



**JUBILEU DE OURO**  
**DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**  
**UNESP**

**Prof. Titular Dr. Antonio José Maria Cataneo**  
**Profa. Titular Dra. Daniele Cristina Cataneo**

**JUBILEU DE OURO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA  
DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP**

**DOCENTES**

**Prof. Dr. Samuel Marek Reibscheid (*In memorian*)**

**Prof. Titular Senior Dr. Antonio José Maria Cataneo**

**Profa. Titular Dra. Daniele Cristina Cataneo**

**Prof. Assistente Dr. Raul Lopes Ruiz Jr.**

**Prof. Assistente Dra. Érica Nishida Hasimoto**

**Prof. Assistente Dr. Tarcísio Albertin dos Reis**

**MÉDICOS**

**Me. Aglaia Moreira Garcia Ximenes**

**Me. Ivana Teixeira Aguiar**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

Cataneo, Antonio José Maria

Jubileu de ouro da disciplina de cirurgia torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP [recurso eletrônico] / Antonio José Maria Cataneo, Daniele Cristina Cataneo. - Botucatu : FMB/UNESP, 2025. - 132 p. : il., fotos.

ISBN: 978-65-5067-079-5

1. Universidades e faculdades - História. 2. Universidades e faculdades – Departamentos - Comemorações. 3. Cirurgia torácica. I. Cataneo, Daniele Cristina. II. Universidade Estadual Paulista UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu.

CDD: 378.195

---

Rosângela Aparecida Lobo (bibliotecária responsável) – CRB8/7500

## SUMÁRIO

1. A CIDADE DE BOTUCATU E A CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA .....	03
2. PRIMÓRDIOS DA DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA.....	18
3. O LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR .....	26
4. AS BRONCOGRAFIAS E AS BRONCOSCOPIAS .....	33
5. A CABINE PLETISMOGRÁFICA E A PÓS-GRADUAÇÃO .....	39
6. DOCENTES E RESIDENTES DA DISCIPLINA E A ENDOGENIA .....	46
7. AS REUNIÕES DA PIZZA (DCT-SPPT) E O NONO VICENTINHO.....	53
8. O SÉCULO XXI.....	56
9. DEPOIMENTOS DE NOSSOS EX-RESIDENTES .....	71
10. APÊNDICE I: DISSERTAÇÕES E TESES DEFENDIDAS POR NOSSOS EX- RESIDENTES.....	106
11. APÊNDICE II: ARTIGOS PUBLICADOS PELA DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA .....	112
12. APÊNDICE III: LIVROS ESCRITOS PELA DISCIPLINA .....	124
13. APÊNDICE IV: CAPÍTULOS DE LIVROS ESCRITOS PELA DISCIPLINA .....	126

## CAPÍTULO I

### A CIDADE DE BOTUCATU E A CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA

Nossa cidade completou no dia 14 de abril de 2025, 170 anos desde que foi elevada de Freguesia à categoria de Vila. Contava na época com 83 casas, sendo metade delas cobertas de palha, conforme relata o historiador João Carlos Figueiroa. Segundo este historiador a ocupação da serra de Santo Inácio, próxima a Rubião Júnior, onde fica a Faculdade de Medicina, já começou a ocorrer entre 1830 e 1840, mas só em 1846 é criada a Freguesia de Botucatu, que em 1855 foi elevada à categoria de Vila. Em 1858 foi instalada a câmara municipal de Botucatu, e cinco anos após, em 1863, não poderia acontecer fato mais pitoresco: *“a câmara municipal declara guerra à Inglaterra”*. Tratava-se de um manifesto de apoio dos vereadores da cidade às represálias nacionais na histórica questão *“Christie”* envolvendo Brasil e Reino Unido. Felizmente, *“para o Reino Unido”*, o assunto foi resolvido diplomaticamente.

Em 1870 Botucatu contava apenas com três ruas, a Amando de Barros, chamada na época de Riachuelo, a rua acima, hoje João Passos, que antes era Cesário Alvin, e a rua de baixo, rua Curuzu (Fig.1). A elevação de vila à categoria de cidade ocorreu em 1876, mas sua idade é considerada desde que foi elevada à categoria de vila. Em 1890, Botucatu já havia crescido, tendo sete ruas, fora as travessas. A praça do Paratodos se encontra na quadra C e o Santuário de Lourdes na quadra D conforme mapa (Fig. 2).

Em 1873 Botucatu contava com 9.300 habitantes, e em 1900 teve esse número quase triplicado, passando para 26.047. Fato curioso no cenário político de Botucatu nessa época foi a dos políticos carrapatos e gafanhotos. Existiam duas forças políticas em Botucatu, uma liderada pelo Coronel Amando de Barros e outra pelo Dr. Cardoso de Almeida. O historiador Dr. Sebastião de Almeida Pinto escreveu: *“Dizem as más línguas que os amandistas eram os Gafanhotos e os cardosistas eram os Carrapatos... Os Gafanhotos eram assim chamados porque por onde passavam, quando de cima, tudo comiam, arrasando a economia municipal. Já os Carrapatos eram assim denominados, porque quando donos do município, tudo sugavam...”*



Fig. 1: Botucatu em 1872.

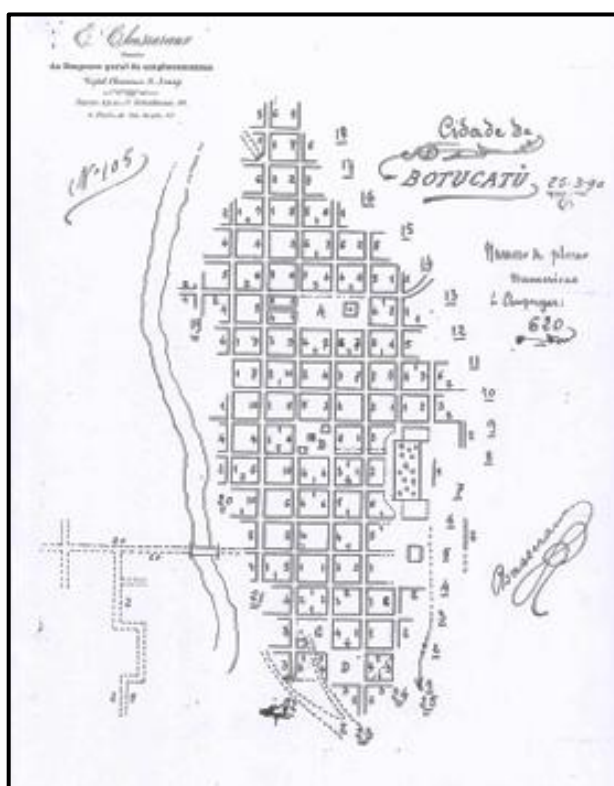


Fig. 2: Mapa de Botucatu 1890.

O censo de 1950 mostrou que existiam 41.868 habitantes em Botucatu. Naquela época a única maneira para se chegar à zona norte da cidade (Vila dos Lavradores e Vila Antártica) era atravessando por baixo do pontilhão da Estrada de Ferro Sorocabana (EFS, hoje FEPASA) que fica entre a Avenida Floriano Peixoto e Rua Major Matheus. Em 23 de maio de 1953 houve a colisão de dois trens em cima do pontilhão, caindo um deles abaixo, deixando os habitantes da região norte sem condições de vir ao centro da cidade (Fig. 3).



Fig. 3A: Vista do pontilhão entre a Avenida Floriano Peixoto e Rua Major Matheus.



Fig. 3B: Fotos do acidente ocorrido com os trens no pontilhão da EFS, impedindo a comunicação com a parte norte da cidade.

Em 1960 o número de habitantes era 43.595, um crescimento muito abaixo do desejado em dez anos, mostrando que Botucatu estava estagnado, estando muito relacionado com a crise energética pela qual passava Botucatu, tendo apagões seguidos de apagões.

Botucatu era conhecida como a cidade dos “Bons Ares e Boas Escolas”. Bons ares por ficar no topo da serra e também por derivar do nome indígena Ybytu-Katu, que na língua Tupi significa bons ares, e Boas Escolas por possuir ótimas escolas com renomados professores, situadas ao redor da Catedral Metropolitana: Grupo Escolar Cardoso de Almeida; Escola Normal, que posteriormente passou a se chamar Instituto de Educação Cardoso de Almeida (IECA); Colégio Diocesano, depois Colégio Arquidiocesano, Colégio dos Anjos e finalmente Instituto Santa Marcelina; Escola Industrial e Seminário Diocesano. Mas apesar da boa formação nos cursos primários e secundários, os jovens de Botucatu tinham que procurar colocação em centros maiores, ou para trabalhar ou para ingressar em cursos superiores, pois Botucatu não tinha condições econômicas para absorver a mão de obra dos mesmos, e nem de oferecer-lhes um curso superior.

José Amaro Faraldo (Fig. 4) era um dos jovens que tinha feito um bom curso secundário e teve que deixar Botucatu em busca de trabalho e um curso superior. Faraldo foi para São Paulo, com a finalidade de formar-se em Direito. Enquanto não era possível, trabalhava como “setorista” de um dos jornais da Capital, cobrindo o Palácio dos Campos Elíseos. Foi ali que fez seus primeiros contatos com a finalidade de colocar em prática uma ideia que vinha alimentando há tempos.



Fig, 4: José Amaro Faraldo  
☆ 15/01/1927 †03/11/1983

Em Botucatu havia um prédio abandonado desde os anos 50, cuja construção havia sido iniciada em 1948 no governo de Adhemar de Barros, para a internação de pacientes tuberculosos. Esse prédio ficava no Distrito de Rubião Jr., parte mais alta da cidade, mais ou menos 900 m do nível do mar, lugar ideal para construção de um sanatório de tuberculose devido ao bacilo ter preferência por locais com alta concentração de oxigênio (Fig. 5).

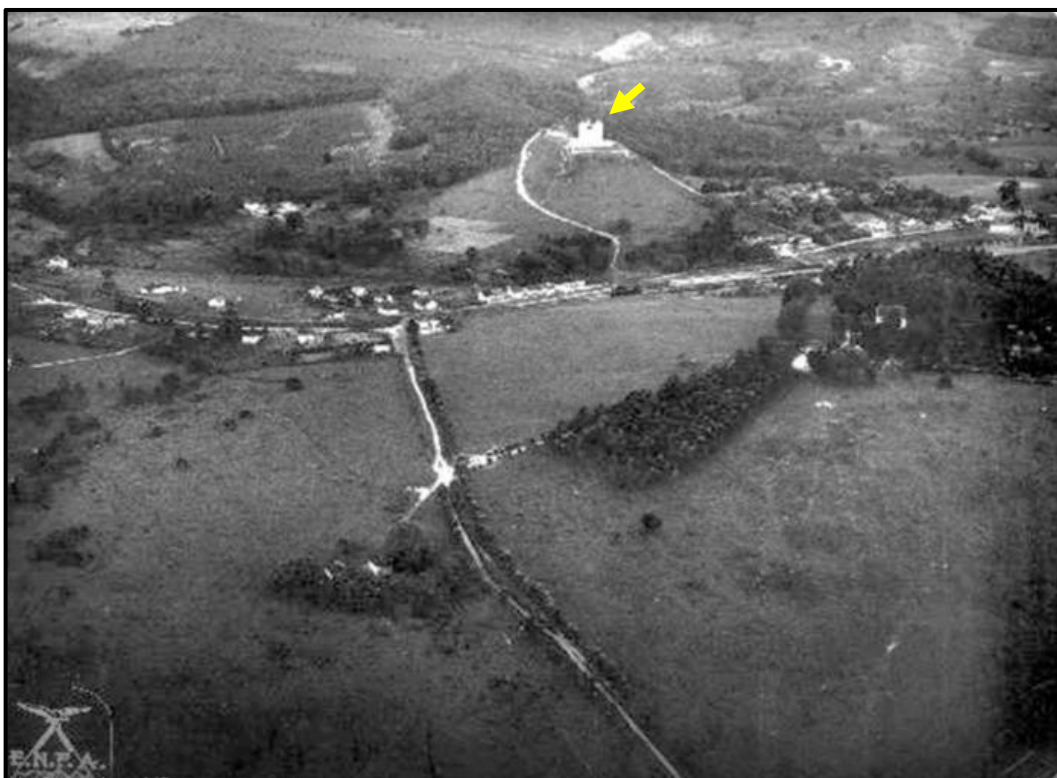


Fig. 5: Rubião Jr. em 1939, antes da construção do prédio do sanatório para tratamento de tuberculose. Nota-se o morro de Rubião Júnior, antes conhecido por Morro do Capão Bonito, com a Igreja de Santo Antônio no topo (seta).

Como a tuberculose passou a ter tratamento ambulatorial o prédio ficou sem função. Então o jornalista Faraldo começou a lançar a ideia, no meio político de Botucatu, de instalar uma faculdade de medicina nesse prédio, e apesar de acharem uma ideia pouco provável, com o tempo tanto a imprensa como parte da população começaram a acreditar que esse projeto poderia ser levado a fim. No meio político isto pegou muito bem, pois tanto a situação como a oposição gostaram da ideia e começaram a batalhar para a concretização do sonho.

Em 1957, o Faraldo conseguiu trazer para Botucatu o Prof. Zeferino Vaz (Fig.6), então diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pertencente a Universidade de São Paulo (USP), para conhecer o prédio abandonado em Rubião Júnior. Nunca deu tão certo uma amizade entre um “Janista” e um “Ademarista”, pois na época essas duas correntes eram rivais: Faraldo, que já tinha sido telegrafista na antiga Estrada de Ferro Sorocabana, era Janista, como quase 100% dos ferroviários, e Zeferino um Ademarista, que foi secretário de Estado da Saúde Pública e Assistência Social do Estado de São Paulo em 1963, durante o governo de Adhemar de Barros.



Fig. 6: Professor Zeferino Vaz

Em 1958 o governador Jânio Quadros veio visitar Botucatu, e os políticos da época encontraram uma oportunidade para expor a ele o anseio da comunidade para a criação da faculdade. Em sua volta a São Paulo Jânio Quadros envia um bilhete para o reitor da USP contando desse prédio abandonado e da insistência dos botucatuenses em instalar nele uma faculdade de medicina. E conclui pedindo ao reitor que nomeasse o Prof. Zeferino Vaz para apresentar em 30 dias um relatório sobre a viabilidade da instalação. Com o relatório do Prof. Zeferino pronto, Jânio manda o parecer para ser apreciado pela assembleia legislativa, e por essa mensagem o executivo criava a Faculdade de Medicina de Botucatu.

Em novembro de 1958, no final do mandato de Jânio, é criada a Faculdade de Medicina como um instituto isolado, mas isso permaneceu só no papel. Após uma incansável luta de toda classe política de Botucatu (Prefeito Emílio Peduti e todos os vereadores), o governador Carvalho Pinto que havia assumido em janeiro de 1959, quase no final de seu mandato, em 22 de julho de 1962 sanciona a lei que criava a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), oferecendo os cursos de

Medicina Humana, Medicina Veterinária e Biologia. Em março de 1963, novamente no governo Adhemar de Barros com o professor Zeferino Vaz na pasta da Saúde, é instalada a nova escola. O primeiro vestibular foi realizado em março, e a primeira turma já iniciou os estudos nesse mesmo ano (Fig. 7). Naquela época não havia moradias em Botucatu para abrigar tanta gente, e os munícipes começaram a oferecer vagas para alunos em suas próprias residências, e isso se perpetuou por muito tempo, com os alunos morando em casas de famílias botucatuenses.



Fig. 7: Primeira turma de alunos da FCMBB.

Nesta época, a estrada para se chegar à Faculdade localizada no Distrito de Rubião Júnior ainda não era asfaltada, sendo um transtorno para chegar até ela nos dias de chuva, ficando inclusive cheio de lama ao redor do prédio (Fig. 8).

Em 1967, quando a primeira turma cursava o quinto ano, começa a funcionar o Hospital das Clínicas (HC) com 14 leitos. Até então a parte prática dos alunos era realizada na “Misericórdia Botucatuense”, diga-se de passagem, a única Santa Casa de Misericórdia que nunca foi chamada de Santa Casa (Fig. 9).

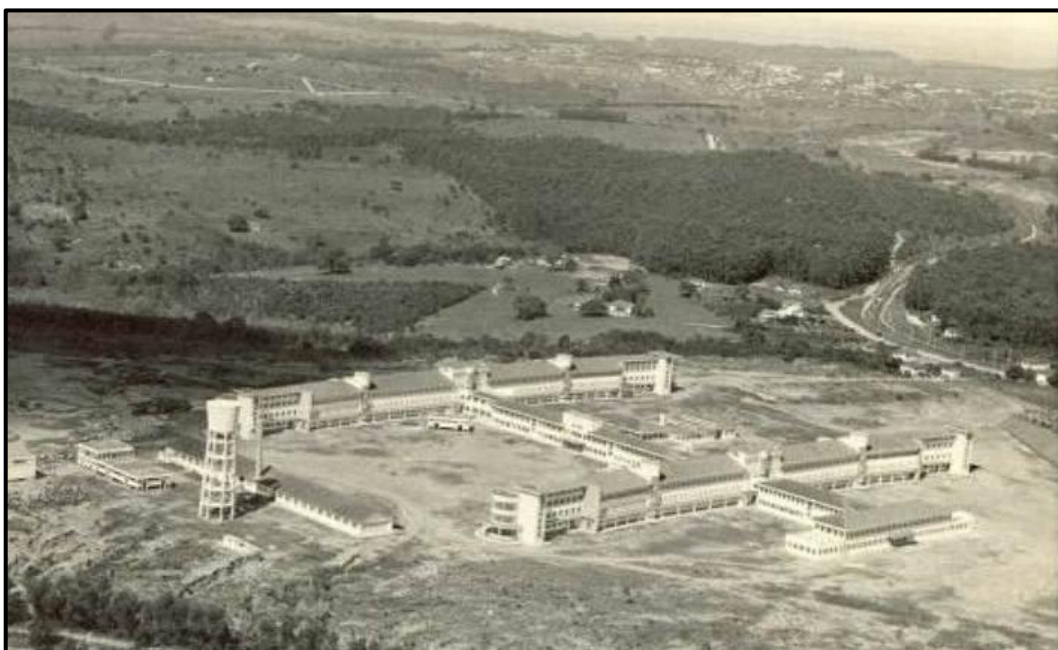


Fig. 8A: FCMBB em 1963. Nota-se a cidade de Botucatu ao fundo, na parte alta da foto.



Fig. 8B: FCMBB em 1964. Este é o lado da administração do HC, onde se encontra hoje o Salão Nobre no canto direito.



Fig.9: Misericórdia Botucatuense.

Em 1968, começa o internato da primeira turma, alguns fizeram aqui e outros foram fazer fora. Aqui ficaram 20 alunos para fazer o internato (Fig. 10).



Fig. 10: Placa da primeira turma de internos da FCMBB em 1968.

Nesse mesmo ano de 1968, Botucatu ficou marcada pela “Crise dos Padres”, pois naquela época do regime militar grande parte dos padres se rebelaram, e Dom

Henrique Golland Trindade, arcebispo da época, não conseguindo controlar a diocese, renunciou ao cargo. O Papa Paulo VI nomeou Dom Vicente Marchetti Zioni (Fig. 11) para o cargo. Grande parte dos padres de Botucatu se rebelaram com a nomeação de Dom Zioni por considerá-lo conservador, pois naquela época era “pecado” ser conservador, e dentre os padres rebeldes um que se destacou bastante pelo seu carisma foi o padre Beraldo, jovem, ordenado há apenas 10 anos, que conseguia manipular a grande massa de jovens estudantes e por isso a posse de Dom Zioni demorou a acontecer.

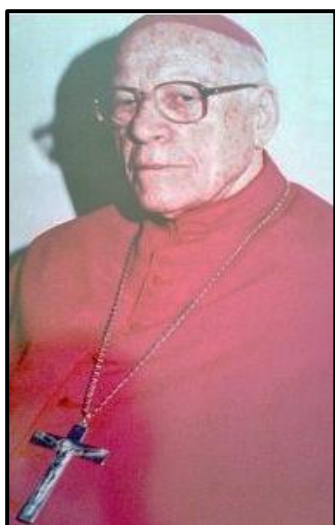


Fig 11: Dom Vicente Marchetti Zioni

A FCMBB permitiu que Botucatu mudasse o rumo de sua história; uma cidade que estava estagnada antes da implantação da FCMBB agora se desenvolvia a passos largos. De 1973 a 1977, na gestão do prefeito Plínio Paganini, o avanço foi grande, pois tivemos como principais obras a implantação da Sabesp no município, antes era a SAAE, e a construção do Elevado Bento Natel, que liga a Vila São Lucio (Vila Aparecida) à Vila Antártica, tendo a partir de então o segundo acesso à zona norte da cidade (Fig. 12).

Em 1976, a FCMBB, como Instituto Isolado de Ensino Superior, foi incorporada à recém-criada Universidade Estadual Paulista (Unesp). Oficialmente, em 26 de janeiro de 1977, o nome de nossa instituição passou a ser Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Agora além de “*Cidade dos Bons Ares e Boas Escolas*” pôde-se chamar também de “*Cidade Universitária*”.

Em 1981 foi criada a Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (Famesp). O objetivo desta fundação era a gestão dos recursos financeiros do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB), parceria esta que

continua até hoje. Mas com o tempo a Famesp foi se tornando gestora direta de outros serviços estaduais de saúde em Botucatu e em outras cidades do estado de São Paulo. Hoje, a Famesp é responsável pelo emprego de mais de seis mil trabalhadores.

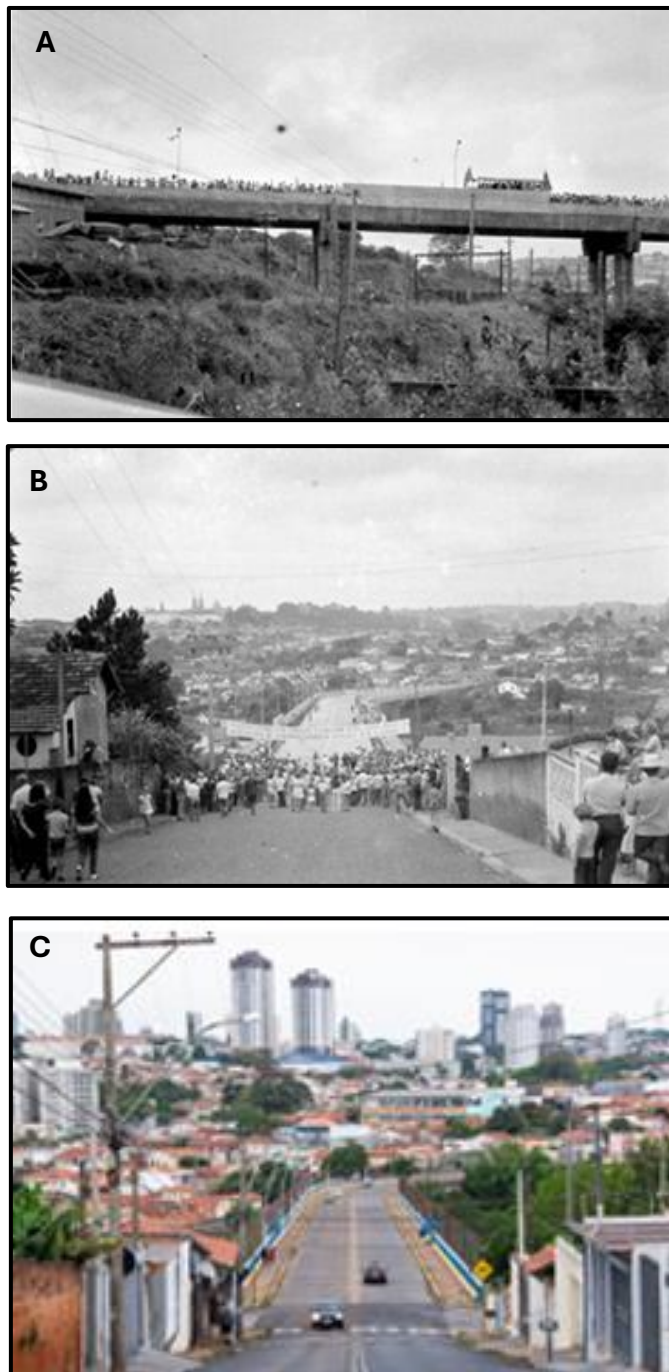


Fig. 12: Inauguração do Viaduto Bento Natel em 22/02/1975 (A e B). Viaduto nos dias atuais (C).

No final do ano de 1996, foram inaugurados os quatro prédios de docentes ao redor do “H” original da arquitetura do HC-FMB (Fig. 13). E em 2010, o HC-FMB que era

da Unesp foi transferido para a Secretaria Estadual da Saúde (SES), transformando-se em uma Autarquia do Estado. Em 2011 foi inaugurado o novo prédio da FMB para que a administração da Faculdade deixasse as dependências do HC-FMB (Fig.14). Em 2014, foi iniciada a construção do prédio de ambulatórios do HC-FMB, sendo inaugurado em 2019 (Fig. 15).



