mesmo aconteceu na Unicamp. A Disciplina de Cirurgia do Trauma (DCT) do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) foi fundada no final de 1987 por iniciativa do Prof. Mario Mantovani, que em 1993 foi aprovado em concurso como Professor Titular.<sup>27</sup> Foi a segunda DCT a ser criada numa academia no Brasil. O Departamento acordou com a DCT a responsabilidade pelo atendimento dos casos de urgências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas no Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. A área cirúrgica do HC entrou em atividade em 1985, e de início não estava previsto no hospital um setor de emergência e após a mobilização da comunidade fez com que o HC mantivesse o seu Pronto Socorro funcionando.

Desde a criação dessas duas disciplinas no estado de São Paulo sempre houve valorização da atuação multiprofissional e multidisciplinar para um adequado

atendimento ao doente traumatizado, com foco no ensino, na pesquisa, na extensão para a comunidade, na assistência aos doentes e na prevenção ao trauma. Docentes de outras disciplinas integravam os plantões nessa especialidade recém criada. Nos anos 1990 havia uma forte parceria com o Corpo de Bombeiros, que participava do ensino de suporte básico de vida para os alunos, e com a disseminação dos núcleos de treinamento do curso Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS®) para médicos e a criação do SAMU, em 1995, em Porto Alegre e Campinas, muitas melhorias foram realizadas, tanto no atendimento pré hospitalar, como na integração com os hospitais de referência.

Em 1998 o Editorial da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias, intitulado “O trauma como modelo de doença”, escrito por dois professores titulares, das duas academias mais antigas de São Paulo, descreveu: “O trauma tem sido rotulado como a doença negligenciada do mundo moderno... O trauma, mais que uma grave doença, tem sido considerado um sério problema social e comunitário... Sem dúvidas, constitui-se, hoje (1998), num dos mais significativos problemas de toda a área de saúde... Na verdade, o trauma é uma doença comumente ignorada como problema de saúde da comunidade... O desenvolvimento de sistemas integrados de atendimento ao traumatizado reduz significativamente as taxas de mortalidade nas primeiras horas após o acidente... Os sistemas de trauma salvam vidas e evitam sequelas definitivas pois favorecem... o atendimento correto para as vítimas que exigem atendimento ESPECIALIZADO... Assim é fundamental o ensino e treinamento de equipes especializadas...”<sup>81</sup>. Aqui, humildemente e respeitosamente, o autor principal desse capítulo, adiciona uma frase que vem repetindo Brasil afora, ao falar para incontáveis alunos de ligas de trauma e emergência, potenciais residentes: “Não podemos continuar errando”.

Na titulação do Prof. Birolini no Editorial acima, constase como Cirurgia Geral e do Trauma. Mas na história do website Cirurgia Geral FMUSP há a descrição de que, considerando as características específicas do sistema de saúde brasileiro é importante que o Cirurgião Geral esteja capacitado e habilitado para atuar na área da cirurgia de emergência e da cirurgia eletiva, e na Reunião do Conselho do Departamento de Cirurgia da FMUSP, realizada em 28/11/2012, foi aprovada a unificação com a denominação de Cirurgia Geral e Trauma.<sup>80</sup> São detalhes de semântica, mas que fazem parte da história da Cirurgia do Trauma no Brasil.

Na graduação, é muito importante que o egresso do curso médico tenha um conjunto de habilidades, competências e atitudes que o tornem apto para um bom atendimento aos doentes nos diferentes cenários da urgência e emergência,

tanto traumáticas quanto não traumáticas.<sup>78,79</sup> Houve uma atenção maior do governo brasileiro ao setor de urgência, que teve início em 2002 com a Política Nacional de Atenção às Urgências e a publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 2.048, instituindo o regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência.<sup>82</sup> Esta portaria, ampla em seu conteúdo e abrangência, normatizou as ações em âmbito pré e intra-hospitalar, definindo e caracterizando a regulação médica de urgência, tanto no aspecto técnico quanto gestor, e estabelecendo treinamento mínimo para o exercício das atividades de regulação e de atendimento às situações de urgência e emergência.<sup>82</sup> Surgiram as políticas públicas, porém ficaram dissociadas da academia e da sociedade que criaram a Cirurgia do Trauma no Brasil.

No 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), realizado de 11 a 14 de outubro de 2012 na FMUSP, ocorreu o simpósio “Urgência e Emergência - uma grande área no ensino de graduação?”, já iniciando as discussões do subprojeto sobre o ensino de urgência e emergência no Brasil dando continuidade ao Projeto ABEM 50 anos - 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que foi finalizado em 2014.<sup>78,79</sup> Nas considerações finais ficou descrito: “Não há a menor dúvida sobre a necessidade de uma estruturação urgente e obrigatória do ensino de urgência e emergência traumática e não traumática na graduação médica em todas as escolas do país. As programações devem ser realizadas de forma integrada e colaborativa entre todas as áreas do conhecimento médico, com complexidade crescente, desenvolvendo precocemente atividades teórico-práticas com simulações que utilizem ambientes e materiais propícios para que o estudante possa ter estudo, contato e capacitação prévia com diversas atividades médicas antes do atendimento aos pacientes nos diversos cenários de prática nos ambientes pré-hospitalar e hospitalar. Uma atenção especial deve ser dada aos docentes e preceptores dos serviços de urgência e emergência que serão responsáveis pela supervisão dos casos atendidos pelos estudantes. Há que se cuidar da capacitação tanto técnica quanto pedagógica destes profissionais, para que possam se manter motivados na assistência, ensino e pesquisa, e também motivar os estudantes sobre o trabalho nesta área da medicina”. Entre as recomendações era fundamental o reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica para a formação de médicos residentes e futuros professores nesta área, assegurando a continuidade dos esforços que visavam a melhoria da qualidade dos serviços de atendimento de urgência e emergência.<sup>78,79</sup> Em 2015 a Medicina de Emergência finalmente foi reconhecida como especialidade médica no Brasil.<sup>48</sup>

Em Porto Alegre, o Hospital de Pronto Socorro realizou o seu primeiro Encontro sobre Trauma em 1975, e o Prof.