Fig. 13: As setas indicam a localização dos quatro prédios (Anexos) de docentes da FMB.



Fig.14: Prédio da administração da FMB com a central de salas de aula à esquerda.



Fig. 15: Prédio de ambulatórios do HC.

Após a criação da Faculdade de Medicina, a população de Botucatu passou a crescer mais intensamente passando de 64 mil em 1980 para 110 mil no ano 2000, e no último censo de 2024 Botucatu ultrapassou 150 mil habitantes. Esse crescimento todo se deve em grande parte ao Campus Universitário da Unesp, que emprega milhares de trabalhadores tanto de Botucatu como da nossa região.



Catedral Metropolitana de Botucatu e seus arredores

Os interessados pela história de Botucatu e da Faculdade de Medicina podem acessar o link: <http://www.ybytucatu.net.br/historia/livros-textos.html>.

## Referências Bibliográficas

- 1- Boca do sertão. João Carlos Figueiroa.  
<http://www.ybytucatu.net.br/historia/LivrosETextos-Arquivos/BocaDoSertao.html>
- 2- Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp 1963 – 1988 25 anos. Edição comemorativa dos 25 anos de sua fundação.
- 3- Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp - 60 Anos em 60 Depoimentos. 2023. ISBN: 978-65-85336-01-7.
- 4- José Amaro Faraldo: o botucatuense que foi figura fundamental na conquista da Unesp/Botucatu. <https://acontecebotucatu.com.br/geral/jose-amaro-faraldo-o-botucatuense-que-foi-figura-fundamental-na-conquista-da-unespbotucatu/>
- 5- História da Criação da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu e da Faculdade de Medicina de Botucatu. <https://www.fmb.unesp.br/#!/sobre/historia/>

## CAPÍTULO II

### PRIMÓRDIOS DA DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA

Depoimento do Prof. Titular Antonio José Maria Cataneo\*

\*Professor Sênior da FMB e primeiro docente aposentado da Unesp a receber esse título após a sua criação em 2023

O Prof. Samuel Marek Reibschaid, foi graduado em 1966 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), onde também fez sua residência em Cirurgia nos anos de 1967 e 1968. A convite do Prof. Carlos Gomes de Araujo (Fig. 1), que também era egresso da USP e já era docente da instituição, veio conhecer a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). Esteve em Botucatu no final de 1968, ano em que se formava a primeira turma de médicos. Foi recebido pelo Prof. Carlos Gomes e pelo Prof. Francisco Humberto de Abreu Maffei (Fig.1), permanecendo em Botucatu por três dias. Em janeiro de 1969 voltou para Botucatu para ficar. Era solteiro, não tinha contrato, mas ficou aqui assim mesmo, sem receber um único centavo por 10 meses. Morava no hospital, ficando 24 horas por dia à disposição dos primeiros residentes da Cirurgia (Arthur Roquete Macedo, Elson Felix Mendes e Renê Gamberine Prado). Em 1973, Samuel defendeu a Tese de doutorado intitulada “Embolia Pulmonar por Coagulo Autólogo: alterações circulatórias e respiratórias, estudo experimental no cão”.

Naquela época o Departamento de Cirurgia sob o comando do Prof. William Saad Hossne (Fig. 2) englobava todas as disciplinas cirúrgicas (gastrocirurgia, cirurgia vascular, urologia, anestesiologia, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia e neurocirurgia). O Prof. Samuel ajudou a montar a gastrocirurgia, onde atuava no início de sua vinda para Botucatu, mas do que gostava mesmo era cirurgia de coração e pulmão.

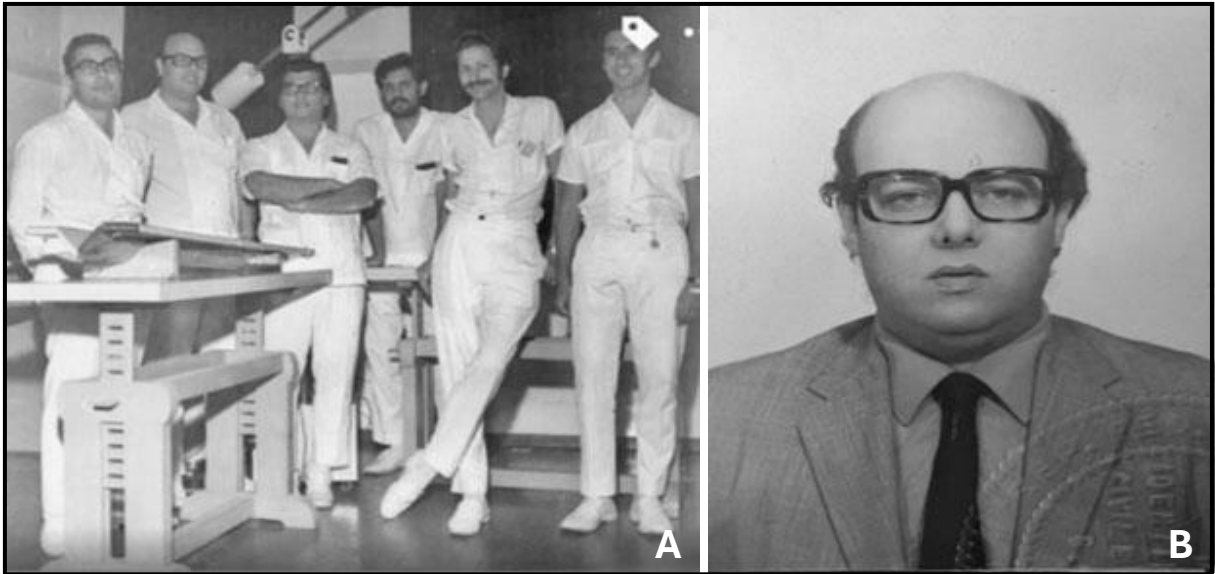


Fig. 1: A - Docentes da Cirurgia nos primórdios da FCMBB. Da esquerda para a direita Prof. Trindade, Prof. Samuel, Prof. Milton Hida, Prof. Carlos Gomes, Prof. Maffei e Prof. Fernando Câmara. B – Prof. Samuel em 1970/71.

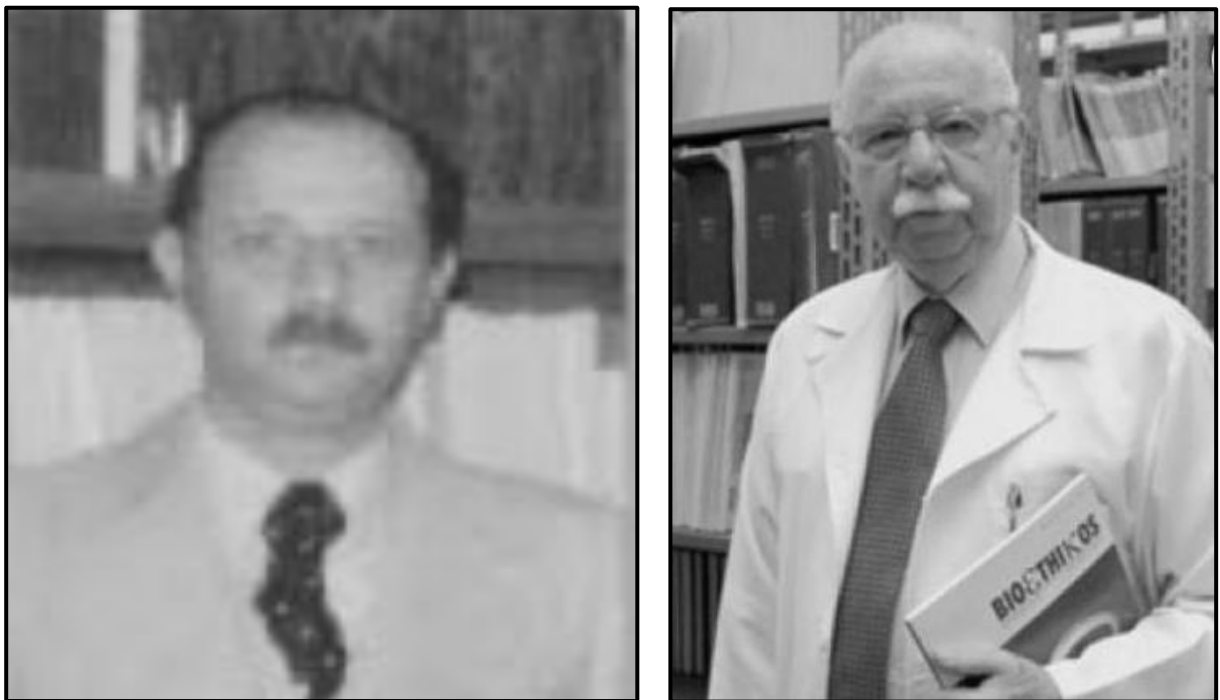


Fig. 2: Prof. William Saad Hossne, primeiro chefe do Departamento de Cirurgia.

Somente em 1974, o departamento de Cirurgia aprovou a criação da disciplina de Cirurgia Torácica que teve início em 1975 com o Professor Samuel Marek Reibscheid, fundador e único docente da disciplina. Para que o serviço começasse a funcionar, a Cirurgia Vascular sob a responsabilidade do Prof. Maffei cedeu dois de seus leitos para a internação dos pacientes do tórax. Em 1975 e 1976 não houve residente em

Cirurgia Torácica, eu era R1 de cirurgia geral em 1975, e fui o primeiro residente de Cirurgia Torácica em 1977 (Fig. 3A). Meu primeiro congresso já como docente foi em 1978; a Daniele com seus três aninhos também foi, não participou do congresso (Fig. 3B), mas deve ter tido vontade (Fig. 3C).



Fig. 3: A - Antonio J. M. Cataneo- Primeiro residente de Cirurgia Torácica em 1977. B – Congresso da SBP em 1978, em Porto Alegre.



Fig 3C: Daniele em 1978, aos três anos, auscultando a irmãzinha Andrea de um ano.

Como na época não tínhamos uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Central, o Prof. Samuel arrumou uma salinha na enfermaria G2 e montou a sua própria UTI. O ventilador utilizado era um Bird Mark 7® (Fig. 4), que era o único existente no hospital, e nos serviu durante décadas; apesar de ser um respirador ciclado a pressão, utilizamos em pacientes ventilados por mais de um mês que saíram muito bem da ventilação mecânica. Para minimizar o colapso alveolar instalamos uma pressão expiratória final positiva (PEEP), inserindo na saída do ventilador, uma válvula bidirecional da Takaoka conectada a um tubo de silicone que era mergulhado em um f rasco contendo água. O tubo era mergulhado até a profundidade que queríamos de pressão expiratória positiva. Os cuidados com a cânula de intubação eram rigorosos, com aspirações para higienização oral e traqueal rotineiras, insuflação mínima do balonete da cânula de intubação e desinsuflações periódicas para reduzir ao mínimo a i squemia traqueal. Tanto é que nunca tivemos uma estenose traqueal nos pacientes cuidados em nossa UTI. O Bird foi muito útil também em nossas aulas, pois ventilávamos bexigas com ele, e mostrávamos que diminuindo o tamanho da bexiga a ventilação continuava ocorrendo com um volume muito menor, e isso mostrava a importância do PEEP e suspiro para que não ocorresse colapso alveolar.



Fig. 4: Bird Mark 7®.

No pré-operatório os pacientes faziam exercício respiratório “expiratório”, assooprando uma mangueira mergulhada em um frasco com água para passá-la para o outro frasco. Para dificultar esse exercício, colocávamos o frasco com água dentro da

gaveta da mesa de cabeceira do paciente, e o frasco para onde ela deveria ser empurrada acima (Fig. 5).

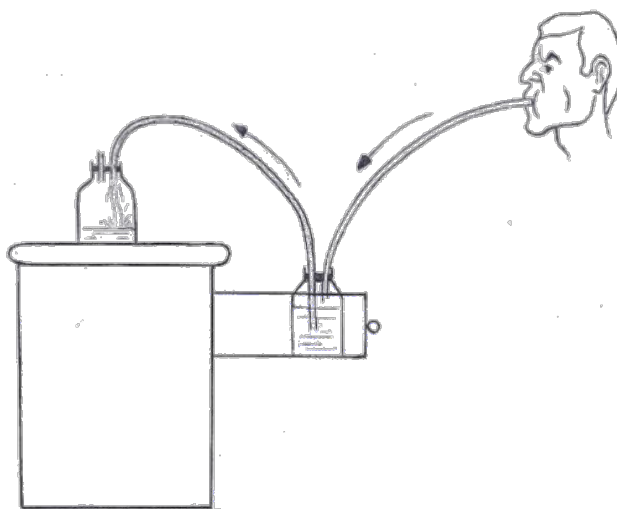


Fig. 5: Exercício expiratório.

Quando começaram a publicar artigos mostrando que o exercício para melhorar a capacidade pulmonar deveria ser inspiratório, e não expiratório, passamos a orientar os pacientes de outra forma: deveriam passar a maior quantidade de água possível em cada respiração, aí precisariam fazer inspirações profundas. Não satisfeitos com isso montamos um frasco de exercício inspiratório. Com um tubo de ¼” com 1,5 m de comprimento fazíamos um furinho a um metro de altura e orientávamos o paciente a sugar a água de um frasco, e manter o nível dela dentro do tubo o maior tempo possível: agora fazíamos exercício inspiratório (Fig. 6). Depois de algum tempo apareceu o Respirom® com a mesma função (Fig.7).

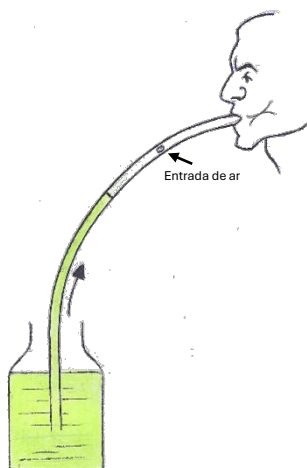


Fig. 6: Exercício inspiratório.



Fig. 7: Respirom®.

No início, o número de pacientes cirúrgicos era muito pequeno, e nós, residentes da cirurgia geral, passávamos na cirurgia vascular e torácica, portanto, no R1, acompanhei poucos pacientes do tórax. Lembro-me do senhor I. W., um japonês que ficou tratando de Tuberculose (TB) por mais de dois anos no centro de saúde e quando chegou até nós, estava com uma neoplasia pulmonar inoperável, visível no RX desde dois anos antes (Fig. 8).

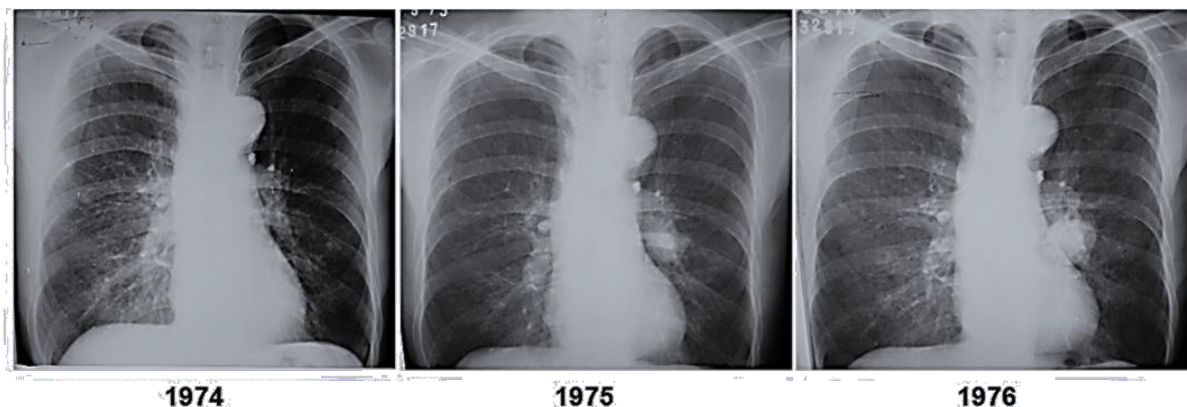


Fig. 8: I. W.- Neoplasia pulmonar diagnosticada pelo tempo, não pelo médico.

Felizmente no meu segundo ano de cirurgia geral, durante minha passagem de dois meses pelo serviço, tive a oportunidade de realizar seis toracotomias e operar um cisto de pulmão (Fig. 9). Talvez isto tenha me levado a escolher Cirurgia Torácica, pois até então eu pensava que faria gastrocirurgia.

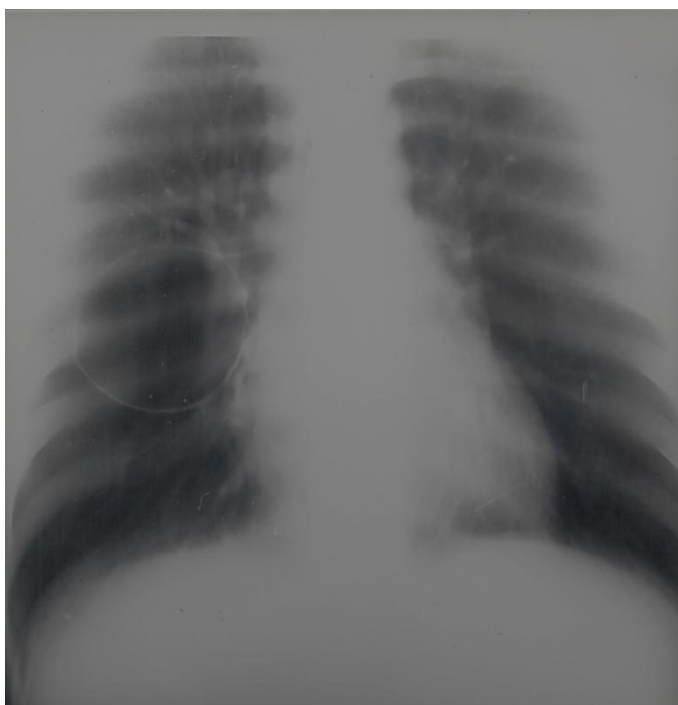


Fig. 9: Planigrafia simples de um cisto pulmonar à direita, operado em 1976.

No começo de 1978, após ter começado o R4 há apenas um mês, fui contratado como auxiliar de ensino, sendo, portanto, o segundo docente da Cirurgia Torácica, acumulando as funções de docente e residente. Naquela época, além do internato para o quinto ano de medicina, também ministrávamos aulas de propedêutica do aparelho respiratório para o terceiro ano na Clínica Médica e de Neoplasia Pulmonar para o quarto ano na Patologia. Não existia serviço de oncologia no hospital, mas tínhamos pacientes com neoplasia pulmonar que necessitavam de quimioterapia (Qt), então o Samuel começou a pesquisar sobre Qt em Neoplasia Pulmonar, e começamos também a fazer Qt em nossos pacientes. Usávamos em todos eles, independentemente do tipo histológico, o mesmo esquema, que era o COPP (ciclofosfamida, oncovin, procarbazina e prednisona).

Ainda em 1977, no meu primeiro ano de residência na especialidade, passei a ajudar o Prof. Samuel na consolidação da disciplina recém-formada. Criamos o ambulatório de Cirurgia Torácica, iniciamos a Endoscopia Respiratória na Unidade de Endoscopia, e fazíamos exames radiológicos na Unidade de Radiologia.

Como na época não havia radiologista na faculdade, só tendo um radiologista que se deslocava de Bauru uma vez por semana para dar os laudos dos exames, o Samuel resolveu que daria aulas de Rx de Tórax. Começamos nessa época a colecionar as radiografias interessantes, coisas que fizemos durante décadas, por isso temos uma enorme coleção de radiografias. Fizemos um varal com barbante nas janelas do Laboratório de Função Pulmonar onde pendurávamos as radiografias com prendedores de roupa e dávamos nossas aulas. Ficamos com essa função por muito tempo, dávamos aulas de radiografia de tórax para qualquer disciplina que nos solicitasse. Com o tempo fomos aprimorando e facilitando esse trabalho; hoje ainda temos essas aulas para os alunos que passam por nossa disciplina e para quem quiser acessar as aulas na Escola Médica Virtual.

Dá para perceber que naquela época fazíamos de tudo um pouco, pois estávamos em Regime de Dedicção Integral à Docência e Pesquisa (RDIDP), como todos os docentes da FCMBB, e tínhamos poucos pacientes para operar, mas no Departamento de Cirurgia ninguém falava em publicações, o que queríamos mesmo eram mais pacientes para operar. Tínhamos até tempo para ficar sentados no Corredor

Central do HC-FMB conversando e elucubrando coisas a fazer. Naquela época os serviços cirúrgicos ficavam todos concentrados na enfermaria G2, onde hoje fica a Clínica Médica II.

Em 1986 os serviços cirúrgicos saíram da enfermaria G2 e foram transferidos para os locais onde se encontram atualmente. A Cirurgia Torácica, contando com oito leitos, ficou junto com a Cirurgia Cardíaca na enfermaria Cardiotórax. Após a autarquização do HC-FMB em 2010, os serviços já não têm leitos próprios nas respectivas enfermarias, são do hospital e interna-se onde as vagas existam.

Lá pelos anos 1980, começamos a fazer Reuniões Multidisciplinares com a Pneumologia, Radiologia e Patologia. Essas reuniões em conjunto duraram até mais ou menos o ano de 2015, quando os serviços do HC-FMB aumentaram em demasia e assim essas reuniões em conjunto foram rareando. Apesar de não serem mais multidisciplinares, essas reuniões continuam sendo muito boas para o ensino dos alunos do quinto ano que passam o internato conosco, como também para os residentes da Cirurgia Geral e Cirurgia Torácica. O que sempre marcou essas reuniões foram as discussões acaloradas. Primeiro entre mim e o Samuel, porque tudo que um dizia, o outro fazia questão de ser do contra. Depois isso ficou entre mim e a Dani, minha filha, que faz questão de contradizer tudo que digo. Mas é tudo pela ciência, baseadas em discussões com evidências, a grande maioria das opiniões e condutas podem divergir, a Medicina não é uma ciência exata e quase não há consensos em Cirurgia Torácica.

## CAPÍTULO III

### O LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR

Naquela época, também não tínhamos pneumologistas interessados em função pulmonar, e este exame era, e continua sendo, muito importante no pré-operatório de Cirurgia Torácica, então o Samuel começou a batalhar para a criação do “Laboratório de Função Pulmonar” e conseguiu com o diretor do HC-FMB, duas salas no corredor central do hospital; uma para desenvolver o laboratório e outra para nos instalarmos ao lado dele. Em 1977 começa o entusiasmo para montar o laboratório, mas não tínhamos nada e nem dinheiro para comprar alguma coisa. A única coisa que dispúnhamos era um espirômetro enorme com capacidade para 100 litros de água que estava abandonado no Departamento de Fisiologia e nos foi cedido, porém só tinha capacidade de medir a capacidade vital e o volume corrente porque a sua velocidade era muito lenta (Fig. 10).

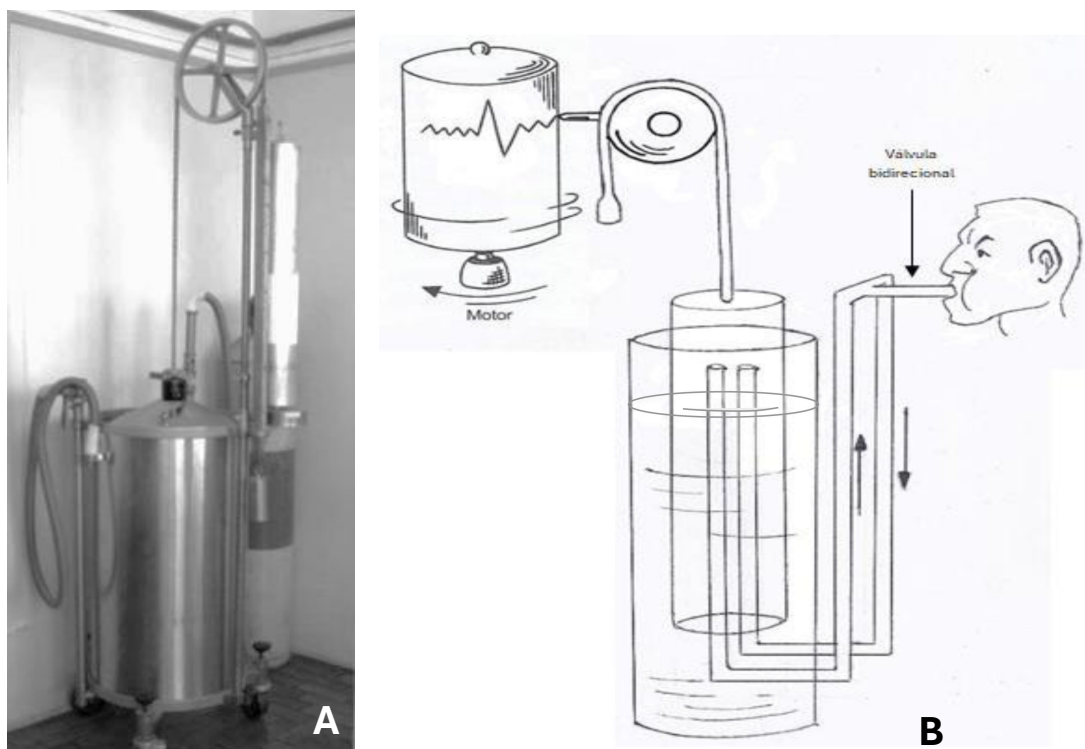


Fig. 10: A - Espirômetro do Departamento de Fisiologia. B – Esquema do funcionamento.