Hamilton Petry de Souza foi um dos participantes. Em 1992 foi criado o programa de residência médica em Cirurgia de Trauma, com dois anos de duração, assim como já acontecia na USP e Unicamp, e o Dr. Juarez Rode e a Dra. Dóris M. Lazaroto foram os primeiros residentes. Até o ano de 2021, formaram-se 75 profissionais pelo HPS<sup>83</sup>

O Hospital Cristo Redentor, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), é referência no atendimento a traumatizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estando entre os três existentes no estado do Rio Grande do Sul. A residência em Cirurgia do Trauma foi iniciada em 1995, sob a coordenação do Dr. Charly Genro Camargo. Até o ano de 2003 havia formado sete especialistas, e a partir de 2006 passou a formar três cirurgiões por ano com a área de atuação. Até 2021, 27 cirurgiões completaram a formação em Cirurgia do Trauma como área de atuação.<sup>83,84</sup> Com a mudança da Cirurgia Geral para três anos a partir de 2020, raros candidatos têm preenchido as vagas da área de atuação de Cirurgia do Trauma. Estudo realizado por Baldissera et al.<sup>83</sup> sobre o perfil do cirurgião do trauma no Rio Grande do Sul, mostrou que os centros de atendimento são mal distribuídos no Rio Grande do Sul e os cirurgiões do trauma atuantes na região declararam não ter reconhecimento ou incentivo para dedicação nessa área. A remuneração é defasada, fazendo com que profissionais trabalhem em vários empregos e procurem fontes alternativas de renda atuando na Cirurgia Geral.

Em Belo Horizonte o Hospital João XXIII teve sua pedra fundamental lançada em 1963, ano da morte do papa João XXIII (canonizado em 2014), de quem recebeu o nome. Desde 1973 é referência para atendimento a traumatizados e o programa de residência recebe dez novos médicos a cada ano, porém nos últimos anos a maioria das vagas não são preenchidas. O Dr. Wilson Luiz Abrantes foi o pioneiro na área de Cirurgia de Trauma, onde foi Coordenador da Cirurgia de Emergência e do Trauma durante 30 anos.<sup>85</sup> Após, o Dr. Domingos André F. Drumond coordenou o setor por 20 anos.

O Hospital Risoleta Tolentino Neves, localizado em Belo Horizonte, é 100% SUS, filantrópico e com foco no atendimento de urgências e emergências em seu pronto socorro porta aberta, 24 horas/dia. A instituição é referência para um universo de cerca de 1,5 milhão de pessoas na região Norte de Belo Horizonte e municípios do entorno. O programa de RM em Cirurgia do Trauma existe desde 2013 e foram formados 60 residentes desde então. Nos últimos dois anos existem dificuldades em preencher essas vagas de residência devido a baixa procura, à insegurança sobre a duração da residência médica (um ano ou dois anos), ao reconhecimento apenas como área de atuação e não como especialidade, somado ao fato de que o tempo para formação em Cirurgia Geral passou a ser de três anos.<sup>86</sup>

Em Curitiba o Hospital Universitário Cajuru (HUC) é um hospital-escola privado, de caráter filantrópico, que tem como mantenedora a Associação Paranaense de Cultura (APC, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná) e integra o campo de estágios da PUC-PR. Foi o primeiro hospital pronto-socorro do estado. Inaugurado em 1958, durante muitos anos foi a única casa hospitalar para assistência em trauma em Curitiba e também o único espaço dedicado à prática do ensino de emergência aos alunos das faculdades de medicina da Universidade Federal do Paraná e da Faculdade de Ciências Médicas, hoje Pontifícia Universidade Católica do Paraná.<sup>87,88</sup> Em 1975, com uma mudança na lei de zoneamento da cidade, parte do bairro Cajuru (incluindo o hospital) foi transferido para o bairro Cristo Rei. Mesmo com as modificações de localidade, popularmente continuou com o mesmo nome. Em 1977 iniciou programa de residência médica e em 1985 tinha cirurgia geral e do trauma, sendo o primeiro serviço reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões no Paraná, sendo o Dr. Luiz Carlos Von Bahten o primeiro residente. Recebeu o título de Hospital de Ensino em 1993 e a expansão do programa acadêmico levou a implantação do primeiro programa *Strictu Sensu* da PUCPR em Saúde, em 1994, com o mestrado em Cirurgia do Trauma, e em 2006 foi credenciado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Alta Complexidade em Ortopedia, Traumatologia e Unidade de Transplante Renal. Atualmente o Hospital Universitário Cajuru faz parte da Área de Saúde do Grupo Marista.<sup>87,88</sup>

O Hospital do Trabalhador, em Curitiba, foi aberto em 1997, após convênio entre a Universidade Federal do Paraná, Funpar e secretarias Estadual e Municipal de saúde. É apontado pelo ministério da saúde como um modelo bem sucedido de gestão para o setor hospitalar do SUS.<sup>89</sup> O primeiro movimento para se dotar o HC-UFPR e a cidade de um pronto-socorro foi realizado pelo Prof. Ricardo Akel, então diretor do HC, resultando em alguma interlocução interinstitucional (União, Estado e Município). Este movimento culminou na formação dos primeiros socorristas e médicos para tripularem as ambulâncias do corpo de bombeiros, impulsionados pelo Dr. Luiz Carlos Sobânia, levando a implantação do SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências), em Curitiba. Em 1998 foi inaugurado o Pronto Socorro de Trauma, sob a coordenação cirúrgica do Dr. Iwan Augusto Collaço, que chefiou o Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma até 2022. Em 2002 o Dr. Adonis Nasr assumiu a coordenação das atividades acadêmicas e fundou a Liga Acadêmica de Trauma do Hospital do Trabalhador - UFPR, maior e mais antiga liga da UFPR, vigente até hoje. Em 2014 realizou o primeiro exame seletivo para a residência de Cirurgia do Trauma, mas está sem candidatos nos últimos anos.

Em Brasília a história do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) emerge como um estudo de caso valioso e um marco na história da cirurgia do trauma no Brasil. Embora já fosse uma referência em casos complexos para a região, desde 1960, o HBDF enfrentava desafios comuns a muitas instituições públicas, como superlotação e a carência de treinamento especializado em trauma.<sup>90</sup> Contudo, em 2011, impulsionado por uma visão e experiência internacionais, o hospital embarcou em uma transformação pioneira para se consolidar como um Centro de Trauma. Essa iniciativa não apenas redefiniu o atendimento na instituição, mas demonstrou, de forma contundente, que a construção de Centros de Trauma eficazes depende crucialmente de mudanças organizacionais e culturais, superando a dependência exclusiva de grandes investimentos financeiros.

A criação do programa de residência em Cirurgia do Trauma no HBDF ocorreu em 2013 e a formalização do Serviço de Cirurgia de Trauma em 2018, representando um salto qualitativo na formação de especialistas, consolidando o papel do HBDF na construção de um sistema de trauma.<sup>90</sup> O impacto dessa jornada se materializou em uma notável redução de 49% na mortalidade na sala de admissão de trauma entre 2018 e 2021, um dado que valida a eficácia do modelo implementado. Assim, a experiência do HBDF não é apenas um capítulo de sucesso, mas um modelo inspirador para o desenvolvimento de centros e sistemas de trauma sustentáveis, inscrevendo-se de forma marcante na história da cirurgia do trauma no Brasil.