Em 1977 entrei como primeiro residente da Cirurgia Torácica, e o Samuel já contatou o professor Manoel Lopes dos Santos (Fig. 11A), da Escola Paulista de Medicina (EPM), para que eu fizesse um estágio e aprendesse a realizar as provas de função pulmonar. Fiquei na EPM durante um mês no primeiro semestre de 1977, e além das provas de função pulmonar eu participava das visitas de discussão de casos, ocasião em que eu conheci o professor Vicente Forte (Fig. 11B). Estava também interessado em broncoscopia e broncografia, assim também frequentava os serviços de endoscopia e radiologia.



Fig.11 A: Prof. Manoel Lopes dos Santos.

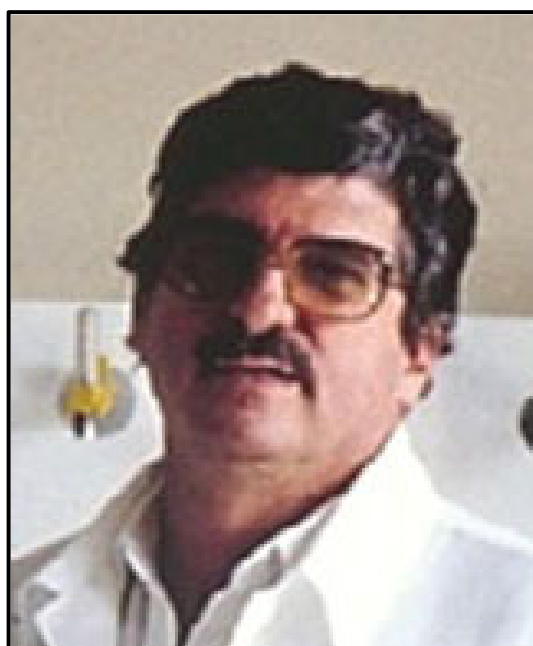


Fig. 11 B: Professor Vicente Forte.

Quando voltei para Botucatu com algum conhecimento em provas de função pulmonar, conseguimos comprar um pequeno espirômetro (Med-Graf 200®) que nos serviu por mais de 10 anos.

Nós realizávamos as provas de função pulmonar e emitíamos os laudos para todo o hospital. Conseguimos uma funcionária para o laboratório, a senhora Antônia Vadilete Bergamo, ensinei a ela como realizar os exames, portanto só tínhamos que dar os laudos. O Laboratório de Função Pulmonar esteve sob responsabilidade unicamente da Cirurgia Torácica até 1987. Em 1988, com a contratação da professora Irma de Godoy, pela Clínica Médica, como era pneumologista e se interessava por função pulmonar passamos a dividir os laudos entre pacientes clínicos, que ela dava os laudos e pacientes cirúrgicos, que nós dávamos os laudos. O hospital conseguiu comprar um novo espirômetro, e passamos a realizar um exame mais sofisticado. Em 1992, a professora Irma foi fazer pós-doutorado no exterior e voltamos a dar os laudos de função para todo o hospital, até sua volta em 1994. Nós, docentes da Cirurgia Torácica, ainda ficamos instalados no Laboratório de Função Pulmonar até o final de 1996. Em 1997, mudamos para o prédio de docentes recém inaugurado, contudo ainda continuamos responsáveis pelo laboratório e também a dar laudos dos exames de pacientes cirúrgicos até 2010.

No ano de 2010, na comemoração dos 35 anos da Residência em Cirurgia Torácica, homenageamos o Samuel e colocamos uma placa na frente do laboratório que ele criou (Fig.12).



Fig. 12 A: Homenagem ao Samuel no ano de 2010. Da esquerda para a direita ex-residentes Altair, Fred, Érica, Cataneo, Dani, o homenageado Samuel, Rincan, Mineiro, Raul e Betão.



Fig. 12 B: Placa comemorativa dos 35 anos da Residência em Cirurgia Torácica.

O Laboratório de função pulmonar nos rendeu vários artigos<sup>1-8</sup>, e paramos de laudar os exames devido a demanda crescente de pacientes que nos impediam de

continuar realizando essa função, além do fato de que o hospital passou a ter pneumologistas para manter o laboratório em funcionamento.

Nossa disciplina sempre se interessou pela pesquisa em risco cirúrgico pulmonar, tanto é que o título da tese de doutorado da Profa. Daniele foi: “Testes preditores de risco cirúrgico: qual o melhor?” (Fig. 13A), defendida em dezembro de 2005. Ela usou a ergoespirometria como padrão ouro e comparou com os testes de escada e caminhada, mostrando que testes mais simples podem ser realizados em qualquer hospital e são úteis na ausência de testes mais sofisticados. O estudo ficou em primeiro lugar nos trabalhos apresentados no Congresso de Cirurgia Torácica realizado em Caldas Novas no ano de 2005 e rendeu quatro publicações<sup>9-12</sup>. Da banca de doutorado participaram os professores Manoel Lopes dos Santos, Roberto Saad Jr., Vicente Forte, Lídia Raquel de Carvalho e Shoiti Kobayasi (orientador), professor emérito, que nos deixou recentemente (Fig.13B).

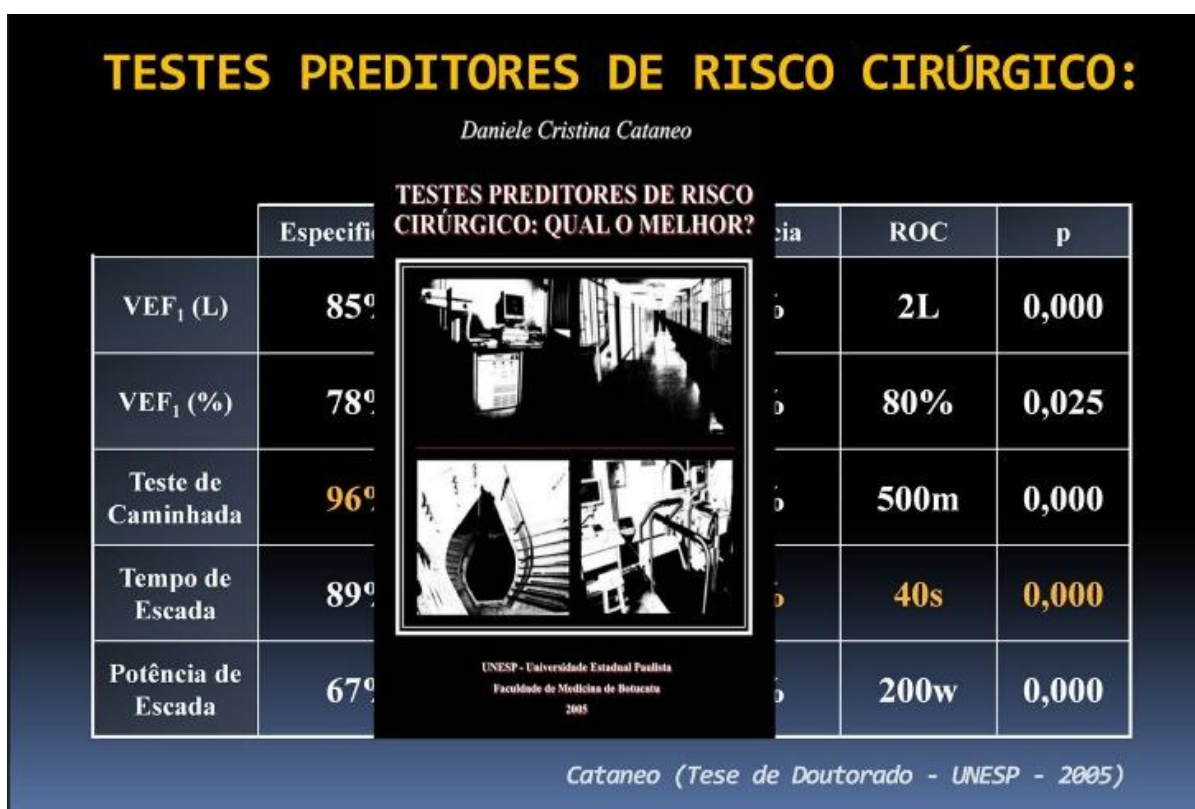


Figura 13A: Tese de doutorado da Profa. Daniele Cataneo.



Fig 13B: da esquerda para direita - Dr. Cataneo, Dr. Vicente, Dr. Saad, Dr. Shoiti, Dr. Samuel e Dr. Paulo; sentada Dra. Daniele .

### **Referências bibliográficas**

1. Campos EP & Cataneo AJM. Função pulmonar na evolução de 35 doentes com paracoccidioidomicose. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo 28(5): 330-6, 1986.
2. Campos EP, Campos CEP, Cataneo AJM. Tuberculose pulmonar avançada: análise clínico-radiológica e funcional de 29 casos. F. Med. (BR) 99(3): 123-5, 1989.
3. Campos EP, Campos CEP, Cataneo AJM. Função pulmonar comparativa da paracoccidioidomicose com a tuberculose. J. Pneumol. 16(2): 62-6, 1990.
4. Campos EP, Padovani CR, Cataneo AJM. Paracoccidioidomicose: estudo radiológico e pulmonar de 58 casos. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo 33(4): 267-76, 1991.

5. Cataneo AJM, Reibscheid SM, Campos EP. Pulmão destruído por tuberculose. Estudo de 30 casos. *J. Pneumol.* 17(2): 74-8, 1991.
6. Galvan CCR, Cataneo AJM. Effect of respiratory muscle training on pulmonary function in preoperative preparation of tobacco smokers. *Acta Cirúrgica Brasileira.* v.22, p.98 - 104, 2007.
7. Magnani KL, Cataneo AJM. Respiratory muscle strength in obese people and influence of upper-body fat distribution. *São Paulo Medical Journal.* v.125, p.215 - 219, 2007.
8. Ambrozin ARP, Cataneo AJM. Aspectos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Braz J Cardiovasc Surg.* v.20, p.408 - 415, 2005.
9. Cataneo DC, Cataneo AJM. Acurácia do teste de escada utilizando o consumo máximo de oxigênio como padrão ouro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* v.33, p.128 - 133, 2007.
10. Ambrozin ARP, Cataneo DC, Arruda KA, Cataneo AJM. Time in the stair-climbing test as a predictor of thoracotomy postoperative complications. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery (Print),* v. 145, p. 1093-1097, 2013. DOI: 10.1016/J.JTCVS.2012.09.001
11. Cataneo DC, Kobayasi S, Carvalho LR, Paccanaro RC, Cataneo AJM. Accuracy of six minute walk test, stair test and spirometry using maximal oxygen uptake as gold standard. *Acta Cirúrgica Brasileira (Impresso).* v.25, p.194-200, 2010. DOI: 10.1590/S0102-86502010000200013
12. Pancieri MVC, Cataneo DC, Montovani JC, Cataneo AJM. Comparison between actual and predicted postoperative stair-climbing test, walk test and spirometric values in patients undergoing lung resection. *Acta Cirúrgica Brasileira (Impresso).* v.25, p.535-540, 2010. DOI: 10.1590/S0102-86502010000600014

## **CAPÍTULO IV**

### **AS BRONCOGRAFIAS E AS BRONCOSCOPIAS**

Como na época tínhamos muito mais doenças pulmonares supurativas do que neoplásicas, comecei a fazer broncografias com os conhecimentos adquiridos na EPM. Fiz um arame guia com o modelo que trouxe da EPM, para a intubação com a sonda de nelaton (Fig. 14a- C), e assim fizemos mais de uma centena de broncografias, até que o Hitrast®, que era o contraste que não alveolizava, saiu do mercado. Com o mesmo guia para a sonda de nelaton fazíamos também o lavado brônquico à beira do leito.

Nessa época, nos grandes centros, já existia a tomografia computadorizada (TC), mas nós dispúnhamos somente da planigrafia simples, que utilizávamos, porém não servia para avaliar o mediastino.

Eu realizava todas as broncografias junto com os residentes, e conseguimos indicar dezenas de cirurgias com a ajuda desse exame (Fig. 14a); além da utilização para preparar as aulas de anatomia dos pulmões (Fig. 14b). Quando tivemos acesso a TC achávamos que as broncografias eram muito melhores para delimitar a área do pulmão a ser ressecada.

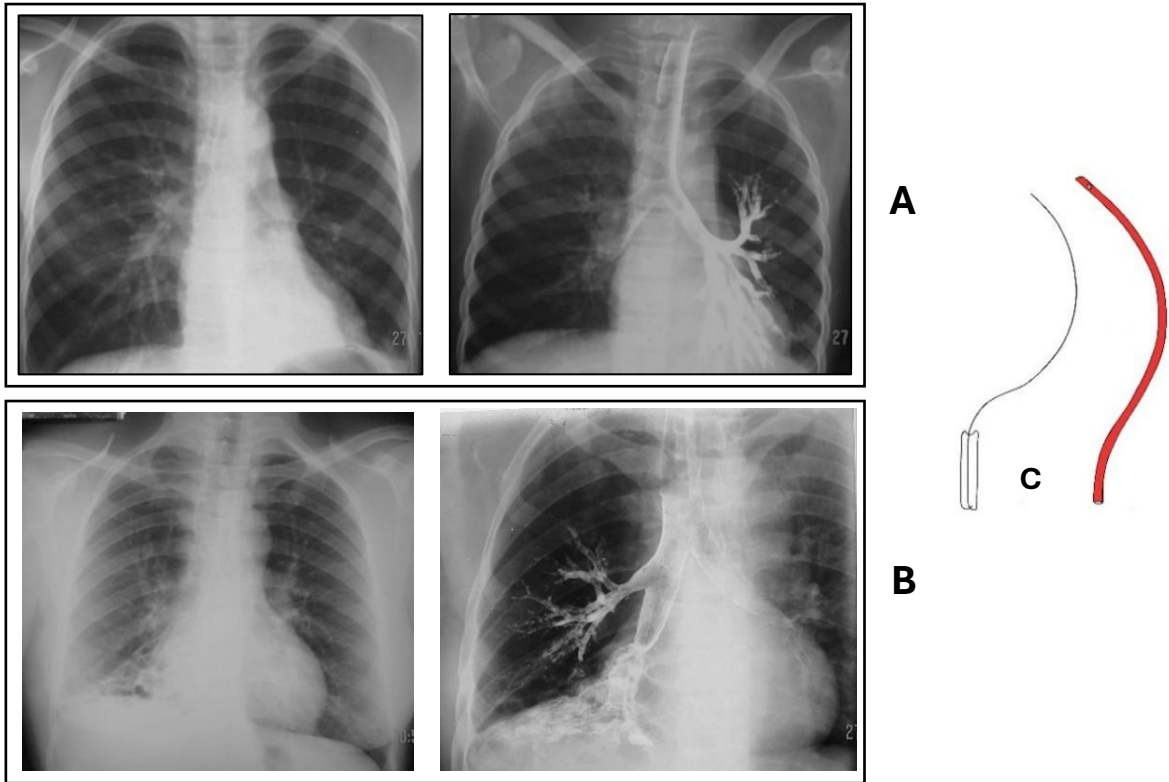
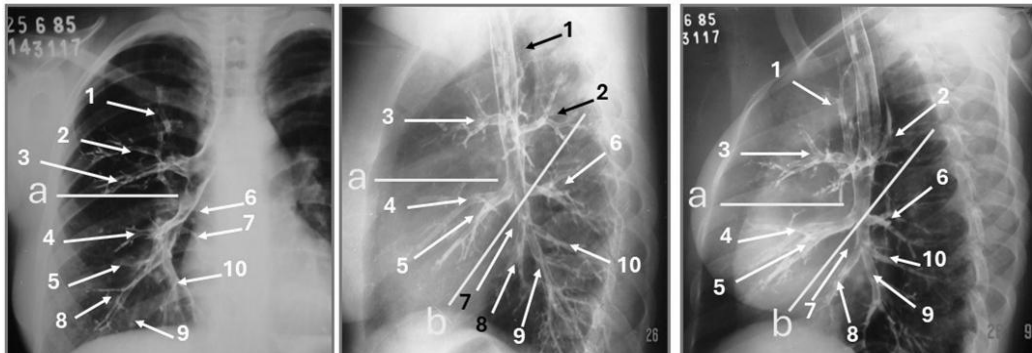


Fig. 14a: Broncografia mostrando destruição do lobo inferior esquerdo (A), bronquiografia mostrando destruição do lobo inferior e médio (B), fio guia para introdução da sonda de nelaton (C).

### ARVORE BRÔNQUICA DIREITA



### ARVORE BRÔNQUICA ESQUERDA

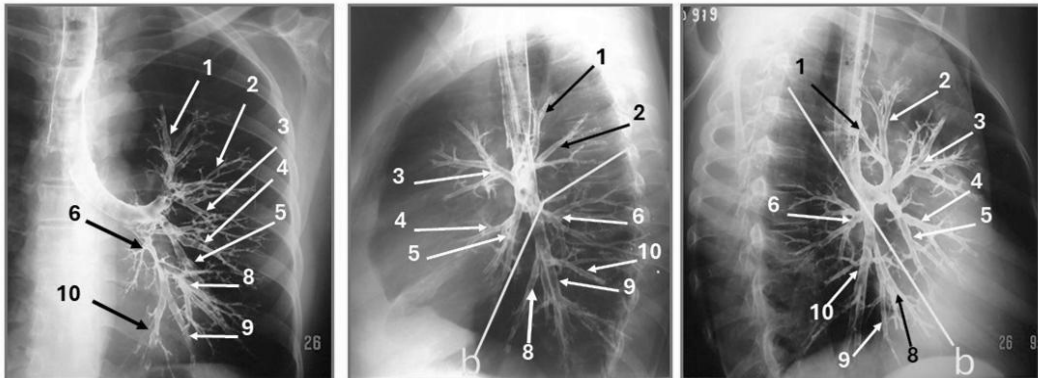


Fig 14b: Broncografias utilizadas para mostrar a anatomia brônquica aos alunos.

As broncografias me renderam a dissertação de mestrado em 1981, pois foi utilizada para estudar o crescimento pulmonar compensatório em ratos após trilobectomia pulmonar (Fig. 15) e dela saíram duas publicações<sup>13,14</sup>. Da banca participou o professor Rubens Monteiro de Arruda, que tinha sido professor do Samuel quando ele estudava na USP.

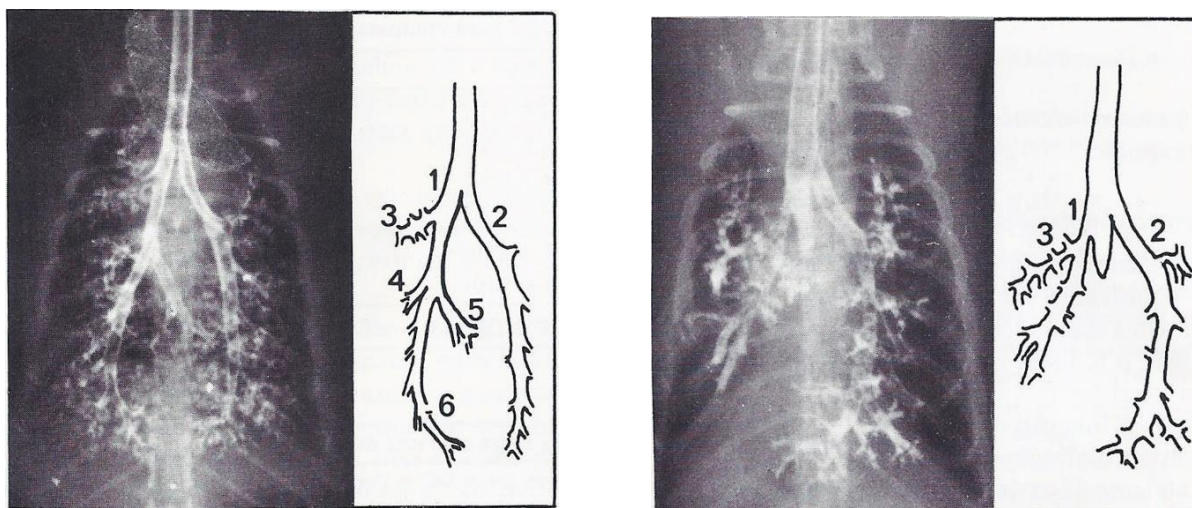


Fig 15: Broncografia do rato antes da cirurgia (A), broncografia do rato 180 dias após trilobectomia pulmonar à direita (B).

Quando eu realizava as broncografias nos pacientes, todo restinho de Hitrast<sup>®</sup> que sobrava nos frascos eu guardava para fazer a broncografia nos ratos, pois não tínhamos financiamento algum para a pesquisa.

As broncoscopias eram feitas somente pelo serviço de Cirurgia Torácica, tanto em adultos como em crianças, com broncoscópio rígido Storz<sup>®</sup>. Demorou muito tempo para que adquiríssemos um broncoscópio flexível, mas eu estava tão habituado com o rígido que comecei a usar o flexível só depois de mais de um ano de sua aquisição, e nenhum residente fazia broncoscopia flexível antes de saber fazer a rígida. Em 1978 começamos a receber crianças de nossa região com aspiração de corpos estranhos (CE), e somos até hoje referência na região para tal procedimento, tendo retirado nestes 47 anos ao redor de 250 CE, com mais de 90% sendo em crianças, em média na faixa etária de três anos. Não existia vídeo na época, então o CE teria que ser visto de forma direta, e como a anestesia administrada às crianças era inalatória, eu saía do ato meio anestesiado, então, sabendo que o anestésico é mais denso que o ar, adaptei uma válvula bidirecional a um *snorkel* de mergulho, para que eu pudesse puxar o ar de cima e soltar para baixo (Fig. 16). A partir daí fazia as broncoscopias em crianças sempre com o *snorkel*.

soltar para baixo (Fig. 16). A partir daí fazia as broncoscopias em crianças sempre com o *snorkel*.

O Samuel nunca quis retirar CE de crianças, pois usava óculos, e dizia que tinha dificuldade na visualização direta do CE, então era eu que fazia todas as broncoscopias em crianças. Lembro-me muito bem do primeiro caso em 1978: era uma criança de sete anos que tinha aspirado uma tampa de caneta hidrocor; felizmente a tampa estava com a boca para cima e a pega foi fácil, mas nem eu e nem o Samuel nunca tínhamos tirado um CE da árvore brônquica, a única coisa que sabíamos era que o CE deveria sair junto com o broncoscópio, mas fomos aprendendo com o tempo. Lembro-me de uma criança que tinha aspirado um pedregulho com um diâmetro quase igual ao da traqueia e que se encontrava na emergência do brônquio principal esquerdo. Tentei retirar com todas as pinças que tínhamos, conseguia pinçar, mas quando chegava na cartilagem cricóide, o CE se soltava da pinça. Não imaginava como o CE passou por esse anel, era para a criança ter ficado asfiziada, pois o pedregulho parecia ter diâmetro maior que o diâmetro da cricóide. Um aluno que já tinha passado pelo estágio da Urologia, e agora estava no estágio da Tórax acompanhando a broncoscopia me disse: professor porque o senhor não tenta tirar com o Dormia® que a Urologia usa para tirar cálculos do ureter? Falei que era uma boa ideia e ia tentar. Foi a primeira vez que retiramos um CE com um “basket extrator” (Fig. 17a). A figura 17 b mostra um corpo estranho “muito estranho” para uma criança de sete meses, que a Dra. Daniele retirou assustada, achando que se tratava de uma barata. Os CE nos renderam três publicações<sup>15-17</sup>, e recentemente uma dissertação de mestrado (<https://repositorio.unesp.br/entities/publication/f3ef95db-294e-4fde-85ec-e457961d6dab>).

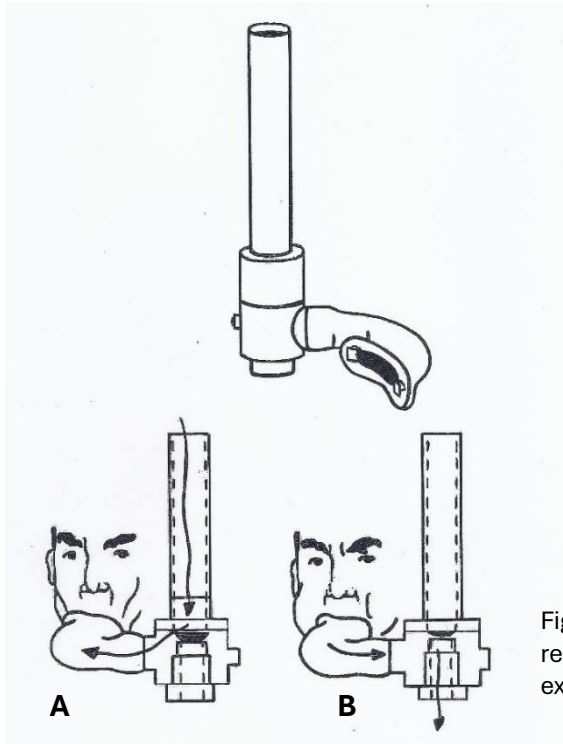


Fig. 16: Snorkel com válvula bidirecional para realização de broncoscopia. Inspiração (A), expiração (B).

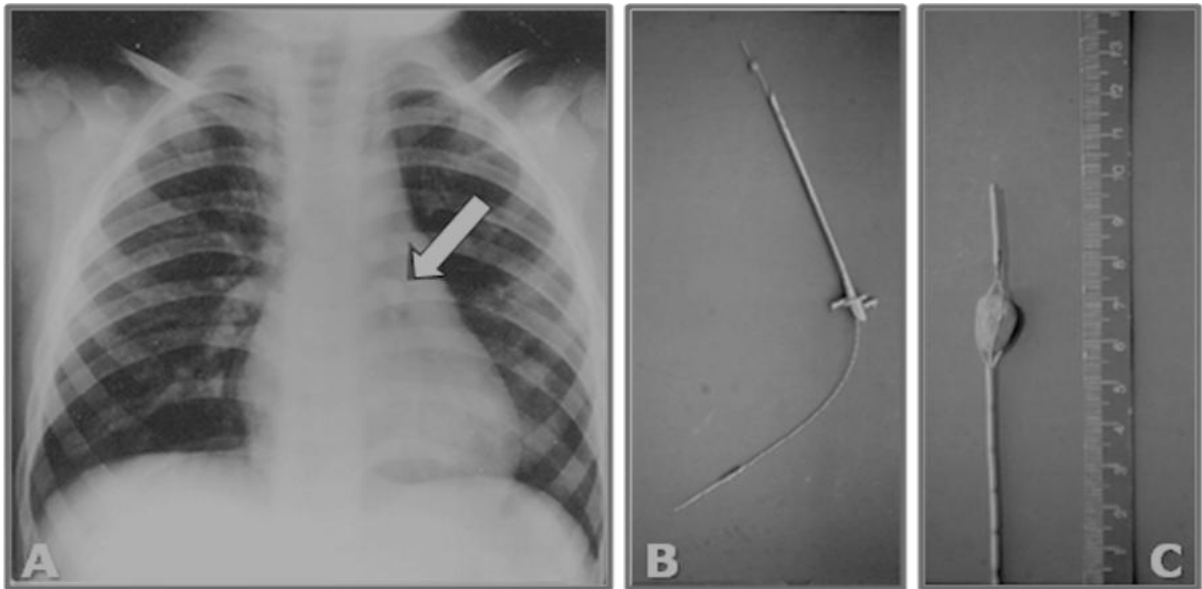


Fig. 17a: Pedra em brônquio principal esquerdo (seta) (A). Conjunto broncoscópico + “dormia” com a pedra presa (B). Detalhe do “basket” extrator + pedra (C).



Fig. 17b: Besouro no brônquio principal direito de uma criança com sete meses.

### Referências bibliográficas

13. Cataneo AJM & Reibscheid SM. Broncografia e planimetria torácicas - estudo experimental no rato. J. Pneumol. 14(2): 66-9, 1988.
14. Cataneo AJM, Curi PR, Reibscheid SM. Alterações morfológicas do aparelho respiratório pós-trilobectomia pulmonar. Estudo experimental no rato. J. Pneumol. 14(3): 121-6, 1988.
15. Cataneo AJM, Ruiz Jr. RL, Reibscheid SM. Corpo estranho em árvore traqueobrônquica - apresentação de 40 casos. J. Pneumol. 16(3): 124-8, 1990.
16. Cataneo AJM, Reibscheid SM, Ruiz Jr RL, Ferrari GF. Foreign body in the tracheobronchial tree. Clin. Pediatr. 36: 701-6, 1997.
17. Cataneo AJM, Cataneo DC, Ruiz Jr RL. Management of tracheobronchial foreign body in children. Pediatric Surgery International. v.24, p.151 - 156, 2008.

## CAPÍTULO V

### A CABINE PLETISMOGRÁFICA E A PÓS-GRADUAÇÃO

E voltando para o laboratório de função pulmonar do Samuel, ele não se contentava em medir só os volumes e capacidades pulmonares, queria medir a difusão, resistência de vias aéreas, volume residual etc. Então, resolveu que deveríamos fabricar uma cabine pletismográfica. E foram dois anos que ficamos no laboratório até altas horas da noite construindo a cabine com placas de aglomerados de madeira. Mas não se conseguia a vedação da porta de maneira alguma. Usamos todo tipo de borracha, ferrolhos apertados por parafusos e o vazamento continuava. Tenho até agora um ferrolho que guardei de estimação. Desistimos da cabine, mas nosso desenhista retratou esse fato numa historinha de humor que levamos na Reunião da Pizza (Departamento de Cirurgia Torácica da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia – DCT-SPPT) quando o Samuel ainda estava entre nós, para homenageá-lo (Fig. 18). Todos perceberam que o Samuel tinha muito de ‘professor Pardal’.

# **UMA HISTÓRIA VERÍDICA DA FCMBB NOS FINAIS DOS ANOS 70 E INÍCIO DOS ANOS 80**



Após meses de Trabalho....

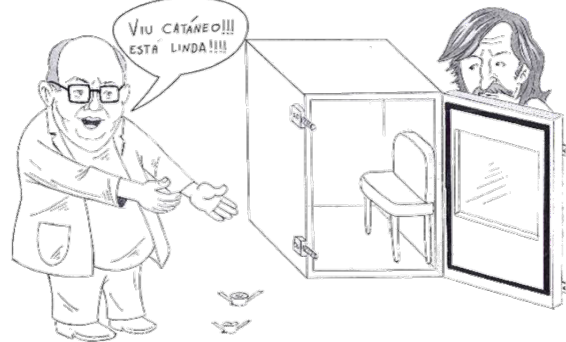
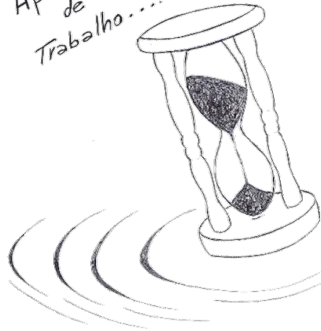


Fig. 18 – Samuel e sua cabine pletismográfica.

Mas isso foi um estímulo para construirmos uma cabine pleetismográfica para ratos em 1982 (Fig. 19). Como o rato cabe em um frasco de vidro, não tivemos problemas com a vedação. Como o rato não obedece aos comandos, para a realização da capacidade vital construimos um sistema de pressão positiva e negativa (Fig. 20). A cabine rendeu minha Tese de doutorado em 1985 e duas publicações<sup>18,19</sup>. Da banca participaram o professor Noedir Stolf, contemporâneo do professor. Samuel quando estudava na USP, e o professor Manoel Lopes dos Santos, da EPM, com quem eu aprendi a fazer os testes de função pulmonar.

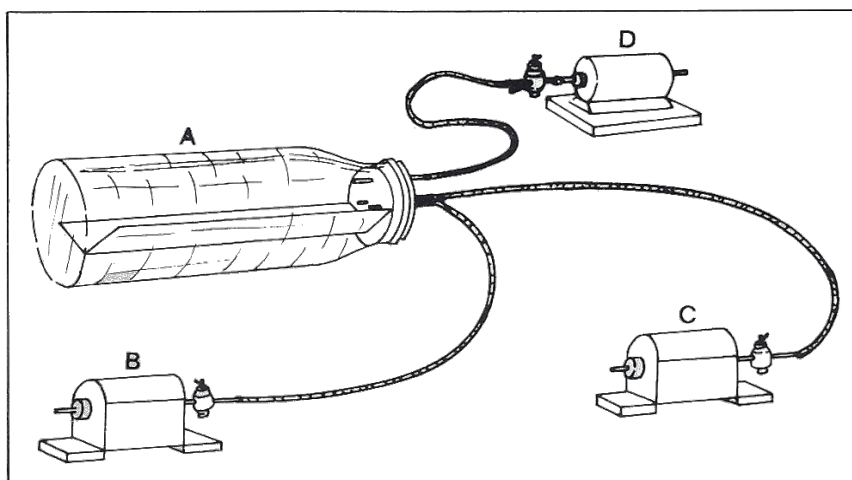


Fig. 19: Cabine pleetismográfica (A), transdutores de pressão para a traqueia (B), para o esôfago (C) e para a cabine (D).

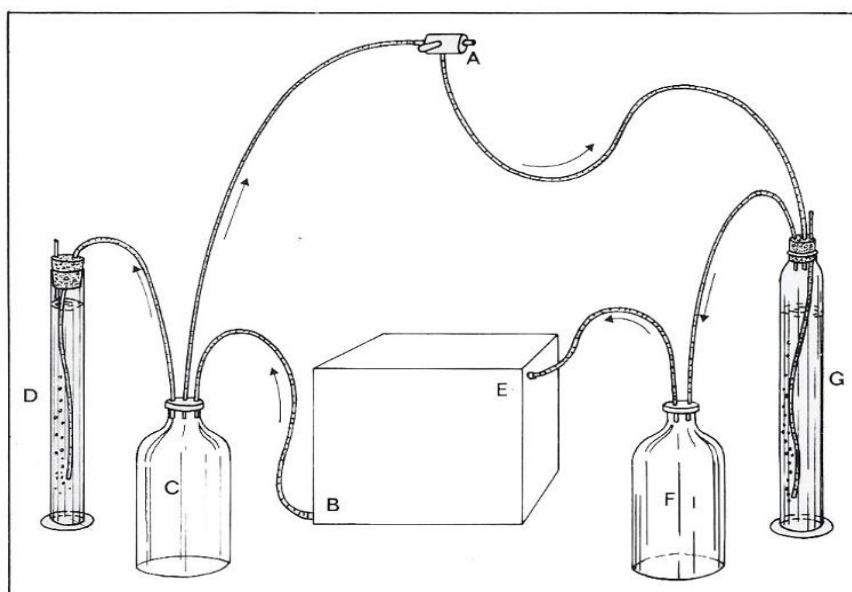


Fig. 20: Sistema de pressão positiva e negativa constantes interligadas por uma torneira de três vias (A). Pressão positiva: compressor (B), reservatório (C), válvula mergulhada a 30cm (D). Pressão negativa: aspirador (E), reservatório (F), válvula mergulhada 40cm (G).

Fazíamos as provas de função pulmonar nos ratos para ver se era efetivo o crescimento pulmonar compensatório após trilobectomia pulmonar. Naquela época as dissertações e teses em nossa instituição eram todas em animais, pois o número de pacientes era pequeno para realizar um ensaio clínico. Por isso que o nosso programa de pós-graduação se chamava “Bases Gerais da Cirurgia e Cirurgia Experimental”. Ele foi o primeiro programa de pós-graduação do Campus de Botucatu, e um dos pioneiros em cirurgia do país, criado pelo professor William Saad Hossne em 1975, aliás, também fazendo o jubileu de ouro este ano. A Cirurgia Torácica, como todas as disciplinas cirúrgicas, tinha uma disciplina de apoio às linhas de pesquisa nesse programa desde sua criação sob responsabilidade do professor Samuel. Em 1987, fui admitido como docente do programa de pós-graduação e fiquei responsável por nossa disciplina em 1990. Na década de 90, eu comecei a pensar na minha livre docência, e como se falava muito em transplante pulmonar, resolvi fazer algo experimental em cães que nos eram acessíveis naquela época. Fizemos um modelo experimental em transplante pulmonar autólogo, que não necessitaria de imunossupressor e foi a dissertação de mestrado de um de meus orientados. Em seguida, num grupo maior de cães, estudei o crescimento pulmonar compensatório após transplante lobar autólogo. Essa foi minha tese apresentada na livre docência em 1998, e nos rendeu três publicações<sup>20-22</sup>. Em 2004, assumi a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, e por orientação da Capes extinguímos as disciplinas de apoio as linhas de pesquisa e instituímos mais disciplinas formativas, e o nosso grupo que além de mim, em 2007 passou a contar também com a professora Daniele, ficou responsável pela disciplina de Medicina Baseada em Evidências e Revisões Sistemáticas. A partir daí as nossas publicações são voltadas mais para as revisões sistemáticas<sup>23-35</sup>. Neste programa eu e a professora Daniele orientamos e/ou coorientamos em torno de 80 alunos. Mais recentemente, a professora Érica passou também a orientar no programa, já tendo alunos egressos.

No ano de 2011, começamos a nos interessar pelo programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Médica (MEPAREM). Esta é uma modalidade de pós-graduação (PG) *Strictu sensu* criado pela Capes em 2009, com o objetivo de capacitar os recursos humanos qualificados, para a prática profissional avançada, com ênfase na

produção técnico científica para a solução de problemas específicos loco-regionais ou nacionais.

Nosso interesse pelo programa tinha, além do objetivo de formar especialistas capacitados para pesquisa, a intenção de levar para a PG muitos de nossos docentes que não estão em programas acadêmicos e assim poder galgar a carreira universitária como é exigido pela Unesp, pois para se candidatar a livre docência o professor precisa pertencer a um programa de PG. Trabalhamos desde o final de 2011, e durante os anos de 2012 e 2013, felizmente em 2014 tivemos o MEPAREM (Programa de Pós-graduação em Medicina) aprovado. Em 2015, com 30 alunos matriculados, foi iniciado o programa sob a coordenação da professora Daniele Cataneo, que permaneceu por dois mandatos e ainda é conselheira; e neste ano o programa completa o seu décimo ano de funcionamento. Neste programa eu e a professora Daniele orientamos e/ou coorientamos ao redor de 20 alunos. Publicamos nesse programa 13 e-books (<http://www.HC-FMB.unesp.br/meparem/>) e ao final de seu mandato a professora Daniele conseguiu implantar a obrigatoriedade da publicação do e-book para validação do título de mestre.

### **Referências Bibliográficas**

18. Cataneo AJM & Reibscheid SM. Função pulmonar no rato. J. Pneumol. 14(4): 177-81, 1988.
19. Cataneo AJM, Curi PR, Reibscheid SM. Alterações funcionais do aparelho respiratório pós-trilobectomia pulmonar. Estudo experimental no rato. J. Pneumol. 15(1): 1-7, 1989.
20. Nagao RK, Cataneo AJM. Implante lobar autólogo pós pneumonectomia: modelo experimental em cães. Acta Cirurgica Brasileira. v.20, p.311-316, 2005.
21. Cataneo AJM, Cataneo DC. Compensatory lung growth in autologus lobar implant after pneumonectomy in dogs. Acta Cirurgica Brasileira. v.20, p.368 - 374, 2005.
22. Cataneo AJM, Cataneo DC. Compensatory Lung Growth in Autologus Lobar Implant: Experimental Study in Dogs. Transplantation Proceedings. v.38, p.958 - 962, 2006.

23. Felisberto G, Cataneo AJM, Cataneo DC. Thoracic sympathectomy for the treatment of primary axillary hyperhidrosis: systematic review and proportional metaanalysis. *Annals Of Medicine*, v. 53, p. 1216-1226, 2021. DOI: 10.1080/07853890.2021.1953126
24. Queiroga TLO, Cataneo DC, Martins RHG, Reis TA, Cataneo AJM. Mitomycin C in the Endoscopic Treatment of Laryngotracheal Stenosis: Systematic Review and Proportional Meta-Analysis. *International Archives of Otorhinolaryngology (Print)*, v. 24, p.e112-e124, 2020. DOI: 10.1055/S-0039-1700582
25. Reis TA, Cataneo DC, Cataneo AJM. Clinical usefulness of prethymectomy plasmapheresis in patients with myasthenia gravis: a systematic review and meta-analysis. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, v. 1, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1093/ICVTS/IVZ186
26. Hasimoto FN, Cataneo DC, Hasimoto EM, Ximenes AMG, Cataneo AJM. Radiofrequency in the treatment of primary hyperhidrosis: systematic review and metaanalysis. *Clinical Autonomic Research*, v. 1, p. 1-10, 2019. DOI: 10.1007/S10286-019-00640-W
27. Silva GP, Cataneo DC, Cataneo AJM. Thoracotomy compared to laparotomy in the traumatic diaphragmatic hernia. Systematic review and proportional methanalysis. *Acta Cirúrgica Brasileira (On-line)*, v. 33, p. 49-66, 2018. Citações: 6 DOI: 10.1590/S0102-865020180010000006
28. Pinotti KF, Cataneo DC Rodrigues ORR, Cataneo AJM. Closure of the sternum with anchoring of the steel wires: Systematic review and meta-analysis. *Journal Of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. v. 156, p. 178-186, 2018. DOI: 10.1016/J.JTCVS.2018.02.033
29. Cataneo AJM, Cataneo DC. More wires, more time. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. v. 156, p. 714-715, 2018. DOI: 10.1016/J.JTCVS.2018.03.021

30. Rimoli CF, Martins RHG, Cataneo DC, Imamura R, Cataneo AJM. Treatment of post-intubation laryngeal granulomas: systematic review and proportional metaanalysis. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v.84, p. 781-789, 2018. DOI: 10.1016/J.BJORL.2018.03.003
31. Cataneo AJM, Felisberto G, Cataneo DC. Thymectomy in nonthymomatous myasthenia gravis – systematic review and meta-analysis. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. v. 13, p. 99-110, 2018. DOI: 10.1186/S13023-018-0837-Z
32. Cataneo DC, Reis TA, Felisberto G, Rodrigues OR, Cataneo AJM. New sternal closure methods versus the standard closure method: systematic review and meta-analysis. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, p. 1-9, 2018. DOI: 10.1093/ICVTS/IVY281
33. Cataneo AJM, Cataneo DC, Oliveira FHS, Arruda KA, El Dib R, Carvalho PEO. Surgical versus nonsurgical interventions for flail chest. *Cochrane Database of Systematic Reviews (On-line)*, v. 7, p. 1-25, 2015. Citações: 2 DOI: 10.1002/14651858.CD009919.PUB2
34. Pinotti KF, El Dib R, Cataneo DC, Rodrigues OR, Ramos e Silva L, Cataneo AJM. Sternal fixation techniques following sternotomy for preventing sternal wound complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews (On-line)*, v. 2, p. CD010999, 2014. Citações: 2 DOI: 10.1002/14651858.CD010999.PUB2
35. Hasimoto CN, Cataneo DC, El Dib R, Thomazi R, Pereira RSC, Minossi JG, Cataneo AJM. Efficacy of surgical versus conservative treatment in esophageal perforation: a systematic review of case series studies. *Acta Cirúrgica Brasileira (On-line)*, v. 28, p. 266-271, 2013. Citações: 18 | 7 DOI: 10.1590/S0102-86502013000400006

## CAPÍTULO VI

### DOCENTES E RESIDENTES DA DISCIPLINA E A ENDOGENIA

Em 1981, o professor Samuel resolveu que não queria mais o regime de dedicação integral à Faculdade de Medicina, pediu licença prêmio e posteriormente redução do regime de trabalho de 40 para 24 horas semanais. Ele me passou a chefia da disciplina e fiquei sozinho como docente, um docente que tinha defendido o mestrado ainda naquele ano, e o pior é que nesse ano não tivemos residente na nossa especialidade. Foi um pouco difícil o ano de 1981, mas em 1982 e 1983 tivemos bons residentes (Zorzetto e Betão) e com o professor Samuel voltando a atuar 24 horas semanais, o serviço pode deslanchar novamente. Mas somente em 1989 pudemos aumentar nosso quadro de docentes. O professor Raul havia terminado sua residência em 1987. Em 1988, conseguimos que ele fosse contratado como médico e em 1989 foi contratado como Auxiliar de Ensino. Naquela época não era exigido título para a contratação de docentes. Hoje é necessário que o candidato tenha doutorado. Quando me afastei da chefia da disciplina para assumir a chefia do Departamento de Cirurgia em 1999, o Prof. Raul ficou responsável por ela até que terminasse meu mandato na chefia do departamento, mas continuei na pesquisa, assistência e ensino na disciplina. Em 2003, o Prof. Samuel tirou nova licença prêmio e se aposentou em seguida, e ficamos novamente só com dois docentes, mas em 2006 minha filha Daniele, que tinha defendido o doutorado em 2005, foi contratada como professora assistente, e voltamos a ter três docentes. De 2010 a 2012, tivemos uma nova contratada como professora substituta, a Érica N. Hasimoto. Ela defendeu o doutorado em 2012, e em 2013 foi contratada como professora assistente. Posteriormente conseguimos o contrato de médico para o Tarcísio Albertin dos Reis em 2018 e de professor assistente neste ano de 2025. Conseguimos também o contrato de médica para a Aglália Moreira Garcia Ximenes em 2019, para a Ivana Teixeira Aguiar em 2022 e para a Isadora Rubira Furlan em 2023, mas esta deixou a disciplina e foi trabalhar em Marília onde vivem seus pais.

As funções de nossos docentes nunca se restringiram somente à disciplina de Cirurgia Torácica, mas também as atividades de gestão inerentes à carreira

universitária, sendo as mais trabalhosas a chefia do departamento já realizadas por mim e atualmente pela Érica, e a coordenação da PG, cargos ocupados por mim e pela Daniele. O Raul já tem se dedicado mais as gestões em diretorias e serviços do HC, além de participar da Comissão de Ética Médica do HC-FMB, sendo o atual presidente da mesma.

A Residência em Cirurgia Torácica sempre contou com uma única vaga anual, mas nem sempre elas foram ocupadas, e esta descontinuidade de residentes da especialidade sempre foi muito ruim para o serviço, pois os residentes da Cirurgia Geral passam pouco tempo em cada especialidade, e apesar de darem suporte a todos os serviços cirúrgicos durante os plantões no ano todo, seus conhecimentos são limitados, necessitando de muito apoio dos residentes da especialidade e dos docentes.

Fui Coordenador da Residência em Cirurgia Torácica de 1981 até 2007, quando passei essa função para a professora Daniele. Nesses 26 anos formei 22 residentes. A professora Daniele foi Coordenadora até 2021, formando nove residentes. Posteriormente, esse cargo ficou com a professora Érica que formou mais três residentes, (Tabela 1).

Tabela 1: Residentes da Cirurgia Torácica e término da residência

Residentes da Cirurgia Torácica	Término
Antonio José Maria Cataneo	01/1979
Sebastião Antonio Beneti	01/1980
Júlio Cesar Zorzetto	01/1983
Alberto Silva	01/1985
Luiz Ricardo Menezes Bastos	01/1987
Raul Lopes Ruiz Júnior	01/1988
Sergio Rito Nicolau	01/1989
Rincan Katsuhilo Nagao	01/1991
Sérgio Ricardo Guillaume	01/1992
Thomaz Arruda	01/1993
Valmir Kuniyoshi	01/1996
Jair Vergínio Júnior	01/1997
Marcelus de Araujo Simao	01/1998
Álvaro Pereira Pinto	01/1999
Carlos Frederico Pascale	01/2000
Altair da Silva Costa Júnior	01/2001
Karin Franco Pinotti	01/2002
Frederico Henrique S. Oliveira	01/2003
Mayckell Aéliton Freitas	01/2004
Daniele Cristina Cataneo	01/2005
Fernando Geraldi Dias	01/2006
Ricardo Lucatto Baida	01/2007
Carlos Alexandre Polônio	01/2009
Érica Nishida Hasimoto	01/2010
Gilmar Felisberto Júnior	02/2014
Gracilene Pinheiro Silva	02/2016
Tarcísio Albertin dos Reis	02/2018
Agláia Moreira Garcia Ximenes	02/2019
Rodrigo Pires de Souza Lima	02/2020
Ivana Teixeira de Aguiar	02/2021
Isadora Rubira Furlan	02/2022
Ana Rachel Koury Marinho	02/2023
Mônica Louise de Oliveira Lima	02/2025
Caio Cruz	02/2026

Acredito que nossa maior e mais importante atividade é com a formação dos residentes, por isso nossas portas estão sempre abertas para discussões de quaisquer casos que tenham dúvidas, além das reuniões, visitas e discussões marcadas semanalmente.

O treinamento dos alunos e principalmente dos residentes na Cirurgia Experimental sempre foi um ponto forte de apoio à prática da técnica operatória. Uma vez com cada grupo de internos do quinto ano, fazíamos treinamento de técnica cirúrgica básica; uma vez por semana, treinávamos os residentes da Cirurgia Geral em técnicas de traqueostomia, toracotomia e cirurgias abertas e às quintas-feiras, no período da tarde, a sala cirúrgica do laboratório de Cirurgia Experimental era reservada para os residentes da Cirurgia Torácica, para prática de videocirurgia em cães (segmentectomias, lobectomias, pneumonectomias). Quando chegou o vídeo da Cirurgia Experimental foi uma festa, os residentes inicialmente treinaram procedimentos videoassistidos na pleura, foram os primeiros procedimentos por vídeo que utilizamos na clínica (Fig. 21).