No Rio de Janeiro o Centro de Trauma do Hospital Estadual Alberto Torres em São Gonçalo é o primeiro Centro de Trauma do Estado que conta com infraestrutura, recursos materiais e humanos dedicados ao atendimento das vítimas de trauma de média e alta complexidade, sendo inaugurado em 2013.<sup>91</sup> No ano de 2025 deu início a primeira turma de residentes em Cirurgia Geral e visa incorporar mais duas vagas de Cirurgia do Trauma com vistas a consolidar-se como um dos centros formadores de Cirurgiões do Trauma e Emergência Cirúrgica. Nota-se no estado uma carência de novos cirurgiões com formação adequada para prover os cuidados aos pacientes acometidos por afecções cirúrgicas que dão entrada nas emergências.

## **A INTERRUPTÃO NA FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM CIRURGIA DO TRAUMA**

O ano era 2003 e existiam no Brasil quatro serviços que já formavam especialistas em Cirurgia do Trauma: USP, Unicamp, Hospital de Pronto Socorro e Hospital Cristo Redentor, ambos de Porto Alegre. Na USP o Prof. Birolini encaminhava para se aposentar compulsoriamente na instituição e seria convocado um concurso público para

Professor Titular na área de Cirurgia do Trauma. Na época, tinham o título de Livre Docente para se apresentarem a esse concurso, entre outros, os professores Mantovani, Rasslan e Poggetti, todos dedicados à cirurgia do trauma ou emergência, sendo que o Prof. Mantovani já era Titular na Unicamp e seria convidado para participar da banca desse concurso. O Prof. Poggetti tinha uma longa trajetória na Cirurgia do Trauma da USP, havia realizado pós doutorado nos Estados Unidos e tinha um excelente currículo. Como autor principal desse capítulo destaco aqui duas frases que ouvi por algumas vezes do Prof. Mantovani, não sei quem foi que o ensinou, mas que seguem registradas em minha memória: “ningém com juízo vai num concurso na casa do outro se não for convidado” e “num concurso para professor na academia quem é aprovado não é o melhor, mas sim quem a banca escolhe”. O Prof. Mantovani também me relatou por algumas vezes como foi articulado e qual seria o direcionamento desse concurso, com a possibilidade de dois professores titulares para cuidarem das urgências traumáticas e não traumáticas, seguindo o modelo no que de fato já fazia parte da formação dos residentes desde a criação das Disciplinas em 1987, na USP e na Unicamp. O que aconteceu no concurso é público, mas não consta nos livros da história da cirurgia no Brasil.

Com a criação da Comissão Mista de Especialidades em 2003, composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a Cirurgia do Trauma passou a ser considerada uma Área de Atuação da Cirurgia Geral, com residência médica com duração de um ano, tendo como pré-requisito a Cirurgia Geral (programa de dois anos). Dessa maneira, deixou de existir a especialidade Cirurgia do Trauma. A SBAIT desde o início foi contrária a essa decisão por entender que a Cirurgia do Trauma possui todos os pré-requisitos para ser uma especialidade. A decisão de área de atuação foi defendida pelo CBC, que teve como presidente nas gestões 2000/2001 e 2004/2005 o Prof. Roberto Saad Júnior.<sup>31</sup>

A cirurgia do trauma foi reconhecida como área de atuação em fevereiro de 2005 pela Comissão Mista de Especialidades, formada pela AMB, Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica, conforme a Resolução 1763 do CFM.

Parece inimaginável o que poderia acontecer no que se referia a uma especialidade que ainda estava em fase de implementação no Brasil, atendendo as demandas do SUS, e que sofreu uma forte influência de uma única instituição, a pioneira nessa iniciativa, e que mantinha sob sua coordenação o maior programa de treinamento de médicos, o ATLS®. Mas em 10 de setembro de 2005, aproximadamente 50 cirurgiões do trauma, de diferentes estados do Brasil, se reuniram num hotel na cidade de

Sorocaba, para discutirem temas relacionados a hemorragia de traumatizados, e por congregarem várias lideranças do país, foi iniciado um debate sobre Cirurgia do Trauma especialidade, pois o CBC tinha reportado à AMB que a Cirurgia do Trauma fazia parte da Cirurgia Geral e não tinha necessidade de ser uma especialidade médica. Ao iniciarem as argumentações dois professores titulares presentes na reunião se retiraram da sala e do evento, se recusando a debaterem esse assunto com vários cirurgiões e professores do Brasil.

Paralelamente, em fevereiro de 2006 teve início o programa de Cirurgia Geral com quatro anos de duração, elaborado na USP e com participação efetiva do CBC.<sup>92</sup> O Prof. Samir Rasslan, que foi presidente do Diretório Nacional do CBC (1995 a 1997), segundo vice presidente da SBAIT (1999 a 2002) e Titular na Academia Nacional de Medicina (posse na ANM em 3 de julho de 2012) foi o criador desse programa.<sup>93</sup> O programa não era de acesso direto, tinha como pré requisito dois anos de Cirurgia Geral ou de Cirurgia Básica, e o residente prestava novo concurso para o Programa Avançado. Esse programa teve sucesso na USP, porém não foi o que aconteceu nos demais serviços do país, principalmente pelo fato que não existe o reconhecimento dessa certificação em nenhuma das instâncias que regulamentam a residência no Brasil. A Cirurgia Básica já foi extinta e o Programa Avançado está indo pelo mesmo caminho e em 2025 só a USP tem residentes (três R5 e um R4, de 6 vagas que eram disponíveis) e o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (dois residentes, das três vagas).

Em 28 de março de 2008 o Prof. Edmundo Machado Ferraz, Presidente do CBC, enviou o ofício CBC-36-125-08-PRESIDENCIA endereçado ao Presidente da Associação Médica Brasileira, descrevendo a importância do CBC na integração de diferentes especialidades cirúrgicas que se desenvolveram e permaneceram ligadas ao CBC como um autêntico núcleo agregador de especialidades cirúrgicas, ressaltando que “entre essas associações uma tem se destacado como entidade aglutinadora de especialistas na área de Trauma, a SBAIT, nossa parceira e legítima representante e principal interlocutora do tratamento do trauma em nosso país, considerando muito importante que a SBAIT agregada ao CBC seja reconhecida pela AMB como a entidade representativa do atendimento ao trauma em nosso país”.