Fig. 21 A: Talcagem pleural no cão.

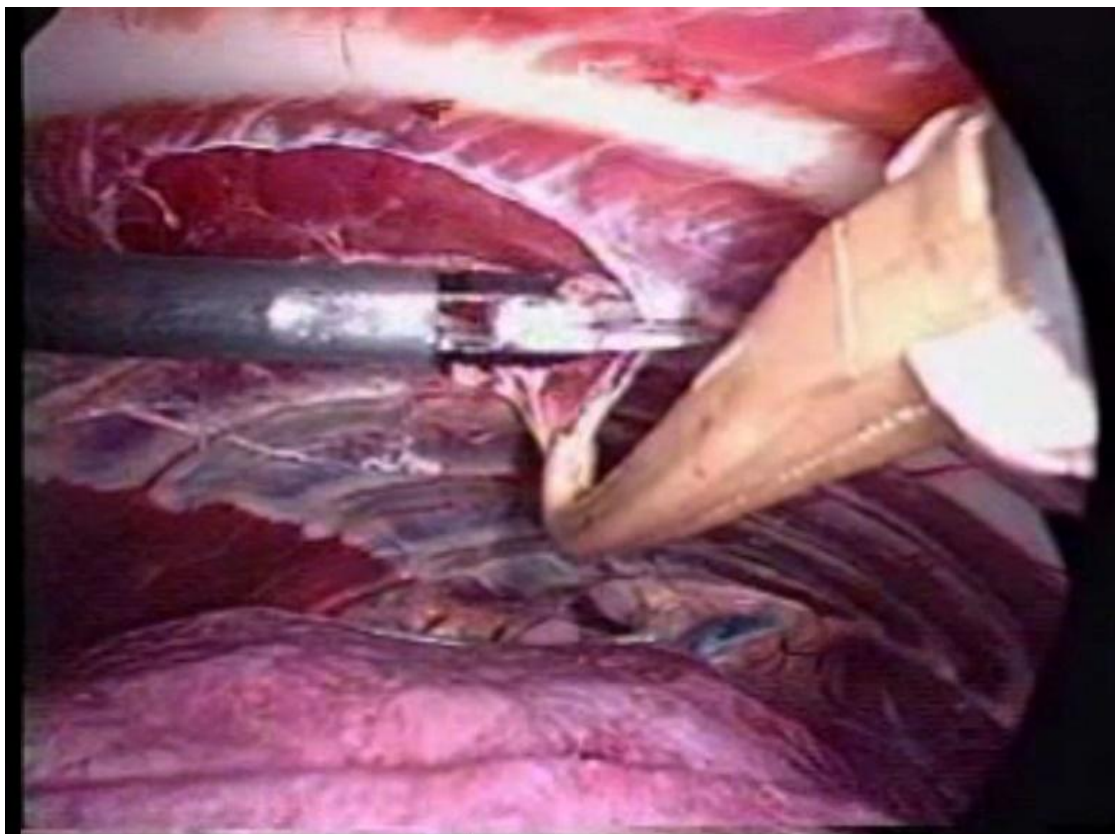


Fig. 21 B: Pleurectomia no cão.



Fig. 21 C: Pleurodese abrasiva no cão.

A Lei Arouca - Lei Nº 11.794, publicada em 8 de Outubro de 2008, que visa a proteção de vertebrados para experimentação e assim, a proibição do uso de cães oriundos de canis locais, nos levou a ter somente os ratos e coelhos criados no biotério central e assim o treinamento técnico em animais de experimentação com os residentes chegou ao fim, ficando apenas disponível o uso de peças cirúrgicas frescas e eventualmente algum *mini-pig* de um ou outro estudo experimental que não utilizava os pulmões.

Dos 33 residentes que passaram pela disciplina até agora, 18 deles defenderam dissertação de mestrado e/ou doutorado (Tabela 2, Apêndice I), sendo que sete deles permanecem no nosso serviço (Tabela 3). Aí percebe-se a endogenia, não porque não queiramos docentes formados em outros centros, é porque nossos residentes com interesse em manter-se ligado à universidade acabam ficando contratados como médicos e posteriormente, quando surge a vaga de docente, ou concurso, têm candidatos somente local. O único médico contratado em nosso serviço que não fazia parte da endogenia foi Luís Gustavo Abdalla - ex-residente do Pavilhão Pereira Filho (Porto Alegre), a convite da Dani, em 2011, para iniciar o nosso programa de transplante pulmonar, mas com a morosidade do processo e a falta de apoio institucional naquele momento, ele acabou se juntando ao grupo do InCor. Contudo retorna ao nosso serviço, com o Credenciamento do Transplante Pulmonar do HC-FMB.

Nota-se a importância do mestrado profissional associado a residência médica, pois desde que ele foi instalado em 2015, todos os nossos residentes terminaram a residência com o título de mestre, e o residente atual está fazendo também o mestrado juntamente com a residência (tabela 2, 8 últimos).

Tabela 2: Residentes da Cirurgia Torácica que fizeram mestrado e ou doutorado

Nome	Mestrado/data	Doutorado/data
Antonio José Maria Cataneo	Mestrado/1981	Doutorado/1985
Raul Lopes Ruiz Júnior	Mestrado/1994	Doutorado/2002
Rincan Katsuhilo Nagao	Mestrado/1996	
Valmir Kuniyoshi	Mestrado/2002	
Altair Da Silva Costa Júnior	Mestrado/2006	Doutorado/2012
Karin Franco Pinoti	Mestrado/2005	Doutorado/2016
Daniele Cristina Cataneo		Doutorado direto/2005
Frederico Henrique S. Oliveira		Doutorado direto/2011
Érica Nishida Hasimoto		Doutorado direto/2012
Gilmar Felisberto Júnior	Mestrado/2015	Doutorado/2020
Gracilene Pinheiro Silva	Mestrado/2016	
Tarcísio Albertin dos Reis	Mestrado/2018	Doutorado/2022
Agláia Moreira Garcia Ximenes	Mestrado/2019	Doutorado/andamento
Rodrigo Pires de Souza Lima	Mestrado/2020	
Ivana Teixeira de Aguiar	Mestrado/2021	Doutorado/andamento
Isadora Rubira Furlan	Mestrado/2022	
Ana Rachel Koury Marinho	Mestrado/2024	
Mônica Louise De Oliveira Lima	Mestrado/2025	
Caio Cruz	Mestrado/andamento	

Tabela 3: Docentes e Médicos da Cirurgia Torácica

Nome	Título/Cargo/Função	Ano Contratação
Antonio José Maria Cataneo	Professor Titular	1978
Raul Lopes Ruiz Júnior	Professor Assistente doutor	1989
Daniele Cristina Cataneo	Professora Titular	2006
Érica Nishida Hasimoto	Professora Assistente doutora	2013
Tarcísio Albertin dos Reis	Médico/Professor Assistente doutor	2018/2025
Agláia Moreira Garcia Ximenes	Médica/Professora Substituta	2019/2025
Ivana Teixeira De Aguiar	Médica	2022

## CAPÍTULO VII

### AS REUNIÕES DA PIZZA (DCT-SPPT) E O NONO VICENTINHO

Em 1998, eu fiz o concurso para livre docência ministrando a aula “Doenças císticas pulmonares” e apresentei a tese “Crescimento pulmonar compensatório em transplante lobar autólogo. estudo experimental em cães”. Na composição da banca estavam os professores Vicente Forte (primeiro presidente da SBCT), Roberto Saad Jr., Fabio Biscegli Jatene, Manoel Lopes dos Santos e Francisco Humberto de Abreu Maffei. O prof. Vicente Forte comentou sobre as reuniões para a discussão de casos clínicos em São Paulo, e isto nos interessou. Neste mesmo ano, eu e o Samuel, juntamente com os residentes da especialidade, começamos a participar das reuniões da Pizza do DCT-SPPT na Pizzaria Livorno, e o primeiro caso que levamos foi de uma Malformação Adenomatóide Cística Congênita (MACC) (Fig. 22), a discussão foi acalorada, pois tínhamos o prof. Vicente Forte que gostava demais de uma boa discussão, rasgava o diploma sempre para não perder uma discussão (Fig. 23), era um tempinho bom que deixou saudades! A Dani estava no quarto ano de medicina e foi nessa reunião. Conta sempre o quanto ficou espantada com as discussões! Até hoje o João Aléssio fala que nós só levamos MACC nas reuniões da Pizza.

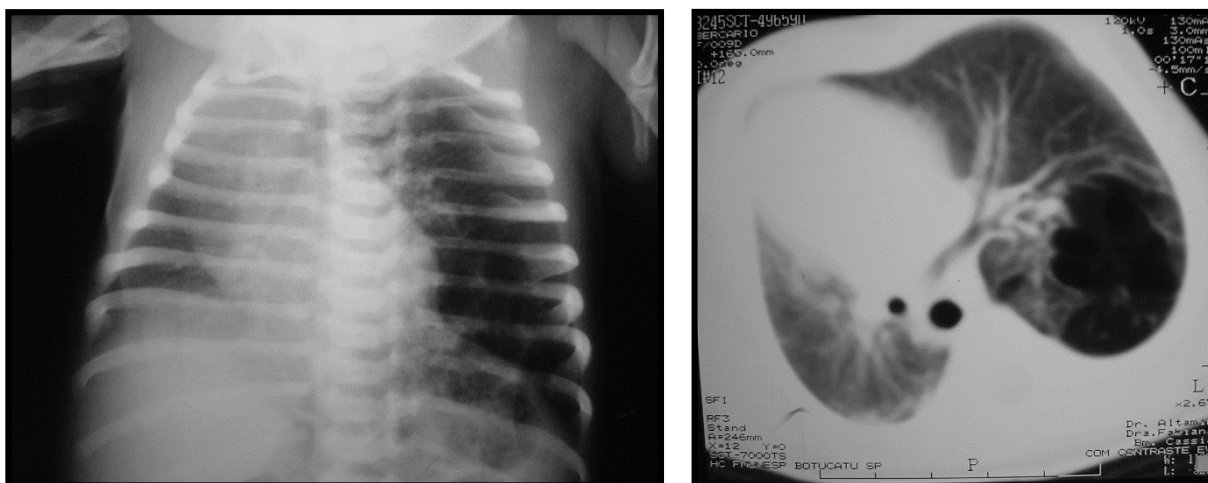


Fig. 22: Malformação Adenomatóide Cística Congênita levada a reunião da pizza em 1998.

Na minha livre docência, conforme dito anteriormente, havia dado uma aula de doenças císticas pulmonares. O professor Vicente era um dos membros da banca,

não sei o que a banca discutiu para dar a minha nota, que foi nove vírgula seis, mas posteriormente nas reuniões da pizza tínhamos discussões acaloradas em que ele dizia que aquilo não era cisto e sim pneumatocele, prova disso é que tem uma caricatura do Nono Vicentinho publicada na Pneumologia Paulista que fala sobre isso (Fig. 23). O Nono Vicentinho surgiu por iniciativa do João Aléssio e do Losso quando eram editores do Boletim da Pneumologia Paulista. Eu entrei nessa também porque aqui em Botucatu temos um ótimo desenhista, o Marcos Eduardo Aloise que faz as caricaturas.



Fig. 23: Nono Vicentinho contestando o cisto e rasgando a cópia do diploma.

Infelizmente, em 2008, com apenas 71 anos de idade o professor Vicente Forte nos deixou (Fig. 24), e em 2023 aos 83 anos nos deixou também o fundador de nossa disciplina, o professor. Samuel Marek Reibscheid (Fig. 25).

A Faculdade de Medicina de Botucatu está consternada pela perda do nosso grande mestre e amigo Vicente Forte.

O "Tio Vicente", ou "Nono Vicente" como alguns o chamavam, para nossa instituição foi o grande "Pal Vicente".

Sempre presente a nossos convites, seja para participar de concursos, para demonstrações cirúrgicas, ou para ensinar pós-graduandos e graduandos, sempre com o mesmo entusiasmo, fosse o evento importante ou não. Este era o seu estilo.

Obrigado Vicente pela lição de vida acadêmica que nos deu.

Esteja em paz grande Professor Vicente Forte.



Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Fig. 24: Homenagem da Disciplina de Cirurgia Torácica ao Professor Vicente Forte.

LUTO

Com imenso pesar, a SBCT informa e lamenta profundamente o falecimento do **Prof. Dr. SAMUEL MAREK REIBSCHEID**, ocorrido no dia 23/10/2023.

O Prof. Samuel foi fundador da Cirurgia Torácica da FMB-Unesp e era Membro Titular da SBCT.

SBCT.ORG.BR #SBCTPARATODOS

**HOMENAGEM - PROF. DR. SAMUEL MAREK REIBSCHEID**

Faleceu no dia 23 de outubro de 2023, aos 83 anos de idade, o Prof. Dr. Samuel Marek Reibschied, fundador da Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista e membro Titular da SBCT. Graduado na FM-USP em 1966 e residente de Cirurgia no HC-FMUSP, recebeu em 1968, o convite do Dr. Carlos Gomes de Araújo para conhecer a recém-inaugurada Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. "Jamais pensei em minha vida ser professor de medicina e muito menos vir para o interior. Por ser israelita fui formado para ser cirurgião cardiotorácico da comunidade israelita em São Paulo. O Hospital Albert Einstein estava sendo inaugurado naquela época". Causou furor na faculdade ao operar em Botucatu, o primeiro paciente cardíaco. "Decidi usar uma bomba coração-pulmão comprada pelo Dr. Carlos Gomes só que ela estava vazia. Não tinha mangueiras para fazer a perfusão. Fui numa casa de materiais de construção, comprei tubos de jardim, fiz a bomba funcionar e realizei o procedimento", declarou em entrevista (<https://www.youtube.com/watch?v=uiYEPbM62U>). Esse era o verdadeiro e eterno espírito que moveu o professor Samuel na FMB-UNESP ao longo dos anos, inventivo e brilhante. Inaugurou em 1976 a residência de Cirurgia Torácica, formando inúmeros especialistas. Até a sua partida, permaneceu atuante, sendo fonte inesgotável de sabedoria e busca pelo conhecimento, sem dúvida, uma inspiração para todos aqueles que puderam conviver com ele.

Daniele Cataneo  
Membro da SBCT

Fig. 25: Homenagem ao Professor Samuel Marek Reibschied

## **CAPÍTULO VIII**

### **O SÉCULO XXI**

Na passagem do século XX para o XXI, eu era chefe do Departamento de Cirurgia. Em 2001, em uma das primeiras reuniões da Congregação recebemos a notícia que já sabíamos, mas não queríamos ouvir: “A Faculdade de Medicina de Botucatu ficou com o conceito C no provão”. Alguns docentes disseram que não eram eles que tinham recebido “C”, mas sim os alunos e eles não estavam envergonhados com isso. Eu, pelo contrário, disse que estava muito envergonhado, e que se a Faculdade tinha recebido um “C”, esta nota também era minha.

Outros docentes disseram que apoiariam os alunos num boicote ao Provão, pois eles achavam inaceitável este tipo de avaliação. Fui contrário, pois argumentei que se quiséssemos boicotar, deveríamos fazê-lo quando conseguíssemos um “A”, pois aí sairíamos honrados e não haveria conflito de interesses nessa atitude.

Eu examinando as questões não me conformei com o resultado conseguido pelos nossos alunos. Como eu tinha sido dono de cursinho pré-vestibular, já tinha uma certa experiência na preparação de alunos para esse tipo de prova, então anunciei naquela mesma reunião que iria preparar os alunos para o Provão. Sugeri aos alunos do sexto ano que eles ficassem na faculdade após o término das aulas três vezes por semana, para discutirmos todas as questões que já haviam caído nos anos anteriores (1999 e 2000). Eu convidava os professores responsáveis pelas disciplinas das questões que iríamos discutir, e além disso o professor daria uma aula sobre o assunto. Isto foi um sucesso, pois quase 100% dos alunos sextanistas compareciam a estas reuniões, além de que eu aprendi muito também. Por causa disso recebi por meio da congregação honra ao mérito em 06 de abril de 2001. Continuei fazendo essas revisões ainda nos dois anos seguintes, recebendo por mais duas vezes voto de louvor da Congregação e fui homenageado pelos alunos por dois anos seguidos. Até então nunca tinha sido, pois nunca fui simpático aos olhos dos alunos.

E o resultado? Não chegamos a “A”, mas nunca mais houve um “C”. Tivemos “B”. E por que não chegamos a “A”? Estes provões foram muito úteis para provarmos

aquilo que já acreditávamos: Estamos aprovando indiscriminadamente os alunos. Aluno de Medicina não repete, todos são aprovados. Será que merecem? O provão nos mostrou que 20% de nossos alunos não acertaram nem os 20% das questões que deveriam acertar se respondessem todas as questões ao acaso, enquanto outros 20% acertaram mais de 70% das questões, aproximando-se do primeiro colocado no provão do país. Dos restantes, havia um desempenho médio, sendo a metade acima dos 50% e a outra metade abaixo dos 50%. Portanto, o que estava nos atrapalhando eram aqueles 20% que não sabiam nada. O pior é que foram todos aprovados. Seria isso bom para esses alunos? Será que se fizessem o curso de Medicina em oito ou nove anos não seriam melhores médicos? Será que todos os alunos devem ter a mesma capacidade de concluir o curso em seis anos?

Por outro lado, será que o governo teria condições de custear estes estudos por mais de seis anos? Mas, será que o governo deve custear os estudos dos mais privilegiados numa faculdade, enquanto o ensino básico e fundamental estão sucateados? E com isso, precisa “inventar” cotas? Não valeria mais a pena financiar os estudos na faculdade só para aqueles que realmente necessitam e dar um ótimo ensino básico e fundamental para todos? Acho que todas essas questões devem ser trabalhadas e discutidas amplamente e com seriedade, deixando a razão, e não a política, predominar.

Talvez por causa da preparação dos alunos para o provão eu tenha sido convidado em uma reunião da congregação para coordenar o Cursinho Desafio, que era um projeto dos alunos que estava para iniciar, que tinha como objetivo preparar os alunos carentes e de escolas públicas, para o vestibular (esse cursinho é realizado no período da noite em uma escola pública de Botucatu, durante o ano todo – e as aulas são dadas pelos alunos dos primeiros anos de medicina - colocou inúmeros alunos em faculdades públicas). Fiquei na coordenação por quatro anos e depois deixei essa função. Quando o professor Peraçoli foi vice-diretor da Faculdade de Medicina ele falou comigo sobre essa coordenação, e eu sugeri que ele colocasse a professora Daniele como coordenadora. Ela aceitou a função e coordenou o cursinho Desafio por cinco anos. Neste período foram captadas aproximadamente 18 bolsas por ano para os alunos da graduação que ministravam aulas nesse cursinho.

Também na mudança do século eu era vice-mestre da Regional de Botucatu do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), cargo mais alto existente em uma regional. Consegui por intermédio do Dr. Roberto Saad Jr. que fosse instalada a regional em Botucatu, sendo a mesma inaugurada no final de 1999, Fui vice-mestreda regional de 1999 até 2005. Na seção solene da inauguração da regional, estavam presentes o presidente nacional do CBC Dr. Luís Guilherme Romano, o mestre do Capítulo de São Paulo Dr. Roberto Saad Jr., e o Prof. Emérito Willian Saad Hossne que foi o homenageado pelo CBC neste evento (Fig. 26).



Fig. 26A: Inauguração da Regional de Botucatu do CBC. Composição da mesa com as autoridades presentes e homenageado.



Fig. 26B: Da esquerda para direita – Dr. Antonio J.M. Cataneo vice mestre da Regional de Botucatu, Dr. Roberto Saad Jr. Mestre do Capítulo de São Paulo e Dr. Luís Guilherme Romano presidente nacional do CBC.



Fig. 26C: Da esquerda para direita – Dr. Willian Saad Hossne homenageado do CBC, Dr. Antonio J.M. Cataneo vice mestre da Regional de Botucatu, Dr. Roberto Saad Jr. Mestre do Capítulo de São Paulo.

Também na virada do século 21, de 1999 até o ano de 2005, começamos a fazer um Curso Continuoado de Videocirurgia. Nesse curso as especialidades cirúrgicas como a gastroenterologia, cirurgia vascular, urologia e nós da Cirurgia Torácica, fazíamos durante uma semana, aulas teóricas, práticas em cães no laboratório de cirurgia experimental e as salas do Centro Cirúrgico faziam transmissão de cirurgias ao vivo para os inscitos. A disciplina sempre convidou os pioneiros nessa técnica no Brasil – Dr. Losso e Dr. Mário Gefther – que gentilmente vinham fazer o treinamento em técnicas como segmentectomias, lobectomia, simpatectomia, descorticações e até mesmo uma ressecção de costela cervical foi executada no último curso.

Em 2003, juntamente com o Prof. Shoiti Kobayasi lançamos, pela editora Revinter, o livro “Clínica Cirúrgica” com 20 capítulos de Cirurgia Torácica (Fig. 27). Infelizmente nosso grande amigo Shoiti nos deixou precocemente aos 76 anos de idade no dia 1º de abril deste ano de 2025 (Fig. 28).

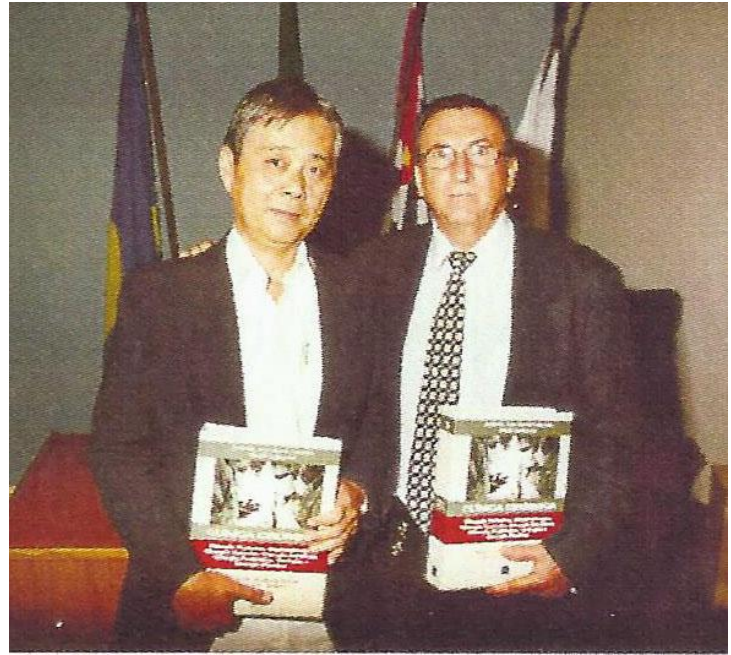
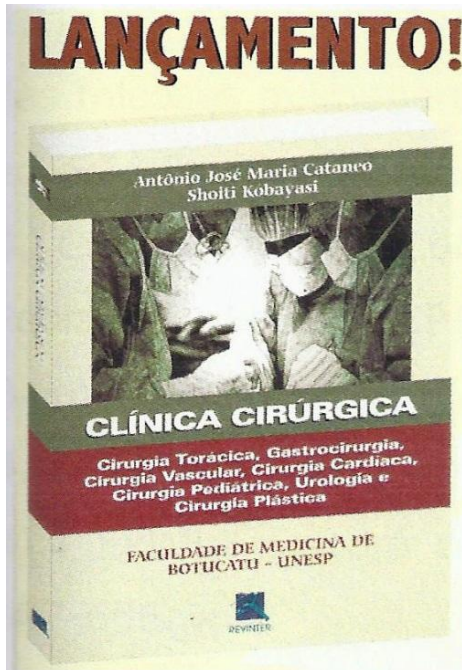


Fig. 27: Lançamento do Livro “CLÍNICA CIRÚRGICA”



**fmbunesp**  
 Com pesar e imensa gratidão, nos despedimos do Prof. Dr. Shoiti Kobayasi, professor emérito da FMB/Unesp, que nos deixou no último dia 1º de abril. Sua trajetória foi marcada pela dedicação à medicina, excelência no ensino e compromisso com a formação de gerações de cirurgiões.

Referência em pesquisa, ensino e liderança, o professor Kobayasi deixa um legado acadêmico e humano que seguirá vivo entre nós.

Obrigado por tudo, mestre.

Fig. 28: Homenagem da Faculdade de Medicina ao Professor Emérito Shoiti Kobayasi

Em 2008, realizei meu concurso para professor titular ministrando a aula “Diagnóstico e tratamento dos timomas”. A banca examinadora foi composta pelos professores Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry, Arthur Roquete de Macedo, Roberto Saad Jr, Luís Eduardo Villaça Leão e Fábio Biscegli Jatene.