Em 6 de maio de 2008, através do ofício 085/2008, endereçado ao Presidente do CBC, a resposta da reunião da Diretoria Executiva da AMB foi não aprovar a solicitação realizada pelo CBC quanto ao reconhecimento da SBAIT.

Em 25 de maio de 2009 o Prof. Mantovani enviou ao presidente da SBAIT, Prof. Petry, um ofício registrado da

DCT em que constava: “Em 2007, seguindo as orientações da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica, foi adotado o programa de Cirurgia Geral - Programa Avançado, que copiou parte do antigo programa, porém sem representar adequadamente as expectativas dos nossos formadores (docentes e assistentes) e residentes que ingressam no programa. No ano 2008/2009 uma das vagas ficou ociosa. Isto posto, declaro que a Disciplina de Cirurgia do Trauma é totalmente favorável ao retorno do programa antigo, com dois anos de duração, tendo como pré-requisito dois anos de Cirurgia Geral, contemplando o treinamento e capacitação adequados no atendimento das urgências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas e doentes críticos (assim como já é feito desde 1991), sob o comando das entidades supra citadas e apoio incondicional da SBAIT e Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC). O mencionado programa destina-se à profissionalização e capacitação de seus egressos na área de urgência e emergência cirúrgica, sendo necessário recriar a especialidade, agora sob um novo título (Cirurgia do Trauma e Emergência), para atender na plenitude a orientação Ministerial voltada ao atendimento das urgências e emergências, no nosso país. Também ressalto o total apoio da Comissão de Residência Médica da FCM - Unicamp para mobilizar esse novo programa em curto espaço de tempo, assim que houver a aprovação da Comissão Tripartite (AMB + CFM + CNRM)”.

Esse movimento teve o apoio de diferentes serviços em 2009, e vale destacar um deles, de Curitiba: “Meus amigos, hoje as universidades, os cursos de medicina, estão carentes de informações referentes aos cuidados específicos que nossos pacientes traumatizados necessitam. A disciplina de trauma nas universidades, bem como a especialização em cirurgia do trauma deve ser defendida como uma prioridade, como uma questão de cidadania. O Hospital de atendimento ao trauma de minha universidade, Hospital Universitário Cajuru, junto com sua direção também acreditam nesta necessidade, e buscam e deixam claro seu interesse em formar especialista no atendimento ao trauma. Nós queremos lutar para trazer ao nosso hospital as novas condutas, novas técnicas, novos equipamentos, nos possibilitando exercer melhor nossas habilidades, assim alcançando nosso ideal, que é o bem estar do paciente, acima de nossas justas metas pessoais de carreira e honorários, que virão junto com a recuperação da dignidade da saúde em nosso país. Parafraseando um grande estadista, diríamos que não devemos nos ater ao que a política de saúde pode fazer por nós, mas sim o que ainda podemos fazer pela saúde brasileira”, assinado pelo Prof. Dr. Luiz Carlos von Bahten, na época Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Trauma da PUC-PR e Professor Adjunto da Disciplina de Trauma do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Em

fevereiro de 2024 o Prof. von Bahten foi promovido a Professor Titular na UFPR, e entre os membros da banca o Prof. Roberto Saad Júnior e o Prof. Edivaldo M. Utiyama, entre outros.

As sucessivas diretorias da SBAIT seguiram trabalhando em busca da possibilidade de uma melhor qualificação dos profissionais através da residência médica. Em 4 de agosto de 2010 a Comissão Especial Permanente de Trauma do CBC, composta por Prof. Hamilton Petry de Souza (TCBC RS - presidente da SBAIT e da Comissão), Dr. Sizenando Vieira Starling (TCBC MG), Prof. Gustavo Pereira Fraga (TCBC SP) e Dr. Savino Gasparini Neto (TCBC RJ), presidente do CBC, se reuniram com outros colegas na sede do CBC, no Rio de Janeiro, com pauta principal para debater sobre o edital convocatório n.º 19 de 21 de julho de 2010 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e Secretaria de Educação do Ministério da Educação, que disponibilizavam bolsas de residência médica para áreas prioritárias para a formação de médicos em nosso país, o que incluía a área de atuação em cirurgia do trauma. Os presentes redigiram um documento ao Diretório Nacional do CBC para solicitar à CNRM que esse programa de atuação tivesse a duração de dois anos, e não apenas um como era cadastrado, a fim de que esses cirurgiões tivessem uma capacitação mais adequada para serem inseridos no mercado de trabalho. O Dr. Savino relembrou toda a dificuldade da especialidade médica, desde 2003, quando o MEC, CNRM, AMB e CFM estabeleceram os novos critérios e achou que não existia nenhum empecilho para que a área de atuação passasse para dois anos.

Em 26 de agosto de 2010 a Diretoria da SBAIT encaminhou à CNRM a proposta de conteúdo programático da Área de Atuação em Cirurgia do Trauma, pretendente ao reconhecimento como Especialidade Médica. A demanda não foi atendida.

Com o afastamento por aposentadoria compulsória do Prof. Samir Rasslan em 5 de abril de 2014, a FMUSP realizou, em 14 e 15 de outubro de 2015, concurso público para o cargo de Professor Titular do Departamento de Cirurgia na área da Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma. O Prof. Edivaldo M. Utiyama foi o indicado pela comissão examinadora, tomando posse em 11 de março de 2016 e exercendo o cargo até os dias atuais.<sup>80</sup> O Prof. Utiyama é o atual Presidente da Comissão de Trauma e Emergências Cirúrgicas do CBC.

Em 11 de setembro de 2018 representantes de cerca de 20 serviços de Trauma do país se reuniram em Brasília para discutirem a ampliação do tempo de residência de um para dois anos na área de atuação de Cirurgia do Trauma. A mudança, que vem sendo pleiteada há anos pela

SBAIT, tem como principal objetivo melhorar a formação dos cirurgiões de trauma, que são os responsáveis pelos cuidados cirúrgicos em situações de urgência e emergência e, conseqüentemente, melhorar o atendimento prestado às vítimas de trauma. A demanda não foi atendida.

Desde a sua criação em 1987 a DCT Unicamp defende a Cirurgia do Trauma como uma especialidade médica. O Prof. Mario Mantovani aposentou-se compulsoriamente em 2010 e faleceu poucos meses após. O Prof. Fraga assumiu a coordenação da DCT e em 20 de abril de 2023 foi aprovado em concurso para Professor Titular na área de Cirurgia do Trauma da FCM Unicamp, o qual pode ser assistido na íntegra no YouTube.<sup>94</sup> Em suas aulas no Brasil e no exterior o Prof. Fraga sempre coloca uma frase de Henry Adams (1838 - 1918), Historiador e homem de letras americano, com a fotografia do Prof. Mantovani: “Um professor atinge a eternidade, ele nunca vai saber até onde sua influência irá”.