Em 2012, a professora. Daniele Cristina Cataneo prestou o concurso para Livre Docente. Para a prova didática foi sorteado o tema “Tratamento dos tumores de parede torácica”, para a prova escrita o tema sorteado foi “Tratamento cirúrgico do câncer de pulmão localmente avançado e metastático (IIIA-IV), e a defesa de tese com o título: “Estudo das alterações funcionais respiratórias em pacientes submetidos à cirurgia videolaparoscópica”. Desse concurso foi candidato também o professor Olavo Ribeiro Rodrigues. A banca examinadora foi presidida pela professora Maria Aparecida Arruda Henry e composta pelo professor Roberto Saad Jr, Prof. Luís Eduardo Villaça Leão, professor Fábio Biscegli Jatene, e professor Luís Eduardo Naresse (Fig. 29).



Fig. 29: Livre docência da Daniele e Olavo. Da esquerda para a direita: Olavo, Saad, Daniele, Cida Arruda, Leão, Fabio e Naresse.

Em 2023, a professora Daniele fez concurso para professora. titular ministrando a aula: “Doenças císticas congênitas do pulmão: Diagnóstico e tratamento”. A banca examinadora foi presidida pela professora Maria Aparecida Arruda Henry e composta pelo professor Roberto Saad Jr, professor Luís Eduardo Villaça Leão, professor Fábio Biscegli Jatene, e professor Paulo Pego Fernandes (Fig. 30).



Fig. 30 A: banca examinadora do concurso para profa. Titular da Daniele. Da esquerda para a direita: Prof. Fabio, Prof. Saad, Profa. Cida, a candidata Daniele, Prof. Leão e Prof. Paulo Pego.



Fig. 30 B: Cirurgiões Torácicos presentes no concurso para Profa. Titular da Daniele.

Em 2021, no final da pandemia, quando ia completar 75 anos tive aposentadoria compulsória, e me pregaram uma peça. Minha filha planejou uma festa numa sexta-feira, véspera do meu aniversário (16 de outubro) na hora do almoço.

Toda sexta de manhã, temos a nossa Visita Magna (Visitão) com a discussão dos casos cirúrgicos de todos os pacientes internados no HC-FMB. Por conta do afastamento de alguns docentes das atividades dentro do HC-FMB devido a pandemia de covid nós fazíamos o Visitão de forma híbrida.

Nesse dia, colocaram na reunião os casos mais escabrosos possíveis, e convidaram vários colegas de outras instituições para participar da reunião por vídeo, justificando que era o meu último Visitão oficial, pois no dia seguinte estaria jubilado. Estes colegas indicaram cirurgia em casos inoperáveis, e diziam que eu estava sendo muito clínico em não querer operar nenhum dos casos.

Ficamos discutindo umas duas horas, e eu acreditando que eles de fato queriam operar aqueles casos, e que cada um estava em sua casa, mas qual não foi minha surpresa ao encontrar quase todos na festa.

O Mário Ghefter preparou um artigo em que eu era um dos autores juntamente com o Donald Trump, Vladimir Putin, Angela Merkel e Nicolás Maduro (Fig. 31). Fizemos até uma história do Nono Vicentinho dessa reunião (Fig. 32).

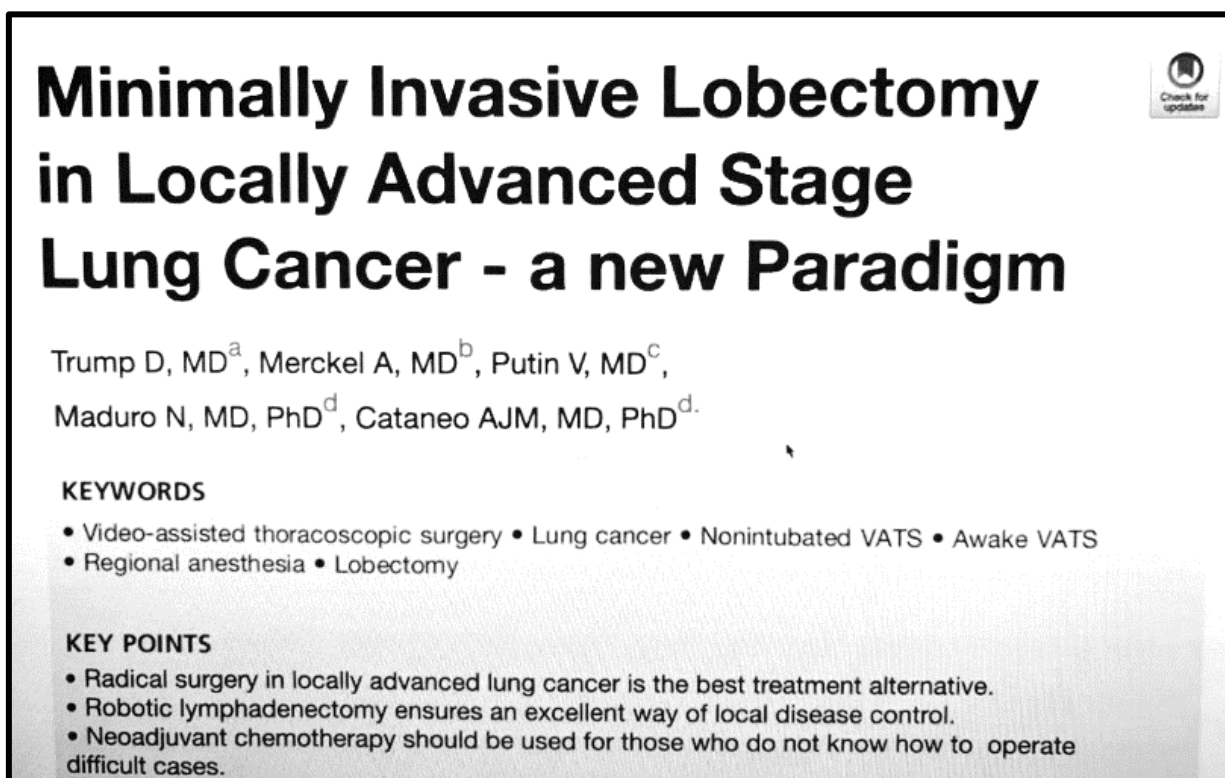


Fig. 31: Artigo preparado pelo Mário Ghefter.



Fig. 32: Nono Vicentinho após a discussão dos casos

Na comemoração da minha aposentadoria, tive o privilégio de contar com a presença de meu professor e amigo Samuel, e de muitos de meus ex-residentes que me presentearam com a placa abaixo.

Nessa festa foi descerrada uma placa em minha homenagem (fig. 33 A).

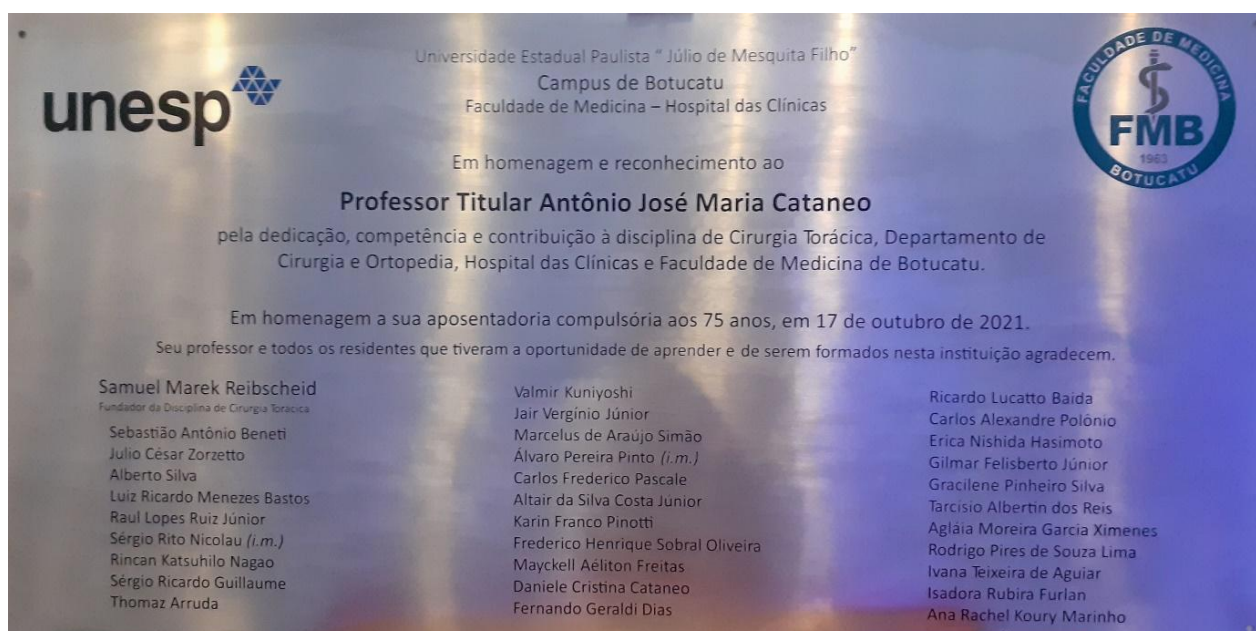


Fig. 33 A: Placa em homenagem a aposentadoria compulsória.

Logo após minha aposentadoria, foi instituído na universidade o programa de professor sênior, segundo a resolução Unesp 14 de 5-5-2022. Passei então a prestar serviços voluntários à Unesp, sem direito a nova remuneração, mas podendo exercer as funções de ensino, pesquisa e extensão utilizando a infraestrutura da instituição. Hoje, a nossa disciplina conta com dois professores titulares, sendo um sênior, três professores doutores e duas médicas já com título de mestre. A chefe da disciplina ficou com a professora Daniele, antes de minha aposentadoria, em 2020, durante a pandemia, pois pela minha idade eu estava proibido de frequentar nossa instituição. Atualmente a professora Érica é chefe do Departamento de Cirurgia após ter ficado 1,5 anos na vice-chefia.

Nosso serviço é conhecido hoje como a Cirurgia Torácica mais feminina do Brasil (Fig. 33 B). O que diria o Nono Vicentino?

Certo dia, do ano 2000, quando nós tivemos a primeira residente feminina, ele me perguntou: “-Você acha que vai dar certo uma mulher fazendo Cirurgia Torácica?”



Fig. 33 B: O final de uma cirurgia em que toda equipe era feminina.

Mas com o tempo o Nono Vicentinho foi se acostumando e quando me aposentei em 2021 vejam ele (Fig. 34).

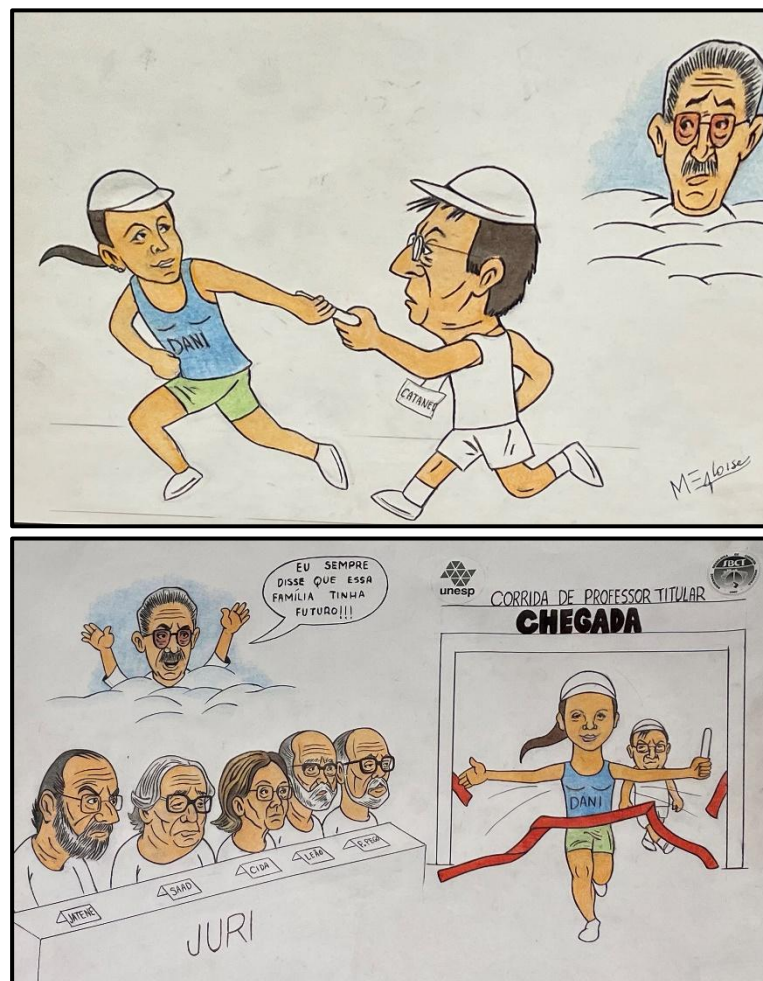


Fig. 34: Nono Vicentinho e o concurso para titular da Daniele.

Na edição da SBPTNEWS de 2022 homenageando as mulheres da Cirurgia Torácica vejam o Nono Vicentinho novamente.

**SBCTNEWS**



**MARÇO 2022**

**NONO VICENTINHO**



Nesse mesmo número apareceu a equipe de Cirurgia Torácica mais feminina do país.

## EQUIPE DE CIRURGIA TORÁCICA MAIS FEMININA DO PAÍS

Fundada em 1962, a Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) tem a equipe de Cirurgia Torácica mais feminina do país. A residência de especialidade foi estabelecida juntamente com a disciplina, em 1974, ambas pertencendo ao Dep. de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Botucatu e criadas pelo prof. dr. Samuel Marek Reibscheid, egresso da Faculdade de Medicina da USP. O seu primeiro residente foi Antônio José Maria Cataneo, tornando-se chefe e titular da Disciplina que, ao longo dos anos, formou 32 residentes, sendo 8 mulheres.

A primeira residente mulher, Karin Franco Pinotti, ingressou na virada do século 21, seguida por Daniele Cristina Cataneo, em 2003, que seria em 2005 a primeira docente mulher da disciplina (proporção 1:2 homens). Ao longo dos anos o número de residentes mulheres foi aumentando e a proporção tornou-se 1:1 entre mulheres e homens.

Todas as ex-residentes fizeram ou fazem pós-graduação: 3 concluíram o mestrado ou doutorado e 2 estão cursando, sob orientação da profa. associada Daniele Cristina Cataneo e 2 concluíram sob orientação do prof. titular Antônio José Maria Cataneo. Cinco ex-residentes ficaram na disciplina e no serviço de cirurgia torácica da instituição, e então os números inverteram completamente as proporções, que hoje são 2:1 homem. Podemos então dizer que a procura e a permanência da mulher Cirurgiã Torácica na Faculdade de Medicina de Botucatu veio não só da receptividade masculina, mas da inspiração da primeira docente vanguardista, que apesar de pertencer à Gastrocirurgia, bem poderia ter sido da disciplina de Cirurgia Torácica, por se dedicar exclusivamente às doenças esofágicas.

**Daniele Cristina Cataneo**  
Cirurgiã Torácica (SP)



Equipe das médicas da Cirurgia Torácica do HC-FMB-Unesp. Da esquerda p direita: Daniele Cataneo, Ana Rachel Marinho (R4), Aglaia Ximenes, Ivana Aguiar, Isadora Furlan e Érica Hasimoto.

E na edição de outubro de 2023 tivemos o comentário do João Aléssio sobre a primeira professora brasileira titular de Cirurgia Torácica.

# SBCTNEWS



## OUTUBRO 2023

### A PRIMEIRA PROFESSORA BRASILEIRA TITULAR DE CIRURGIA TORÁCICA

A professora Daniele Cristina Cataneo foi aprovada em concurso público realizado em 05 de setembro de 2023, na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), tornando-se a primeira mulher a atingir o grau de professora titular na nossa especialidade.

A banca examinadora foi composta pelos professores titulares Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry (Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista), Luiz Eduardo Villaça Leão (Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo), Roberto Saad Júnior (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Fábio Biscegli Jatene (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e Paulo Manuel Pêgo Fernandes (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

A prova didática foi sobre o tema "Doenças císticas congênitas dos pulmões-diagnóstico e tratamento", sendo aprovada com a no máxima. Daniele seguiu na carreira e substituiu na função o seu pai, Antônio Cataneo, hoje Professor Sênior da Faculdade de Medicina de Botucatu e, assim como a filha, muito ativo na nossa Sociedade. Ao alcançar o topo da carreira acadêmica, Daniele reiterou ser um honra para as mulheres da nossa especialidade alcançar essa titulação e agradeceu a todos que foram importantes na sua trajetória dedicou essa conquista aos pais. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica foi representada no evento pela Dra. Leticia Villiger. A SBCT e particularmente o News, cumprimentam a nova professora titular, e veem nessa conquista um exemplo para todos nós.



**João Aléssio Juliano Perfeito**  
Cirurgião Torácico (SP) e membro da equipe editorial do News

Há poucas décadas, tínhamos somente uma mulher no departamento de Cirurgia, mas hoje são muitas (Fig. 35), e “pelo andar da carruagem” pode ser que daqui algumas outras décadas tenhamos uma inversão, com um único homem.



Fig. 35A: Docentes mulheres do Departamento de Cirurgia em 2006, sendo a Dr. Erika (pediátrica), Dra. Madalena (plástica), Dra. Cida (gastro) Dra. Mariângela (vascular), Dra. Dani (tórax)



Fig. 35B- Mulheres cirurgiãs em 2023, sendo a Dra. Cida a primeira mulher do departamento (a sexta da esquerda para a direita, ao lado da Daniele no dia do Concurso para Profa. Titular.

No início de junho deste ano de 2025, o HC-FMB foi finalmente credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar transplante de pulmão. Esta luta para conseguir esse feito já vem sendo travada há 15 anos, desde que a Profa. Daniele conseguiu uma contratação para o Dr. Luís Gustavo Abdalla. Mas desde a criação da disciplina, com o fundador (Prof. Dr. Samuel Marek Reibschaid) e eu, o sonho de credenciar um serviço de Transplante pulmonar sempre existiu. Teve início em 2010, mas foi necessário algum tempo e estruturação no HC-FMB para que fosse possível retomar a ideia em 2021, com a posterior contratação da Ivana e da Isadora. Agora, quando comemoramos o Jubileu de Ouro da fundação da nossa disciplina criada em 1975, temos o prazer de receber o credenciamento. E apesar do professor Samuel não se encontrar mais junto de nós, certamente, como era característico da sua personalidade, está dando pulos de alegria, empolgado com os próximos passos e orgulhoso daquilo que seus discípulos construíram ao longo dos anos a partir das ferramentas que ele nos deu quando trocou o Hospital Albert Einstein na década de 60 na cidade de São Paulo pela FCMBB na cidade de Botucatu.

As publicações da disciplina da Cirurgia Torácica encontram-se no Apêndice II, os livros publicados no Apêndice III, e os capítulos de livros no Apêndice IV.

Esta é a história da Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu.

## **CAPÍTULO IX**

### **DEPOIMENTOS DE NOSSOS EX-RESIDENTES**

Pedimos aos residentes que quisessem enviar algum depoimento que tivesse marcado sua residência para anexarmos nessa história da nossa Disciplina, para lembrar os 50 anos de existência com histórias vivas das suas experiências em Botucatu. Abaixo encontram-se esses depoimentos.

## **QUERO VIVER: 17 ANOS DE EVOLUÇÃO E 15 CIRURGIAS**

*Tinha um amigo que era professor titular do Instituto de Biociências do nosso Campus. Em 1990 ele nos procurou devido a uma dor torácica. Os exames de imagem mostravam um tumor de mediastino anterior, com hipótese mais provável de timoma. Foi operado em junho de 1990, e o anatomopatológico revelou Carcinoma tímico bem diferenciado segundo a classificação de Müller Hermelink invadindo cápsula (Masaoka II). Devido ao diagnóstico foi realizada radioterapia adjuvante. Quatro anos após (março 1994) apresentou nódulo na parede abdominal que o anátomo patológico revelou ser metástase de timoma. Realizada quimioterapia em abril. A radiografia de tórax realizada em agosto revelou nódulos pulmonares que foram ressecados (3 à D e 5à E). Três anos e meio após (dezembro de 1997) apresentou alterações neurológicas em membros inferiores, e foi diagnosticado metástase em coluna (T3) e múltiplas metástases pulmonares.*

*Em janeiro de 1998 foi realizada curetagem de T3 via anterior mais colocação de gaiola de titânio mais radioterapia em coluna.*

*Lembro-me muito bem do que ele me disse nesse ano:*

*— Tenho medo do ano que tem copa do mundo, pois já é o terceiro ano de Copa que estou sendo operado.*

*Assim fosse só no ano de Copa do Mundo. Em maio de 1999 apresentou novamente clínica de compressão medular. Feita curetagem em T3 e T4 via posterior. Em outubro de 2001 e março de 2002 realizadas novas curetagens de T3 por via anterior.*

*Em maio de 2002 fez nova Qt. EM outubro 2002 e janeiro de 2003 feita curetagem de T3 por via anterior e posterior. Como o paciente continuava piorando, estando paraplégico, foi tentada nova curetagem por via anterior em abril de 2003 em T2 e T3. O paciente voltou a andar e a trabalhar novamente, e apesar das metástases pulmonares estava feliz por ter vencido mais esta etapa da batalha contra a doença.*

*Nos anos que se seguiram, esse paciente piorava e nova curetagem vertebral era realizada. Até que no final de 2006, não conseguiu mais sair da cadeira de rodas e em 2007 foi a óbito.*

*Este caso nos mostra que apesar de parecer que tudo está dando errado, não podemos desistir nunca do paciente. Se ele deseja viver, vamos ajudá-lo a viver.*

## **A CONGELAÇÃO AJUDARIA O PRIMEIRO, MAS A CONGELAÇÃO ATRAPALHOU O SEGUNDO**

*O primeiro era um homem com 68 anos, branco, fumante (30 anos maço/dia), cujo pai havia morrido de câncer de pulmão. Referia dor torácica há 15 dias, não ventilatório dependente, acompanhada de tosse seca. A radiografia de tórax evidenciou uma massa de 3,5 cm no lobo superior esquerdo. O paciente encontrava-se em bom estado geral, sem alterações ao exame físico, com prova de função*

pulmonar normal. O exame broncoscópico não mostrou lesões, e no lavado e escovado não foram encontradas células neoplásicas. A TC de tórax mostrou massa de contornos irregulares de 3,5 cm, localizada no segmento anterior do LSE e outros 2 (dois) nódulos bem delimitados e de contornos regulares, um no segmento basal posterior do LIE de 0,8 cm e outro junto à fissura horizontal de 1 cm.



A hipótese diagnóstica foi de neoplasia pulmonar, e indicada toracotomia. Estava a Dani operando com o R4 e eu do lado de fora como sempre gostei de fazer, ver o andar da cirurgia e dar os meus palpites.

Após a abertura da cavidade a Dani falou:

— Vamos fazer uma biópsia de congelação, pois não temos o diagnóstico.

Eu de fora disse:

— Você quer ficar esperando duas horas para ter o diagnóstico de Ca de pulmão? Essa massa está no segmento anterior do lobo superior. Nesse segmento não é local de TB e nem de doença aspirativa, nódulo nessa localização até prova em contrário é Neo, além disso o pai dele morreu de Ca de pulmão. E veja que tem umbelicação no local da massa. Não tenho dúvidas de que isso é neo. Faça essa lobectomia de uma vez.

A contragosto, xingando, ela fez a lobectomia para não desobedecer ao chefe.