## AS LIGAS DE TRAUMA

Um dos maiores legados do Prof. Mantovani foi a criação da Liga do Trauma da Unicamp (LTU), em 1992, a primeira liga acadêmica da FCM e a primeira de trauma do país, com uma inserção precoce supervisionada dos alunos no pronto socorro.<sup>95</sup> O Dr. Admar Concon Filho foi um dos idealizadores e o primeiro coordenador da Liga, de 1992 a 1998, sendo sucedido pelo Prof. Fraga (1998 - 2007), Dr. Marcelo Pinheiro Villaça (2007 - 2011) e Dr. Thiago Rodrigues A. Calderan (2011 até o presente).

Entre as atividades das Ligas de Trauma, destacam-se: aprofundar os conhecimentos nos assuntos referentes à área de trauma; divulgar informações para a comunidade; difundir projetos de prevenção, como o P.A.R.T.Y. e o Maio Amarelo; participar de grupos de pesquisa; organizar com os professores cursos e congressos; promover intercâmbios e internacionalização; e promoção de cidadania.<sup>95-97</sup>

O pioneirismo da LTU foi coroado com a primeira edição do Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT) na Unicamp, em 1999, conciliando a integração entre as equipes multiprofissionais envolvidas no atendimento ao trauma (enfermeiros, fisioterapeutas, corpo de bombeiros, militares, socorristas do setor pré-hospitalar, entre outros). A história do CoLT iniciou-se em Campinas em outubro de 1998, durante o VII Congresso Médico Acadêmico da Unicamp (CoMAU), quando estava sendo organizado o Curso Pré-Congresso com tema sobre “Métodos avançados em Cirurgia do Trauma”.<sup>98</sup> Sob coordenação do Prof. Mario Mantovani e do Dr. Gustavo Pereira Fraga, várias Ligas foram convidadas para participarem e em 1998 foi realizada a primeira reunião da Comissão Organizadora, que foi composta pela seguintes Ligas e serviços:

- Liga do Trauma da Unicamp (LTU);
- Liga de Cirurgia do Trauma da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LCT-FMUSP);
- Liga do Trauma da PUC Campinas;
- Liga de Cirurgia e Trauma da Faculdade de Medicina de Jundiaí, SP;
- Liga de Cirurgia de Emergência da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (LECE);
- Liga do Trauma da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (LT-FMRP-USP);
- Liga de Cirurgia Geral e Trauma da UNITAU Taubaté, SP;
- Liga de Emergência e Trauma da PUC de São Paulo, Sorocaba (LETS);
- Liga do Trauma e Cirurgia de Emergência da Faculdade de Medicina do ABC (LTCE-FMABC);
- Liga Acadêmica do Trauma do Hospital Universitário Cajuru (LAT-HUC);
- Faculdade de Nutrição da Universidade Paulista (UNIP Campinas - SP);
- Faculdade de Nutrição da PUC Campinas, SP;
- Fisioterapia do Hospital das Clínicas da Unicamp;
- Grupo de Apoio Nutricional (GAN, do HC - Unicamp);
- Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica I (HC - Unicamp);
- Serviço de Enfermagem em Emergência Serviço de Enfermagem Emergência e Pronto-Socorro do HC - Unicamp.

Na sua primeira edição estiveram presentes mais de 800 pessoas, entre os quais estavam 130 palestrantes/conferencistas, 57 membros da comissão organizadora e 606 inscritos.<sup>98</sup>

A Tabela 6 lista todas as edições do CoLT, com a respectiva cidade sede, e a Figura 4 mostra o logotipo de cada edição.

O Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma (CoBraLT) é uma associação estudantil formada pela união das Ligas do Trauma do Brasil e de seus integrantes, constituído como sociedade civil e sem fins lucrativos.<sup>99</sup> Foi criado em 2003 sob a coordenação do Prof. Dr. Mario Mantovani. O CoBraLT se propõe a reunir e representar todas as Ligas do Trauma do Brasil ao estimular o surgimento de novas

**Tabela 6.** Edições do CoLT e as cidades sede.

1999	1ª Edição	Campinas, SP
2000	2ª Edição	São Paulo, SP
2001	3ª Edição	Ribeirão Preto, SP
2002	4ª Edição	Porto Alegre, RS
2003	5ª Edição	Sorocaba, SP
2004	6ª Edição	Curitiba, PR
2005	7ª Edição	São Luís, MA
2006	8ª Edição	Fortaleza, CE
2007	9ª Edição	Porto Alegre, RS
2008	10ª Edição	Campinas, SP
2009	11ª Edição	Belém, PA
2010	12ª Edição	Rio de Janeiro, RJ
2011	13ª Edição	Vitória, ES
2012	14ª Edição	Rio de Janeiro, RJ
2013	15ª Edição	Ilhéus, BA
2014	16ª Edição	Manaus, AM
2015:	17ª Edição	Belo-Horizonte, MG
2016	18ª Edição	Maceió, AL
2017	19ª Edição	Campinas, SP
2018	20ª Edição	Curitiba, PR
2019	21ª Edição	Salvador, BA
2020	22ª Edição	Online
2021	23ª Edição	Online
2022	24ª Edição	Online
2023	25ª Edição	Brasília, DF
2024	26ª Edição	São Paulo, SP
2025	27ª Edição	Campinas, SP

Ligas, traçando planos de ação conjunta, promovendo o ensino e a extensão acadêmica, e tem parceria com a SBAIT. Mais de 100 ligas já se filiaram ao CoBraLT em busca de oportunidades e promovendo o intercâmbio de experiências e informações na área de urgência, emergência e trauma.<sup>99</sup>

Estudo realizado por Simões et al.<sup>100</sup> avaliou a influência da participação na Liga do Trauma na especialização em cirurgia geral entre os formandos de medicina na Unicamp. Nesse trabalho, ficou constatado que dos 2.011 acadêmicos de medicina que se graduaram como médicos entre 1995 a 2014, a percentagem dos que fizeram a especialização em cirurgia geral foi de 12,5%. No entanto, observou-se que para o grupo de egressos da Liga do Trauma nesse mesmo período, a percentagem foi de 36,1%, sendo uma procura três vezes maior quando comparado à percentagem geral, o que denota que a Liga do Trauma é um fator de impacto na determinação da carreira cirúrgica na Unicamp,

podendo ser uma forma de atrair novos estudantes para essa especialidade.<sup>100</sup> Em outro estudo de coorte, retrospectivo, avaliando o desempenho de 966 estudantes de medicina da Unicamp, formados de 2005 a 2017, em que 17,9% participaram da LTU, os autores concluíram que os que participaram da Liga demonstraram melhor desempenho cognitivo em comparação com os não participantes desse tipo de atividade extracurricular.<sup>101</sup>

O trabalho desempenhado pelo CoBraLT tem influenciando internacionalmente a formação de outras ligas em países como Estados Unidos da América, Colômbia, Equador, Bolívia e Itália, entre outros.<sup>70,99</sup> Isso motivou a organização pela LTU e CoBraLT da primeira edição do *World Congress of Trauma & Emergency Leagues* (WCTEL) e o pré congresso *Students World Championship in Emergency and Trauma Simulation*, que aconteceu em Campinas, junto com o 27º CoLT, em julho de 2025.