*O paciente evoluiu muito bem no pós-operatório recebendo alta hospitalar no 5º PO.*

*ANÁTOMO- PATOLÓGICO: LSE- Ausência de neoplasia, pneumonia lipoídica em torno da lesão com focos de pneumonia em organização. Bronquiectasia supurativa e enfisema centro-lobular em parênquima pulmonar adjacente. Obstrução do brônquio intermediário do LSE por corpo estranho vegetal. Linfonodos da cadeia 5,6 e 11: Ausência de neoplasia. Nódulos: histoplasmoma.*

*O segundo caso era uma criança de 8 anos em regular estado geral que apresentava ao RX uma massa parecendo vir do mediastino e se projetando para o lobo superior esquerdo. Na época não tínhamos tomografia, e para o diagnóstico só tínhamos a biópsia aspirativa com agulha fina, que não nos ajudou em nada no diagnóstico. Indicamos toracotomia exploradora, e o Samuel foi quem operou. O achado cirúrgico foi de uma massa pegando todo o culmen do lobo superior esquerdo e que se infiltrava no mediastino. Foi realizada biópsia de congelação. O resultado foi de tumor maligno, sem condições pela congelação de determinar a origem. Com muita dificuldade foi feita a lobectomia superior esquerda, e pela aderência no mediastino parecia que mesmo tirando a pleura mediastinal ainda parecia sobrar tumor. A criança ficou em recuperação anestésica no centro cirúrgico e posteriormente foi para a enfermaria de pediatria, pois na época não havia UTI pediátrica. No segundo pós-operatório, quando estávamos fazendo a evolução da criança, o patologista MFF, um ótimo patologista por sinal, chegou esbaforido na enfermaria e nos disse: “A Congelação estava errada, essa criança tem tuberculose”.*

**R 50 - Antonio José Maria Cataneo**

## **UM PEQUENO MILAGRE**

*Era uma senhora por volta dos 40 anos, tinha tido um câncer na laringe e estava controlada há alguns anos. Por ter feito a cirurgia com radioterapia e quimioterapia após, foi orientado a fazer o acompanhamento periódico e não engravidar. Infelizmente descuidou-se dos dois avisos. Já tinha duas filhas moças, e foi surpreendida com a notícia de uma nova gravidez.*

*Os riscos das drogas que havia usado poderiam comprometer o desenvolvimento do bebê, com riscos de nascer com malformações. Em resumo, ou era ela ou era o bebê, contra tudo e contra todos. Ela resolveu levar a gravidez em frente.*

*Isto complicou tudo: o tumor reapareceu na garganta, começando a impedi-la de respirar normalmente, a obstrução piorando a cada dia.*

*Eu ainda era o médico residente, no último ano, R3 na época. Meus mestres, Samuel e Cataneo travaram várias reuniões com a obstetrícia na época, buscando a melhor solução. O Samuel lembrou-se de uma foto que havia visto no livro do Shields, “General Thoracic Surgery”, que descrevia uma traqueostomia transtorácica, através de uma ressecção parcial do esterno, com a implantação da traqueia no tórax da paciente, para que assim pudesse respirar. O Cataneo prontamente acreditou na solução. Não uma traqueostomia convencional, no pescoço, mas sim algo muito mais complicado, raramente realizada e se mostrou eficiente, provavelmente a primeira do gênero no Brasil.*

*Nossa paciente conseguiu levar a gravidez até o fim, com muito sofrimento. Muita falta de ar é cada vez mais debilitada.*

*E a criança nasceu bem: uma linda menina, um pouco prematura.*

*Mas a mãe permanecia internada e muito enfraquecida. Não tinha condições de ter alta e piorava cada dia, pelo fato de ter sido uma cesárea, com todas as complicações causadas pelo câncer associado.*

*A mãe não tivera ainda chance de ter visto a criança. Numa noitinha, eu passava visita e ela pediu para me chamar. Sussurrando, me disse que gostaria de ver a nenê. O berçário era do outro lado do hospital, em outro andar, e a criança ainda estava em observação.*

*Arquitetei um plano e contei com a ajuda da minha esposa, na época minha namorada, que era R2 de pediatria, e estava de plantão naquele turno. Em silêncio, sorradeira e rapidamente, transportamos a criança pelos corredores do hospital.*

*Levamos a criança para o leito da mãe, ela a abraçou, a beijou, sorriu e perguntou:*

*— Ela é perfeitinha?*

*Respondemos que sim, que era linda. Ela sorriu novamente e disse:*

*— Graças a Deus!*

*Nos devolveu a criança e fechou os olhos para sempre, bem à nossa frente, naquele mesmo instante, e nada pudemos fazer a não ser contemplar um pequeno milagre, a mãe que reuniu todas as suas forças para trazer mais vida a esse mundo.*

*Isso aconteceu em 1986 e até hoje não sai da minha mente.*

## **A MODA DA GRAVATA**

*O ano era 1995, e eu estava no quarto ano da residência médica, ou, como mais comumente chamávamos, R4. Na época, tive a oportunidade de conviver com uma das pessoas mais irreverentes e divertidas que já vi: o Jair, mais conhecido carinhosamente como Ceará, que na época era do R3.*

*Todas às sextas-feiras, eu e o Ceará participávamos da reunião com todos os docentes e residentes do Departamento de Cirurgia Torácica e do Departamento de Pneumologia, em que discutíamos os casos de maior importância da semana.*

*Certo dia, para deixar o ambiente mais descontraído, o Ceará propôs que todos residentes da Cirurgia Torácica fossem às reuniões trajados de avental e gravata. Isso chamaria muito a atenção de todos, pois não havia nenhuma pessoa que se vestisse dessa forma.*

*No início, parecia uma ideia ridícula, porém, logo, ele foi convencendo cada vez mais residentes a participarem da brincadeira. Com o passar do tempo, todos os residentes da Cirurgia Torácica começaram a ir de avental e gravata. Isso virou uma tradição, e as reuniões se tornaram um momento mais especial.*

*Contudo, faltava o mais difícil: convencer o “chefe”. Era assim que nos referíamos ao professor Cataneo. Achava que seria impossível, mas o Ceará me garantiu que seria capaz de convencê-lo. Assim, numa reunião de sexta-feira, o improvável aconteceu.*

*Ao entrar pela porta, todos os residentes e os demais docentes olharam para o professor Cataneo que entrava na sala e, para a surpresa de todos, estava trajado com avental e gravata. Após ele entrar, todo mundo se espantou, mas ninguém comentou nada. Não me recordo do tema da reunião, nem dos casos que discutimos naquele dia, mas nunca me esquecerei da cena do professor Cataneo com gravata e avental.*

**R 34 - Valmir Kuniyoshi**

## **A MINHA HISTÓRIA NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA TORÁCICA**

*A minha residência médica em Cirurgia Torácica na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, entre os anos de 1993 e 1997, foi um dos períodos mais marcantes da minha formação profissional e pessoal. Aprendi não apenas as técnicas cirúrgicas e o raciocínio clínico, sempre cobrado pelo grande mestre Dr. Samuel, que até hoje norteiam minha prática médica, mas também valores humanos que carregarei por toda a vida.*

*Tive a honra de ser orientado por mestres como os Drs. Samuel, Cataneo e Raul, que com dedicação, retidão e conhecimento profundo, souberam ensinar com o exemplo, inspirando-nos com cada conduta tomada no centro cirúrgico, na enfermaria, no ambulatório ou nas intensas discussões das sextas-feiras. Ainda é importante lembrar um grande marco no nosso aprendizado, quando o Dr. Cataneo passou a nos levar às Reuniões da Pizza em São Paulo, um luxo os debates que tinha com Dr. Vicente Forte e os jantares na casa do Raul, sempre um grande amigo.*

*Guardo com carinho o convívio com colegas que se tornaram verdadeiros irmãos de jornada. Lembro-me com especial gratidão do meu R4, Dr. Valmir, cuja paciência e firmeza me ensinaram tanto; do meu irmão, compadre e R2, Marcelus, que compartilhou comigo os desafios e alegrias do dia a dia; do saudoso Álvaro, cuja ausência hoje é sentida, mas cuja memória permanece viva em nossas lembranças e do Altair que estava entrando quando eu havia completado o meu ciclo.*

*A vivência não se limitou ao ambiente hospitalar de Botucatu. Recebi apoio inestimável também em Rio Claro, onde a minha grande amiga, a Dra. Karin, mesmo ainda residente, se dispunha a me acompanhar e auxiliar em procedimentos, demonstrando companheirismo e compromisso com a profissão.*

*Foram anos intensos, de muito aprendizado técnico, amadurecimento emocional e crescimento ético. Recordo com saudade esse ciclo, que moldou não apenas o médico e cirurgião torácico que me tornei, mas também o ser humano.*

*A todos que fizeram parte dessa história, meu sincero agradecimento.*

**R 33 - Jair Vergínio Júnior**

## **50 anos da Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**

### **HÁ 30 ANOS...**

*Em 1995, eu estava no 6º ano da Faculdade de Medicina do ABC, em um momento decisivo: escolher qual das mais de 50 especialidades seguir como médico. Desde o terceiro ano, já havia decidido que faria cirurgia. Durante alguns plantões voluntários, vi o pulmão pela primeira vez em uma cirurgia de trauma e, a partir daí, comecei a considerá-lo como um parceiro de vida. Nunca havia cogitado sair da cidade de São Paulo para fazer residência. Naquela época não existia internet, e eu acreditava que o conhecimento estava concentrado na capital.*

*Em outubro de 1995, um colega trouxe o edital de residência da Faculdade de Medicina de Botucatu. De forma meio despretensiosa, nosso grupo decidiu tentar uma vaga lá. Afinal, tínhamos boas - aliás, ótimas - lembranças, não exatamente da faculdade em si, mas da Intermed de 1991, principalmente da Libanesa.*

*O problema: o edital apareceu em uma quinta-feira à tarde, e o prazo para inscrição, com entrega do currículo impresso e pessoalmente, se encerrava na sexta. A dificuldade era clara, mas quando tomamos consciência disso, a solução foi óbvia: montar o currículo pela manhã e seguir para Botucatu à tarde para fazer a inscrição. Mas a pressa é inimiga da perfeição...*

*No final, tudo deu certo. Chegamos ao campus às 16h30; a secretaria fechava às 17h. Perguntei como estava a concorrência e a relação candidato/vaga para cirurgia cardíaca era mais favorável. Otimizar as chances ou seguir o sonho?*

*Inscrevi-me em Cirurgia Torácica.*

*Na época, em Botucatu, o acesso era direto, ou seja, já era necessário optar pela especialidade. Não haveria prova após a cirurgia geral.*

*Nesse mesmo dia, fomos até a Libanesa - uma sexta-feira no fim da tarde - completamente diferente daquela memória da Intermed. Estava vazia... um clássico das cidades universitárias. Mas havia um cartaz que nos recompensou pela empreitada: “Hoje: Show dos Mamonas Assassinas, no clube da cidade”. E lá fomos nós.*

*Em março de 1996, houve o trágico acidente de avião.*

*Em novembro, foi a prova teórica e a entrevista. Conheci o Dr. Samuel naquele momento, pelas duras críticas ao meu currículo - completamente desorganizado, um amontoado de xerox... um desastre. Afinal, a pressa é inimiga.*

*Ouvi com calma e, quando ele terminou o esculacho, contei como havíamos feito a inscrição e mostrei o outro currículo que eu havia preparado com calma: papel de qualidade, bem apresentado, organizado. Ele pegou, folheou com desdém - estava entregue. A entrevista continuou com outros avaliadores e, em determinado momento, o Dr. Samuel interrompeu:*

*— Este sim vale a pena ler. Vou levar em consideração este, em vez do outro.*

*Saí com um pingo de esperança.*

*No dia 13 de dezembro de 1995, foi minha festa de formatura na Faculdade de Medicina do ABC. Eu era o único já aprovado em uma vaga de residência! Tomei isso como um sinal - iria para Botucatu em 1996. Mas o destino sempre nos testa, a alegria durou pouco... fui convocado a servir à pátria como médico. Voltei a Botucatu para dar a notícia pessoalmente, trancar a residência e ir para o exército. Informei que em 1997 estaria de volta e me ofereci para colaborar durante 1996 com pesquisas e trabalhos científicos.*

*E assim, em fevereiro de 1997, começou minha jornada na cirurgia torácica, até janeiro de 2001.*

*Durante os dois anos de cirurgia geral, havia muito respeito à fama do Prof. Cataneo. Suas exigências por condutas adequadas eram facilmente confundidas com rispidez. Nosso contato se limitava aos dois meses de estágio (R1 e R2) e aos plantões das segundas-feiras.*

*Lembro que, por ser o futuro residente da especialidade, frequentemente me cabia discutir condutas ou esclarecer dúvidas radiográficas durante a madrugada.*

*Certa vez, após bons minutos debatendo com outros residentes e médicos da terapia intensiva se havia ou não um pneumotórax após passagem de um acesso central, fui “escolhido” para ir até o quarto dos docentes. Bati à porta e interrompi o sono profundo, risonante, do professor. Sem sair da cama e nem acender a luz, expliquei nossa dúvida. Dr. Cataneo, delicadamente - no seu jeito peculiar - solicitou:*

*— Sai da frente da luz.*

*Pela fresta da porta, segurou a radiografia em direção à luz do corredor e, em poucos segundos:*

*— Pode drenar à direita. Tem pneumotórax.*

*Durante a residência em Cirurgia Torácica, já na especialidade, o tratamento era outro. Fomos acolhidos na enfermaria, com um visível e exponencial crescimento no aprendizado. Vieram as primeiras vezes: descorticação, toracotomia, lobectomia, pneumonectomia, broncoscopia (que viria a se tornar uma das minhas preferidas).*

*As toracotomias amplas, fechadas com fio Ethibond® 1 e dois drenos de 38..., garantiam futuros procedimentos: a retirada dos fios meses depois, por reação de granuloma, na cirurgia ambulatorial.*

*Com o Dr. Raul, com sua paciência inspiradora, operamos entre vários pacientes, um jovem com pulmão placentóide - uma malformação rara, com formações císticas. Uma pneumonectomia extremamente trabalhosa. O sentimento era muito agradável, pois ele nos fazia sentir como colegas cirurgiões, e não apenas aprendizes. Uma lição que carrego até hoje, entre muitas outras.*

*Dr. Samuel, saudoso... a confiança que ele depositava em nós, residentes, era surpreendente. Ele realmente nos capacitava para exercer a função de cirurgiões, muitas vezes com mais segurança do que nós mesmos acreditávamos ter.*

*Lembro de uma traqueoplastia. Ele estava no limite da saúde e teve uma lipotimia, quase desmaiou. Sentou-se no chão da sala de cirurgia, e ainda estávamos no início da operação. Perguntei se podia chamar outro docente para ajudar. Ele, com aquele sorriso único, disse:*

*— Não precisa. Você está pronto.*

*Melhorou, sentou-se num banco ao meu lado, me orientou e terminamos a ressecção traqueal.*

*Dr. Cataneo... onde a criatividade encontrou a coragem. Lembro-me, assustado, de vê-lo com uma máscara de mergulho e snorkel durante uma broncoscopia rígida. Ainda era residente da cirurgia geral e pensei: “Onde eu vim parar?”.*

*Mais tarde, entendi que era uma solução brilhante, embora nada estética, para proteção contra anestesia inalatória. Dois anos depois, com o advento da anestesia venosa com propofol, me liberei da performance de mergulhador. Aprendi com ele o manejo exímio da broncoscopia rígida - intubar um paciente com o aparelho em uma mão e uma gaze na outra para segurar a língua.*

*Das broncoscopias, guardo até hoje as fotos dos primeiros tumores endobrônquicos que vi...*



*Certo dia, um paciente com traqueostoma definitivo (por laringectomia) contou que havia aspirado uma gaze. Era semana do Dr. Cataneo, programamos a broncoscopia para terça-feira às 7h30. Nós mesmos fazíamos a sedação. O corpo estranho estava lá, no brônquio principal direito - um dos procedimentos que mais gosto.*



*O detalhe: Dr. Cataneo chegou depois, e a gaze já estava na mesa. O resultado? Tomei bronca... até por ser eficiente.*

*Tivemos também situações catastróficas.*

*Sexta à tarde, no pronto-socorro, uma senhora chegou com um copo cheio de sangue e hemorragia ativa. Tossia pedaços de coágulos e apresentava um estridor estranho, que não consegui reconhecer. Liguei para o docente do dia - já existia celular - e aquele barulho alto de trator... era ele: o fazendeiro de São Manuel.*

*— Faz a bronco e me avisa.*

*Na broncoscopia, eu, o R2 e o técnico de enfermagem. A paciente tinha um coágulo cilíndrico, com uns 6 cm, vindo do brônquio principal esquerdo até a traqueia distal. Na inspiração, o coágulo entrava no brônquio direito e a paciente asfixiava. Na expiração, com a tosse, o coágulo saía e desobstruía.*

*O que fazer? Tentei a alça de polipectomia da gastro, mas não passava pelo canal do broncoscópio. Lembrei do homem com a máscara de mergulho... Improvisei: prendi a alça com esparadrapo no broncoscópio como canal acessório. Conseguimos laçar o coágulo e removê-lo. Um tumor vegetante se revelou no brônquio principal esquerdo, perto da carina secundária, com hemorragia ativa - controlada com soro gelado e adrenalina.*

*Uma criança ao redor de 2 anos estava em uma festa e engasgou com uma daquelas bexigas pequenas, que enchemos de água. Tosse, cianose, aquele desespero dos pais... vieram ao pronto-socorro logo, no final da tarde. Exames de imagem sem alterações, criança estável com pouca tosse, não estava em jejum, indicada broncoscopia para o dia seguinte, cedo. Logo de manhã passei na pediatria, estava tudo dentro do programado, mas com a fralda cheia. Pedi para a enfermagem fazer a higiene pois a maca estava pronta para encaminhar ao centro cirúrgico. Logo que a fralda foi aberta, vimos algo azulado no cocô... era a bexiga! Fui na sala da disciplina e comuniquei o ocorrido:*

*— Professor, a broncoscopia está suspensa... por uma cagada.*

*E tivemos outras aventuras.*

*Uma quinta-feira à noite, perto de Rubião, fomos - alguns residentes e o Dr. Cataneo - ao sítio do Dr. Vitor (otorrino). Lá havia uma pinga boa. Boa demais.*

*Outra vez, em um evento na faculdade - reunião de docentes - fomos convidados. Quinta à noite... as visitas da sexta de manhã foram daquele jeito.*

*Em reuniões normais, sem desidratação, boca seca e dor de cabeça... Um se exaltava:*

*— Sami, que absurdo!*

*O Outro:*

*— Faz assim Cataaneo, tá certo?*

*E era assim quase toda sexta. Cada um sempre com opiniões fortes, mas nunca perdiam o respeito e admiração mútua.*

*Durante a residência, produzimos 12 trabalhos para os congressos. Aprendi que a ciência é um marco de qualidade na vida profissional. Depois vieram capítulos de livros em conjunto.*

*Dr. Cataneo esteve presente nas minhas bancas de mestrado e doutorado. Tive o privilégio de participar de bancas de mestrado e doutorado da disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu.*

*Botucatu tem um grande significado na minha vida.*

*Sempre com apoio, carinho e profissionalismo, me ensinou a cuidar de gente - com dedicação, humanidade e compromisso. A dar o meu melhor. A buscar soluções mesmo quando pareciam impossíveis.*

*Dr. Samuel, Dr. Raul e Dr. Cataneo estão sempre comigo nas minhas decisões. Seus ensinamentos perduram.*

*Tenho enorme gratidão. E os levo no coração.*

**R 29 - Altair da Silva Costa Júnior**

## **TÓRAXX**

*Quando li a mensagem sobre enviarmos alguma história que tenha marcado nossa residência para colocar no e-book em comemoração aos 50 anos da Disciplina, fiquei pensando alguns dias sobre o que escrever, e nada foi mais marcante para mim do que a própria residência.*

*Aconteceu tudo de forma meio inesperada na minha vida, e quando me dei conta acordei residente de Cirurgia torácica, na Unesp, sob tutela do Dr. Samuel, Dr. Cataneo e Dr. Raul.*

*Tudo muito novo para mim e para eles, afinal havia chegado a primeira mulher como residente.*

*Quem mais externou “estranhamento” (no bom sentido) foi o Dr. Samuel, que volta e meia soltava alguns palavrões, e quando percebia que eu estava presente, arregalava seus brilhantes olhos azuis e me pedia desculpas, afirmando não estar acostumado com a presença feminina (como se eu não tivesse escutado expressões semelhantes nos anos antecedentes na cirurgia geral).*

*Foram dois anos muito respeitosos, de muito aprendizado e ressignificação.*

*Minha eterna admiração por todos, em especial ao Dr. Cataneo, que foi um “paizão” para mim, e posteriormente meu orientador de mestrado e doutorado.*

**R 28 - Karin Franco Pinotti**

## **FAMÍLIA TORÁCICA BOTUCATU**

*Quando voltei a Botucatu para fazer residência, imaginei que não seria fácil – ser a filha do chefe... Mas não tinha a menor ideia que já no meu R1 de Cirurgia Geral eu teria uma experiência de passar pela Tórax e ter 30 drenos de empiema para evoluir antes de entrar no centro cirúrgico de manhã (vantagem só, que aprendi a drenar crianças muito rapidamente, pois a maioria deles, eu tinha drenado e eram crianças).*

*Aprendi muito na minha residência, mais ainda porque tinha um professor em casa, o chefe – discussões deliciosas em todas as refeições – até minha mãe aprendeu um pouco de Cirurgia Torácica. Entretanto, o que mais reforcei nessa experiência, foram os valores humanos, não só com os pacientes, mas com toda a equipe. A nossa Disciplina é uma família e isso sempre foi passado e incorporado por todos os residentes.*

*Durante a minha residência há muitos “causos” que poderiam ser contados, mas gostaria de deixar duas historinhas, uma tragicômica e outra que me emocionou.*

### **O CONGRESSO DE MACEIÓ**

*Acreditei, francamente, que meu pé frio havia acabado no R1. Doce ilusão...*

*É importante dizer aqui, que não tínhamos plantão da especialidade - só foi instituído à distância em meados de 2011. Os docentes da Cirurgia Torácica davam plantão presencial na Cirurgia Geral, mas durante a noite e nos finais de semana os chefes sempre ficaram disponíveis para casos que demandavam condutas complexas e cirurgias.*

*Logo no início do meu primeiro ano de residência na especialidade (R3), toda a equipe foi para o Congresso de Cirurgia Torácica em Maceió (2003) – fiquei eu e Deus (isso era normal, o R3 ficar cuidando da “lojinha”). Mas não era para haver nenhum estresse porque a enfermaria estava vazia e a Torácica sequer tinha plantão – fiquei de guarda só para absurdos... Que aconteceram...*

*Primeiro dia sozinha.*

*Chega no PS uma criança que havia aspirado um amendoim – eu só tinha feito broncoscopia rígida em adultos. Que fazer? Ligo para o meu pai, rezando para ele atender. Atendeu:*

*— Chegou um corpo estranho em uma criança pequena, amendoim, está sem desconforto por enquanto, o que eu faço?*

*Cataneo:*

*— Não vai encaminhar, vou ligar para o Ceará ir para aí fazer com você.*

*Até esse momento eu não gostava do Ceará, nem o conhecia, mas ele era o residente sabichão que dava palpite para o meu pai, em todos os cursos que eu ia fazer na faculdade e me irritava profundamente.*

*Passadas duas horas ligo de novo para meu pai em Maceió:*

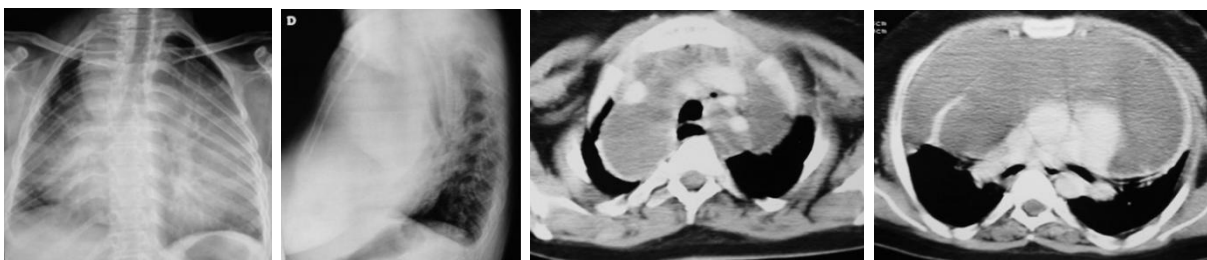
*— Papai, o Ceará vai vir? Chegou outra criança de um ano com a mesma história de amendoim, mas agora é um M&M e está desconfortável.*

*Ceará chegou logo em seguida, e com a maior paciência do mundo, aguentou o anestesista que estava de plantão porque a anestesiologia também estava em peso em um congresso. Tiramos os dois corpos estranhos - os dois amendoins das duas crianças, com uma parcial isquemia coronária de ambos (Ceará e eu) e um infarto do anestesista que não tinha experiência nem em Tórax e muito menos em pediátrica.*

*Agradei muito o Ceará e não posso dizer a ele que a primeira impressão é a que fica, porque eu conhecia só as suas palavras inconvenientes para o meu pai pegar mais no meu pé na faculdade de medicina, mas o seu gesto imensamente louvável em vir de Rio Claro até Botucatu para me ensinar na verdade, a tirar amendoins da árvore traqueobrônquica de crianças foi a impressão que guardo pelo resto da vida – família cuida da família.*

*Mas esse congresso de Maceió não acabou por aí...*

*Pediram ainda quando estava no CC, que eu fosse avaliar uma jovem internada na infectologia com desconforto respiratório, na verdade estavam pedindo para que eu visse o RX. Cheguei na enfermaria no início da noite e juro que quando vi o RX liguei para o Ceará imediatamente – na época pré-histórica o celular não funcionava na estrada... Bem, nem mesmo hoje em dia funciona...*



*Liguei de novo para o meu pai. Não dava para não ligar... E nem existia o WhatsApp® para enviar imagens – a gente tinha mesmo é que descrever verbalmente o exame físico e de imagem...*

*Cataneo:*

*— Dani, você sabe fazer toracotomia. Essa paciente tem uma mediastinite e você precisa operar. Abre à direita, toracotomia ampla, desbrida esse mediastino e drena bilateral.*

*Rezando, coloco o aviso de emergência no CC e chamo o R2 da Geral – estava operando com a Gastrocirurgia e não conseguia sair. Fui chamar o R1 – um estava na UTI com 4 pacientes graves e respondendo a demandas do OS e o outro estava em cirurgia com a vascular, só ele e o docente.*