## PERSPECTIVAS FUTURAS DA CIRURGIA DO TRAUMA A PARTIR DE 2025

O ano de 2025 começou com uma mobilização de três associados da SBAIT, Milton Steinman, Rodrigo Caselli Belém e Gustavo Pereira Fraga, que redigiram um documento, com a adesão de mais de 300 médicos, solicitando às entidades competentes que abrissem um novo debate para que a Cirurgia do Trauma e Emergência Cirúrgica fosse reconhecida como uma Especialidade Médica. Essa demanda chegou até a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em Brasília, e o deputado federal Dr. Ismael Alexandrino convocou uma Audiência Pública em 6 de maio de 2025, com o tema “Linha de Cuidado ao Trauma no Brasil: Trauma - uma doença negligenciada”. Participaram dessa audiência a SBAIT, CFM, Ministério da Saúde, Ministério dos Transportes, Corpo de Bombeiros Militar, Ministério da Justiça e Segurança Pública, e o três associados que realizaram essa mobilização.<sup>102</sup> O debate foi muito produtivo e está disponível no YouTube.<sup>102</sup>

Em maio de 2025 foi realizado em Formosa, Goiás, o primeiro Congresso de Trauma e Emergências Médicas Internacional (COTREM), com a participação de 500 acadêmicos de medicina e outras áreas da saúde. Na abertura o Dr. Ismael Alexandrino deixou registrada uma importante mensagem: “Não dá para tratarmos uma especialidade tão desafiadora, tão complexa, de forma tão simplista, rasa e irresponsável”.

A Cirurgia do Trauma encontra-se em momento crítico de sua evolução histórica. Apesar dos avanços significativos nas últimas décadas, a especialidade enfrenta desafios estruturais que limitam seu desenvolvimento e impacto na saúde pública nacional. Esta realidade evidencia a



Figura 4. Logotipos utilizados em cada edição do COLT.

necessidade urgente de transformação abrangente que transcenda questões meramente administrativas e promova mudanças culturais, estruturais e sistêmicas fundamentais. Os próximos anos serão decisivos para determinar se a especialidade emergirá como líder ou permanecerá fragmentada e subvalorizada. Isto posto, espera-se que a história da Cirurgia do Trauma no Brasil tenha novos caminhos e que essa doença deixe de ser negligenciada.

## REFERÊNCIAS

1. Baudens ML apud Poer DH. The management of penetrating abdominal injuries - comparative military and civilian experiences. *Ann Surg.* 1948;127:1092-102.
2. Mac Cormac apud Corrêa Netto A, Etzel E, Cerruti F. Cirurgia de guerra no Hospital de Sangue de Cruzeiro. *An Fac Med Univ São Paulo.* 1934;10:59-111.
3. Borden WC apud Elkin DC, Ward WC. Gunshot wounds of the abdomen. A survey of 238 cases. *Ann Surg.* 1943;118:780-7.
4. Rehn L. Ueber penetrende Herzwunden und Herznaht. *Arch Klin Chir.* 1897;55:315.
5. Costa IA. História da cirurgia cardíaca brasileira. *Braz J Cardiovasc Surg.* 1998;13(1).
6. João Alves de Lima - Biografia. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasao paulo.org.br/membros-academicos/joao-alves-de-lima/#> Acesso em 1 de maio de 2025.
7. História da medicina: especialidades clínicas e cirúrgicas na Bahia e no mundo / Pinto LLS, Reis EJFB, Jacobina RR, Gomes CN, Cordeiro FM, Mercês JVR. Salvador: EDUFBA, 2022. 641 p. : il. (História da medicina ; v. 3).
8. Davis JH, Pruitt JH, Pruitt Jr BA. History. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE. *Trauma - 4th ed.* New York, McGraw-Hill, 2000. pp.3-19.
9. Wallace C. A study of 1200 cases of gunshot wounds of the abdomen. *Br J Surg.* 1917;4:679-723.
10. Silva CEM. A Missão Médica Especial brasileira de caráter militar na Primeira Guerra Mundial. *Revista Navigator.* 20
11. 99a Seção especial da Câmara Municipal de São Paulo em Homenagem ao Dr. Benedicto Montenegro. *Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOSP) - Poder Executivo, São Paulo, 16 setembro 1962, p. 38.* Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/4739976/pg-38-poder-executivo-diario-oficial-do-estado-de-sao-paulo-dosp-de-16-09-1962/pdfView>>. Acesso em: 1 de maio de 2025.
12. Corrêa Netto A, Etzel E, Cerruti F. Cirurgia de guerra no Hospital de Sangue de Cruzeiro. *An Fac Med Univ São Paulo.* 1934;10:59-111.
13. Alípio Corrêa Netto - ECBC. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Disponível em <https://cbccsp.org.br/alipio-correa-netto-ecbc/> Acesso em 1 de maio de 2025.
14. Stolf NAG, Braile DM. Euryclides de Jesus Zerbini: uma biografia. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2012;27(1):137-47.
15. Euryclides de Jesus Zerbini. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasao paulo.org.br/membros-academicos/euryclides-de-jesus-zerbini/> Acesso em 1 de maio de 2025.
16. Arrigo Antonio Raia. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasao paulo.org.br/membros-academicos/arrigo-antonio-raia/> Acesso em 1 de maio de 2025.
17. Zernow DCF, Orlandini FVC, Soares OAB. O Serviço de Saúde no contexto da Segunda Guerra Mundial. *EsSEX: Revista Científica.* 2021;4(7):104-14.
18. Hurd WW, Jernigan JG. *Aeromedical evacuation: management of acute and stabilized patients.* New York: Springer; 2003. xv, 373 p.p.
19. Sako Y, Artz CP, Howard JM, Bronwell AW, Inui FK. A survey of evacuation, resuscitation, and mortality in a forward surgical hospital. *Surgery.* 1955;37:602-11.
20. Haddad J, Simonsen O, Godoy AC, Raia A, Corrêa Netto A. Tratamento cirúrgico dos ferimentos dos cólons, reto e canal anal. *Rev Ass Med Brasil.* 1966;12:164-70.
21. Haddad J. Evolução e estado atual do tratamento cirúrgico das lesões traumáticas do colo, do reto e do canal anal. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo.* 1973;28:327-38.
22. Leonardi LS. Contribuição ao tratamento dos ferimentos do duodeno e do pâncreas. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas: 1972.
23. Mário Ramos de Oliveira. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasao paulo.org.br/membros-academicos/mario-ramos-de-oliveira/> Acesso em 1 de maio de 2025.
24. São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Segurança Pública. *Diário Oficial do Estado. Resolução Conjunta SS-SSP-42. Sect. Executivo I, pag 14, 23 de maio (1989).*
25. Dario Birolini. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasao paulo.org.br/membros-academicos/dario-birolini/> Acesso em 1 de maio de 2025.

26. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT). Disponível em <https://www.sbait.org.br/sobre> Acesso em 1 de maio de 2025.
27. Disciplina de Cirurgia do Trauma. Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/departamentos/departamento-de-cirurgia> Acesso em 1 de maio de 2025.
28. Paulino-Netto A. A cirurgia no século XXI. Rev Col Bras Cir. 2010;37(2):83.
29. Freire E. Trauma - A Doença dos Séculos. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 2001.
30. Queiroz JS. Histórico do trauma. In: Freire E. Trauma - A Doença dos Séculos. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 2001. pp.3-15.
31. Colégio Brasileiro de Cirurgias (CBC). Disponível em <https://cbc.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
32. Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD). Disponível em <https://cbcd.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
33. Sociedade Brasileira de Videocirurgia, Robótica e Digital (SOBRACIL). Disponível em [www.sobracil.org.br](http://www.sobracil.org.br) Acesso em 1 de maio de 2025.
34. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Disponível em <https://sbcbm.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
35. Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Disponível em <https://portaldaurologia.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
36. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Disponível em <https://sbot.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
37. Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP). Disponível em <https://sbcp.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
38. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). Disponível em <https://cbr.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
39. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Disponível em <https://www.cirurgioplastica.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
40. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV). Disponível em <https://sbacv.org.br/> Acesso em 1 de fevereiro maio de 2025.
41. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). Disponível em <https://www.portalsbn.org/> Acesso em 1 de maio de 2025.
42. Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE). Disponível em <https://cipe.org.br/novo/> Acesso em 1 de maio de 2025.
43. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP). Disponível em <https://sbccp.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
44. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). Disponível em <https://www.sbccv.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
45. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET). Disponível em <https://abramet.com.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
46. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Disponível em <https://amib.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
47. Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT). Disponível em <https://www.sbct.com.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
48. Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Disponível em <https://portal.abramede.com.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
49. Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal (SBH). Disponível em <https://sbhernia.org.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.
50. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1634/2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União, de 29 de abril de 2002, seção I, p. 81.
51. Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB). Criação da Comissão de Trauma. Nov./Dez. 2005, pag. 11.
52. Mir L, Steinman M, Poggetti RS, Rodrigues JMS. Projeto Trauma 2025.
53. Arnaud F, Queiroz REB, Oliveira BDD. Medicina de Emergência no Brasil: a história não contada. Fortaleza, CE: Ed. Dos Autores, 2024. 244 p.
54. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2025. Brasília: Ministério da Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Associação Médica Brasileira, 2025. 446 p.

55. Diário Oficial da União, em 8 de novembro de 2011. Edital de Convocação No 18, de 7 de Novembro de 2011. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência).
56. Diário Oficial da União, de 13/05/2025, Edição: 88, Seção: 3, Página: 103, Órgão: Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS). Edital Nº 1, de 12 de maio de 2025, de adesão de órgãos e instituições para apoio à criação de Programas de Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS).
57. Marttos A, Kucharian FM, Abreu-Reis P, Pereira BMT, Collet-Silva FS, Fraga GP. Enhancing trauma education worldwide through telemedicine. *World J Emerg Surg.* 2012 7(Suppl 1):S4.
58. Cezillo M, Paiva ALRF, Pregione BFC, Silva AC, Marttos A, Fraga GP. Trauma Tele-grand Rounds promoting education through telemedicine: A Retrospective Evaluation. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg.* 2024;13(2):82-7.
59. Fraga GP, Nascimento B Jr, Rizoli S. Evidence-based telemedicine: trauma & acute care surgery (EBT-TACS). *Rev Col Bras Cir* 2012, 39(1):3.
60. Coimbra R, Fraga GP, Starling SV. World Trauma Congress: when dreams come true. *World J Emerg Surg.* 2012 7(Suppl 1):S1.
61. World Coalition for Trauma Care (WCTC). Disponível em <https://www.world-coalition-trauma-care.org/> Acesso em 1 de maio de 2025.
62. Fraga GP, Manso JEF, Starling SV. CBC e SBAIT: somando para multiplicar. *Rev Col Bras Cir.* 2012;39(4):247-8.
63. Diário Oficial da União, de 8/07/213. Portaria Nº 1.366, de 8 de Julho de 2013. Ministério da Saúde. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
64. Trauma BoleTEAM. Publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado - SBAIT [www.s bait.org.br](http://www.s bait.org.br) Disponível em [https://issuu.com/sbait/docs/edi\\_\\_\\_\\_o\\_019\\_-\\_boleteam\\_\\_9\\_](https://issuu.com/sbait/docs/edi____o_019_-_boleteam__9_) Acesso em 1 de maio de 2025.
65. Fraga GP, Collet-Silva FS, Souza HP. Mais cirurgiões, menos trauma. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(4):267-8.
66. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT). Qualidade: Registro de Trauma agora é uma realidade. *Trauma BoleTEAM*, ano II, edição 8, 4o trimestre 2014, pp. 8-9.
67. Diário Oficial da União. Publicado em 09/03/2021, Edição 45, Seção 2, Página 32. Ministério da Infraestrutura / Secretaria Nacional de Transportes Terrestres / Departamento Nacional de Trânsito. Portaria Nº 294, de 8 de março de 2021. Institui Grupo de Trabalho (GT) para revisão e atualização do Pilar 5 - Atendimentos de Vítimas, do Plano Nacional de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS).
68. Portaria Nº 649, de 31 de maio de 2021. Institui Grupo de Trabalho (GT) para 2ª fase de revisão e análise do Pilar 5 - Atendimento às Vítimas, do Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS).
69. Secretaria Nacional de Trânsito. Ministério da Infraestrurura. Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito 2021 (PNATRANS). Disponível em [https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/arquivos-senatran/Anexo\\_I\\_pnatrans.pdf](https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/arquivos-senatran/Anexo_I_pnatrans.pdf) Acesso em 1 de maio de 2025.
70. Ivatury R, Aboutanos M. Panamerican Trauma Society: The first three decades. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;82: 966-73.
71. Sociedade Panamericana de Trauma (SPT / PTS). Disponível em <https://panamtrauma.org/> Acesso em 1 de maio de 2025.
72. Scalea TM. New Editor-in-Chief Announcement. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg.* 2019;8(2): 6.
73. Marttos A. Panamerican Journal of Trauma, Critical Care and Acute Care Surgery Editorial: Being Relevant. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg.* 2023: 10.5005/jp-journals-10030-1417.
74. Napolitano LM, Fulda GJ, Davis KA, Ashle, DW, et al. Challenging Issues in Surgical Critical Care, Trauma, and Acute Care Surgery: A Report from the Critical Care Committee of the American Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma.* 2010;69(6):1619-33.
75. Murphy PB, Nahmias J, Bonne S, Coleman J, de Moya M. Defining the acute care surgeon: American Association for the Surgery of Trauma (AAST) panel discussion on full-time employment, compensation and career trajectory: *Trauma Surgery & Acute Care Open* 2024;9:e001500.
76. Fraga GP, Andrade VA, Schwingel R, Pastori Neto J, Starling SV, Rizoli S. The scientific production in trauma of an emerging country. *World J Emerg Surg.* 2012 7(Suppl 1):S13.

77. Parreira JG, Ribeiro Jr MAF. Trauma: A Scourge on the Brazilian Population. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg*. 2024; 10.5005/jp-journals-10030-1472.
78. Fraga GP, Pereira Jr GA, Fontes CER. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: Lampert JB, Bicudo AM. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014: 41-56.
79. Pereira Jr GA, Fraga GP, Arnaud F, Gula EA, Slullitel A, Garcia VL. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. *Cadernos ABEM*. 2015;11:20-47.
80. Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma, Departamento de Cirurgia da FMUSP. Divisão de Clínica Cirúrgica III, Hospital das Clínicas da FMUSP. Disponível em <https://www.cirurgiageralusp.com/historia> Acesso em 1 de maio de 2025.
81. Rasslan S, Birolini D. O trauma como modelo de doença. *Rev Col Bras Cir*. 1998;25(5):3.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência: Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102p.
83. Baldissera N, Ribeiro AM, Fonseca MK, Dalcin RR, Cunha CEB, Schneider RF. Perfil do cirurgião do trauma no Rio Grande do Sul. *Rev Col Bras Cir*. 2023; 50:e20233495.
84. Comissão de Residência Médica (COREME). Programa de Residência Médica de Cirurgia do Trauma - Hospital Cristo Redentor. Disponível em <https://www2.ghc.com.br/GepNet/cirurgiatraumahcr.html> Acesso em 1 de maio de 2025.
85. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). Simpósio de Cirurgia do Trauma do Hospital João XXIII reverencia precursores da área. Disponível em <https://fhemig.mg.gov.br/noticias/1797-simposio-de-cirurgia-do-trauma-reverencia-precursores-da-area-e-destaca-pioneirismo-mineiro-na-historia-mundial-da-medicina> Acesso em 1 de maio de 2025.
86. Hospital Risoleta Tolentino Neves. Disponível em <http://hrtn.fundep.ufmg.br/institucional/> Acesso em 1 de maio de 2025.
87. Hospital Universitário Cajuru (HUC). Disponível em <https://leannasemergencias.com.br/hospital/hospital-universitario-cajuru/>. Acesso em 1 de maio de 2025.
88. Mosson ACJ. A História do Hospital Universitário Cajuru, 2006. Disponível em <https://www.scribd.com/document/282991085/HUC> . Acesso em 1 de maio de 2025.
89. Oliveira e Silva VL. Depoimento da história do PS do Hospital do Trabalhador. Portal do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. 2022. Disponível em <https://www.crmpr.org.br/Depoimento-da-historia-do-PS-do-Hospital-do-Trabalhador-13-57904.shtml> . Acesso em 1 de maio de 2025.
90. Caselli-Belem R, Lins RD. Trauma centers: A transformation needed to save lives. *J Acute Care Resusc*. 2024;1:86-8.
91. Hospital Estadual Alberto Torres. Disponível em <https://www.portaldasos.com.br/estrutura-gerenciada/hospital-estadual-alberto-torres/> Acesso em 1 de maio de 2025.
92. Rasslan S, Birolini D. Cirurgia Geral: Programa Avançado. Segunda especialidade cirúrgica mais procurada na FMUSP. *Informativos do CREMESP*. 2008;240(5):16.
93. Academia Nacional de Medicina. Samir Rasslan. Disponível em <https://www.anm.org.br/samir-rasslan/> Acesso em 1 de maio de 2025.
94. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Concurso de Professor Titular da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp - Gustavo Pereira Fraga. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=spFs9vJli2w&t=6528s> Acesso em 1 de maio de 2025.
95. Nasr A, Fraga GP, Souza HP. As ligas acadêmicas de trauma no contexto do ensino, capacitação sobre trauma e prevenção. In: Klein PH, Fraga GP. *Ligas do Trauma: do Brasil para o Mundo*. Editora Atheneu, 2017, pp. 15-28.
96. Simões RL, Bermudes FA, Andrade HS, Barcelos FM, Rossoni BP, Miguel GP et al. Trauma Leagues: an alternative way to teach trauma surgery to medical students. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(4):297-302.
97. Dorigatti AE, Jimenez LS, Redondano BR, Carvalho RB, Calderan TR, Fraga GP. Importance of multidisciplinary trauma prevention program for youth. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(4):245-50.
98. Simões RL, Calderan TRA, Fraga GP. Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT). In: Klein PH, Fraga GP. *Ligas do Trauma: do Brasil para o Mundo*. Editora Atheneu, 2017, pp. 301-9.
99. Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma (CoBraLT). Disponível em <https://cobralt.com.br/> Acesso em 1 de maio de 2025.

100. Simões RL, Dorigatti AE, Silveira HJV, Calderan TRA, Rizoli S, Fraga GP. Trauma leagues - A novel option to attract medical students to a surgical career. *World J Surg.* 2018;42:549-56.

101. Simões RL, Bicudo AM, Passeri SMRR, Calderan TRA, Rizoli S, Fraga GP. Can trauma leagues contribute to better

cognitive performance and technical skills of medical students? The experience of the Unicamp trauma league. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2023;49(4):1909-16.

102. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Disponível em <https://www.youtube.com/live/GuOq8Pq3Spk> Acesso em 1 de maio de 2025.