*Fazer o quê? Vamos com o interno do quinto ano mesmo, que estava de plantão na enfermaria da Tórax – graças a Deus era uma interna super proativa e que queria fazer cirurgia. Digo logo:*

*— Estou sem nenhum residente para me auxiliar, então hoje você não vai instrumentar, vai operar comigo.*

*Entramos a quintanista e eu. Nunca abri um tórax tão cheio de pus. E no meio do inferno astral, a quintanista saiu feliz porque operou, eu saí feliz porque tive uma excelente auxiliar, e a paciente saiu desbridadíssima, drenadíssima, em ótimo estado geral e ainda nos rendeu algumas publicações por tratar-se de um caso extremamente raro de mediastinite em síndrome genética.*

*Depois de toda essa jornada de pé sem meia de lã, opereí muito, vi coisas do arco da velha, aprendi demais, graças a Deus, enquanto era ainda residente.*

*Ah! Já tinha acabado com qualquer medo que existisse na minha alma...*

## **A MAIOR RIQUEZA DO MUNDO**

*Era final de 2003, eu estava acabando o meu primeiro ano de residência, quando nos é encaminhado um garoto de 19 anos com queixa de dispneia aos moderados esforços e hiperinsuflação do pulmão direito. A broncoscopia evidenciava uma lesão rubra vegetante circunscrita que se projetava do BLS para o BPD. Logo acreditamos tratar-se de um carcinóide, indicando uma lobectomia superior direita. A congelação identificou um tumor mesenquimal benigno, mas o anatomopatológico 2 dias após definiu comprometimento das margens cirúrgicas e Leiomiossarcoma de grau intermediário. Reoperamos às vésperas do Natal para fazer uma traqueobroncoplastia.*

*Todo o recesso de final de ano eu fiquei com ele, dividindo a angústia de um diagnóstico maligno súbito que permeava dor e sentimentos sombrios ao que era para haver alegria e comemorações festivas familiares. Acompanhei a sua sofrida evolução de duas toracotomias consecutivas e diagnóstico de câncer até receber finalmente a notícia de cura e a alta do nosso serviço.*

*No ano passado (2024), qual foi a minha alegria, quando ele me encontrou no Instagram que eu sequer usava para trabalho:*

*“Querida Dani*

*Hoje, senti uma onda de gratidão e não poderia deixar de expressar o quanto você significa para mim. A sua presença e apoio durante minha jornada de cura foram fundamentais, e sou eternamente grato por tudo o que você fez.*

*Quando enfrentei o câncer, foi um dos momentos mais difíceis da minha vida. No entanto, você esteve ao meu lado em cada passo do caminho, oferecendo não apenas apoio emocional, mas também força e esperança nos dias mais sombrios. Suas palavras encorajadoras e seu carinho me ajudaram a encontrar a luz mesmo quando tudo parecia escuro.*

*A sua dedicação e amor fizeram toda a diferença na minha recuperação. Você me lembrou da importância de lutar e de acreditar que dias melhores estavam por vir. Hoje, sou grato não apenas pela minha saúde, mas também pela amizade e pela conexão que construímos.*

*Espero que saiba o quanto você é especial e o impacto positivo que teve na minha vida. Estou aqui para retribuir todo o amor e apoio que me deu. Você sempre terá um lugar especial no meu coração.*

*Com todo meu carinho e gratidão...” AC dez/2024*

*Atualmente, ele é Chef no restaurante de um renomado Resort e mantemos contato frequente.*

*A maior riqueza que ganhamos como médicos é ver o paciente curado, e mais do que isso, é saber que somente por estar presentes, pudemos confortar o sofrimento nos momentos mais sombrios.*

**R 25 - Daniele Cristina Cataneo**

## **DR. RAUL “PERDEU AS CALÇAS”**

*Foi numa manhã, durante a realização de uma lobectomia pulmonar, quando de repente o Dr. Raul me chama:*

*— Alexandre, minha calça caiu!!!*

*Eu “subi” sobre o paciente e vi suas calças no chão.*

*Perguntei a ele se a enfermeira poderia retirá-la, uma vez que estava paramentado.*

*Ele aceitou e a enfermeira retirando suas calças, olhando para o lado, com um rosto engraçado, saindo com as calças na mão.*

*Vejo uma movimentação na porta da sala de cirurgia, onde alguns residentes se aglomeravam, dando risada do acontecido.*

*Ao final da cirurgia, o Dr. Raul, com aquelas “pernas brancas”, saindo desfilando pelo centro cirúrgico de avental.*

*Este fato engraçado marcou o dia do centro cirúrgico no ano de 2008.*

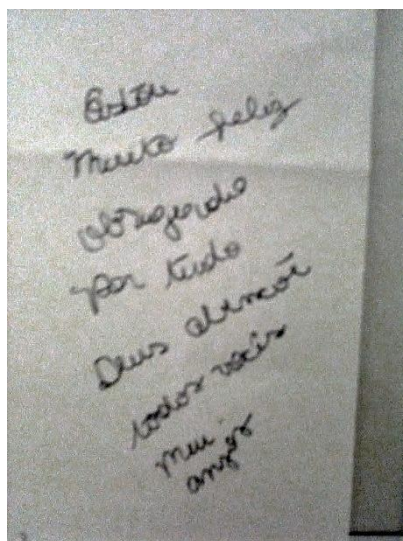
**R 21 - Carlos Alexandre Polônio**

## **FELICIDADE**

No dia 31 de dezembro de 2011, fui chamada pela equipe da otorrino para avaliar uma adolescente de 15 anos que estava internada há quatro dias para tratamento de uma Angina de Ludwig. Já estava em uso de antibióticos e com a loja sublingual esquerda aberta drenando secreção purulenta para a cavidade oral. Devido queixa de desconforto torácico e sensação de sufocamento foi realizada uma tomografia de tórax que mostrou derrame pleural a esquerda e derrame pericárdico.

Com a “sorte” que me é peculiar, já via a possibilidade de comemoração do Réveillon indo para o brejo, e como estávamos sem residente da especialidade nessa época, fui pedir ajuda para a plantonista da cirurgia geral, que no caso era a minha irmã, estragando assim a comemoração de toda família. A cirurgia teve início às 21:30 e finalizou às 00:20, sem intercorrências, sendo a paciente encaminhada para a UTI.

No primeiro dia de 2012, fui passar visita na UTI e ao me aproximar do leito, percebo que ela abriu os olhos que pareciam pesados, então encosto no seu braço e digo: “Está tudo bem, você vai ficar boa!” Ela esboça um sorriso e faz um movimento com a mão como se quisesse escrever algo. Pego uma prancheta que estava na mesinha de apoio e ela me escreve:



Nesse momento ela encontrava-se intubada, levemente sedada, com três drenos no tórax, um dreno no pericárdio e com uma toracotomia imensa! E como ela mesma me disse, estava “MUITO FELIZ”.

Fez-me repensar no significado da palavra **FELICIDADE**.

OBS: Paciente recebeu alta da UTI no dia 4 de janeiro de 2012 e alta hospitalar no dia 21 de janeiro de 2012.

**R 20 - Érica Nishida Hasimoto**

## **ANOS MAGNÍFICOS**

*Em 2014, cheguei a Botucatu para iniciar a tão sonhada formação em Cirurgia Torácica. Na ocasião, não tinha em mente a grandeza e qualidade daquilo que me esperava. Com o passar do tempo, as adaptações foram acontecendo e a rotina foi me mostrando a maior qualidade do Serviço de Cirurgia Torácica da FMB.*

*O convívio revelou que o Serviço era (é), na verdade, uma família. Um local de acolhimento, ensino, assistência, eficiência e humanidade. Um local em que as diferenças são expressas e os esforços direcionados ao bem comum.*

*Sou muito grato a Deus pela oportunidade de fazer parte desta história e carregar comigo a essência e os valores de bem que são tão abundantes nesta família.*

*Doutora Érica, Doutora Daniele, Doutor Cataneo, Doutor Raul: jamais poderei expressar em palavras o quanto sou grato por tudo o que aprendi e aprendo com vocês.*

*Felizes aqueles que passaram e passarão pelos corredores da enfermaria da Cirurgia Torácica. Felizes os pacientes que são tratados neste berço de excelência!*

*Que os próximos cinquenta anos sejam tão magníficos como foram estes primeiros.*

**R 16 - Gilmar Felisberto Júnior**

**Para prestar homenagem aos 50 anos da disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu, venho contar duas histórias excepcionais que marcaram minha residência.**

**PRIMEIRA HISTÓRIA**

*Essa poderia ter sido contada por Luís Fernando Veríssimo. O ano era 2016, mais precisamente, o mês de março, primeiro da residência em Botucatu. Ainda tinha vícios e pensamentos de Cirurgião geral. Havia acabado essa residência há pouco mais de duas ou três semanas. Estava muito empolgado com o futuro que poderia trilhar na especialidade que escolhi desde meados de 2012, quando estava no 5º ano de Medicina. Eu não tinha R+. Então, já sabia que sofreria como um cão para fazer as obrigações de R3 e R4 ao mesmo tempo. Na primeira semana, professora Daniele já advertiu disso. Passar visita, vigiar os internos, elaborar condutas para os casos juntamente com os residentes da cirurgia geral e por aí vai.*

*Surge a oportunidade que estava esperando, logo no primeiro mês da residência: iria fazer minha primeira lobectomia. Paciente HAM, masculino, 50 e poucos anos. Fiquei extremamente entusiasmado. Dois dias antes da cirurgia, em um sábado, fui até a biblioteca da FMB. Peguei dois ou três livros para ler sobre a patologia do paciente e sobre a técnica cirúrgica. No livro, tudo perfeitamente desenhado e explicado. Pensei: “Na segunda-feira, dia da cirurgia, vou saber tudo da anatomia do hilo pulmonar esquerdo, e vou aplicar tudo o que aprendi sobre a prática de dissecar, ligar, cortar e etc.” Não poderia estar mais equivocado. O paciente tinha uma escavação por Aspergilose.*

*No dia da cirurgia, apareceu Dr. Cataneo no centro cirúrgico, sala 1. Quando o vi, confesso que fiquei um pouco assustado por fazer minha primeira lobectomia com o chefe dos chefes. Mas com a ingenuidade e petulância constrangedora de um jovem cirurgião de 25 anos de idade, pensei: “Vai dar certo, vou mostrar ao professor que me preparei para o procedimento”. Ato anestésico, assepsia, antisepsia, decúbito lateral-direito, incisão no 5º espaço intercostal esquerdo, poupando músculo grande dorsal. Até aqui, tudo bem. Depois de gastar uns 30 minutos apenas para fazer as canaletas anterior e posterior na região intercostal, Dr. Cataneo aparentemente perdeu um pouco a paciência e começou a tomar conta da situação. Muitas aderências. Quando finalmente abrimos a cavidade, vimos que o pulmão estava totalmente grudado na parede. Dr. Cataneo introduziu sua mão na cavidade, e a partir desse momento, não entendi mais nada que estava acontecendo bem ali na minha frente. Descolou o pulmão todo em menos de dois minutos. Obviamente que houve um sangramento moderado, que não assustou o professor. Mas eu fiquei apavorado como no primeiro dia de aula no primário. “Meu Deus, como ele fez isso? Será que algum vou ter essa coragem?”, pensei. Tinha sangue misturado com uma secreção amorfa, esverdeada, lembrando mofo de pão envelhecido. Aquela cirurgia não era para mim. Dissecamos e ligamos o parênquima pulmonar em vários lugares, sem muita visão anatômica.*

*Aqui chegamos no epílogo. Dr. Cataneo dissecou e ligou rapidamente os ramos arteriais, cortamos o brônquio, e a peça saiu. Mas espere. E a veia pulmonar superior esquerda? Enquanto eu lavava a cavidade, e o professor saía de campo, perguntei a ele:*

*— Professor, ligamos as artérias e o brônquio. Mas e a veia? Não vi ela.*

*Ele respondeu, com um sorriso cômico:*

*— Você não viu? Eu também não vi nada”*

*Gargalhadas ecoaram pela sala. Cinco dias depois, o paciente recebeu alta.*

*Essa foi uma de muitas histórias que passei na residência ao lado do Professor Cataneo. A somatória de conhecimentos que tive (e continuo tendo) com ele, Dr. Raul, Dra. Dani e Dra. Érica, são imateriais e inquantificáveis. Por isso, só tenho a agradecer a esse time.*

## **SEGUNDA HISTÓRIA**

*Essa história tem uma carga dramática um pouco maior, eu diria. Ela aconteceu no ano seguinte, em 2017, durante meu último ano de residência. Eu já estava mais maduro e não tinha todo peso do serviço apenas em mim. Aglália havia entrado no serviço no começo daquele ano como minha R-. Então, conseguíamos dividir as obrigações da residência, o que aliviou profundamente minha rotina.*

*Estava vivendo o dia a dia de um residente. Como acontece naturalmente com qualquer pessoa normal, nos enfiamos na rotina e volta e meia vivemos como numa hipnose diária. Sair de casa, ir para o hospital, cumprir as atividades e voltar para casa no final do dia. Muitas vezes não refletimos o tamanho do impacto de nossas atividades como cirurgiões nas vidas dos pacientes, para o bem e para o mal. Essa história é sobre isso.*

*Marcamos uma traqueoplastia. Em uma terça-feira, Dra. Daniele iria ajudar no procedimento. Era um paciente com estenose traqueal curta, em fundo cego. O paciente teve um TCE devido acidente automobilístico sofrido há 10 anos, sendo submetido a IOT. Dois meses após o trauma apareceu a estenose traqueal. Portanto, ele convivia com a estenose há quase uma década.*

*Confesso que naquele momento minha maior preocupação era operar, adquirir experiência. Para mim não importava se o paciente tinha filha, filho, se ele era gordo, magro, casado, solteiro... Eu estava focado em fazer um bom pré-operatório, aplicar a técnica de ressecção e anastomose traqueal, conduzir o pós-operatório, e dar alta para o paciente. “Semana que vem tenho outra cirurgia” eu pensava. “O que vou operar depois?”. Estava conduzindo minha vida baseado no “Eu”. Importava o que era bom para mim.*

*A traqueoplastia foi um sucesso. Paciente foi para recuperação pós-anestésica e nós, entenda-se Aglália, residentes da Cirurgia geral e eu, fomos para a enfermaria passar visita. Poucos minutos após, a enfermeira do centro cirúrgico me ligou:*

*— Dr. Tarcísio, o paciente está te chamando. Ele quer conversar com você.*

*— Mas ele tá bem? Aconteceu alguma coisa? — respondi.*

*— Sim, está bem. Mas disse que precisa falar com você.*

*Com um ar de arrogância e deboche, voltei para o centro cirúrgico, troquei a roupa e entrei na sala de recuperação anestésica. Com olhar de superioridade e com pressa de quem tinha ainda duas toracocenteses no pronto-socorro para fazer com os residentes, cheguei no leito do paciente. Foi aí que tudo mudou. Sofri um efeito Rashomon que tocava minha alma. Consegui me colocar no lugar do paciente quando ele disse, chorando:*

*— Doutor, muito obrigado. Não me lembrava como era minha voz. Minha filha de três anos vai escutar minha voz pela primeira vez.*

*A emoção tomou conta da situação. Retomei o pensamento de quando escolhi fazer medicina. O Tarcísio idealista e libertário retornou neste narrador que vos fala naquele instante. Senti e lembrei como eu era aos 16 anos de idade, o velho clichê: queria mudar o mundo. E mesmo antes de responder ao paciente, recobri a maturidade de um jovem cirurgião sabendo que não iria mudar o mundo, mas pelo menos mudei a vida daquele doente. Fui arrebatado por uma miscelânea sentimental. Não chorei ali na frente do paciente, mas foi quase.*

### **R 11 - Tarcísio Albertin dos Reis**

***Já se passaram quase 9 anos desde que cheguei a Botucatu, e nada mais representativo do que tenho vivido aqui do que as experiências sui-generis que ocorreram no início. São incontáveis, mas como o tempo para escrevê-las é pouco, e o espaço no livro é limitado, vou me ater a alguns episódios mais marcantes.***

### **MINHA “R- IGUAL”**

*Na minha primeira semana de R3 em Cirurgia Torácica, em março de 2017, recebemos um pedido de transferência ao serviço para uma senhora. de pouco mais de 40 anos, com um dreno de tórax já há 30 dias, e um derrame sem causa definida, que drenava quase dois litros por dia. A transferência foi aceita, veio de um hospital de uma cidade próxima, e quando a vimos pela primeira vez, estava frágil, acamada, com várias complicações decorrentes da internação prolongada, e ainda sem diagnóstico fechado. Na primeira vez que conversei com a paciente, disse que “não sabia de onde vinha tanta água” de dentro dela. O derrame pleural era a pior situação. O frasco coletor enchia rápido e precisava ser trocado mais de uma vez ao dia, chegando a drenar até 3L/24h., e por este motivo, meu R4 na época, Dr. Tarcísio, hoje docente da disciplina, apelidou a paciente carinhosamente de “D. Maria das Águas”.*

*Reunimos as peças do quebra cabeça diagnóstico, que eram muitas (telangiectasias, encefalopatia, flapping, distúrbio de coagulação e diversas alterações laboratoriais características) e chegamos à causa do derrame: era um hidrotórax hepático. Chamamos reforços (afinal, a paciente precisava de cuidado multidisciplinar incluindo a gastroenterologia), e continuamos fazendo acompanhamento diariamente, devido ao derrame pleural eterno.*

*D. Maria das águas se tornou nossa paciente permanente por semanas. Precisamos levá-la ao centro cirúrgico para drenar um abscesso fruto de uma injeção intramuscular de Diazepam® que recebeu na cidade de origem ao apresentar uma convulsão, e por estar em insuficiência hepática, e com distúrbio grave de coagulação, desenvolveu um hematoma gigante no local da injeção e ao chegar no HC, estava infectado. O abscesso tinha mais de um litro, que quase atingiu o olho do R1 durante a drenagem.*

*Foram semanas de internação, tentando compensar a doença de base, até a retirada do dreno, e alta, mas não durou muito. Poucos dias depois da alta, ela retornou ao pronto socorro dispneica, um hemitórax velado por derrame, e muitas toracocenteses depois, com dois a três dias de intervalo entre elas, ela foi internada novamente.*

*Perdi as contas de quantas vezes fizemos procedimentos em D. Maria. O pulmão não expandia, não havia como fazer pleurodese química, e ela estava frágil, e não suportaria o procedimento. Então, permaneceu com um cateter pleural que foi trocado várias vezes por dobra, obstrução, torção, e foi perdido quando os pontos soltaram pelo menos umas duas vezes. Complicou com empiema e precisamos fazer uma videotoracoscopia.*

*Decorei o RG hospitalar da paciente, de tanto digitá-lo no prontuário eletrônico. Lembro até hoje.*

*Quando apresentou alguma melhora clínica, e uma hiponatremia severa de difícil controle foi melhorada, meses depois, e o pulmão expandiu completamente, finalmente tentamos fazer pleurodese clínica com PVPI. Foram várias tentativas (três se não me falha a memória). Não resolveu. As “águas” de D. Maria não tinham fim. O marido sempre estava acompanhando, preocupado, coitado. Um senhor “raiz”, do campo, sempre com seu chapéu de vaqueiro e as botas. Às vezes ficava bravo, questionando se não poderíamos fazer mais alguma coisa, e D. Maria sempre intervinha e falava pra ele ter calma, e dizia para deixar os doutores trabalharem.*

*Muito tempo depois, e já havendo tentado tudo que era possível de arsenal clínico e cirúrgico, veio a ideia da derivação pleuroperitoneal. Muitos visitões e discussões multidisciplinares depois, foi decidido: seria instalado em cateter de DVP para drenar o líquido de volta ao peritônio, e permitir que a paciente fosse para casa e viesse apenas uma vez por semana fazer paracentese de alívio. Instalamos o cateter. Um procedimento simples, mas extremamente interessante e graças a Deus, deu certo. O derrame pleural foi resolvido, a dispneia cessou, e a paciente começou a apresentar ascite, a hiponatremia foi compensada, e vinha semanalmente no PS da clínica fazer paracentese. Como o R3 da Cirurgia Torácica é sempre um assíduo frequentador do pronto socorro e a salinha da gastro fica quase em frente à sala da cirurgia geral, eu a via com frequência, deitadinha, aguardando a ascite aliviar.*

*Pouco mais de 1 ano após a primeira vez que a vimos, finalmente chegou o momento do transplante hepático da paciente, que foi feito, e também deu certo. Deixamos de acompanhá-la após resolução do quadro pleural, mas não consegui ficar sem notícias. Frequentemente checava o prontuário e via as consultas do ambulatório pós transplante para ver como ela estava indo.*

*D. Maria acompanhou todo o meu ano de R3 e parte do R4 (acho que do ano todo, deve ter passado no máximo duas ou três semanas em casa). Sofreu muito, mas, nos momentos em que a encefalopatia hepática estava controlada e estava lúcida (que graças a Deus, eram a maioria dos momentos), sempre tinha um olhar doce, sorria quando conseguia, agradecia, mesmo quando os procedimentos eram doloridos, e na maioria dos dias, dizia “Deus abençoe” quando terminávamos a visita. E julho de 2017, quando o inverno foi o mais frio que já vi em Botucatu, passava cedo, e me lembro dela perguntando se eu estava bem. Ela sabia que eu era paraibana, e perguntou como estava aguentando o frio. Ficava com dó de mim e dos residentes da cirurgia geral, passando a visita tão cedo, ainda escuro e no frio. Confesso que não lembro de tê-la ouvido reclamar quando estava lúcida.*

*Com medo de já ter me envolvido emocionalmente além da conta com a paciente, parei de acompanhar o prontuário no início de 2019, antes de concluir a residência. Não sei o desfecho da paciente, mas considerando que D. Maria das águas ficou no hospital mais horas que eu durante o ano de 2017, e aprendi, por causa dela, um leque de procedimentos que fazemos de rotina, considero que ela foi minha R igual naquele ano. Foi um exemplo de resiliência, calma e doçura, e prova de que a Graça de Deus traz Paz mesmo no meio das aflições profundas.*

## MEU PRIMEIRO SOBREAVISO

*Ainda era março de 2017. Nos primeiros 10 dias, Tarcísio ficou de sobreaviso à noite, junto com o Prof. Cataneo, enquanto eu aprendia a me “achar” dentro do HC e terminava de fazer minha mudança. Passados esses dias, a dupla de plantão trocou: ficamos a Dra. Dani e eu.*

*Numa quinta-feira à noite, meu primeiro sobreaviso, não consegui fechar o olho. Toda minha vida de aluna e residente de cirurgia geral sempre fiz plantões presenciais. A ideia do sobreaviso, de algo grave acontecer e eu não estar no HC era nova, e um tanto assustadora.*

*Acabei a rotina, e em casa, quando deu para dormir, em vez de deitar fiquei pronta para sair, de tênis calçado e com a chave do carro na mão. Os plantões aos quais eu estava acostumada (no Hospital de Emergência e Trauma da Paraíba, o “Traumão”, hospital de referência que fica numa rotatória na BR 230, no meio de João Pessoa), eram sempre caóticos. Para mim, “estar de plantão” jamais estaria junto da palavra dormir. Mas todo mundo disse que aqui era tranquilo, e tinha grande chance de dormir a noite toda.*

*Perto da meia noite, a cirurgia geral liga:*

*—Glá, chegou um esfaqueado no tórax à direita, drenamos, tá sangrando e o chefe da porta acha que vai ter que abrir. Vem.*

*Desci as escadas do prédio na velocidade da luz, liguei para Dra. Dani, e sai voando na estrada, com o celular “no viva voz”.*

*A resposta dela foi:*

*—Vê como está lá e me liga. Provavelmente vai ser só um dreno.*

*Quando cheguei, o selo d’água já estava cheio até a tampa e derramando, e o paciente parou. Começamos a abrir à esquerda para fazer reanimação, e algum R1 ficou segurando meu telefone enquanto ligava para Dra. Dani vir, desesperada.*

*Acho que ela já estava imaginando o caos, e a caminho, porque poucos minutos depois entrou na sala de emergência enquanto eu massageava o paciente. Pediu uma luva, e em poucos segundos, só me mandou trocar de lado, alguém assumiu a massagem cardíaca direta, e abrimos o hemitórax direito.*

*Dra. Dani enfiou a mão, soltou o ligamento pulmonar com o dedo, puxou o pulmão para fora, e onde sangrava muito, fez uma sutura hemostática com um fio de nylon mesmo. Era o que tinha.*

*Controlamos o sangramento, e tentamos por mais de uma hora reanimá-lo. Foi um momento triste, e perdemos a guerra. O paciente não voltou.*

*Eu estava exausta, triste, mas não achando nada muito fora do habitual, porque onde aprendi cirurgia geral, esses casos eram frequentes.*

*Descobri que aqui, não era.*

*A maioria das pessoas nunca tinha visto aquilo acontecer.*

*Naquela hora, automaticamente todo mundo já me considerou um pé frio.*

*Como se não bastasse, enquanto estávamos terminando de fechar as incisões, chegou outra ambulância, com outro paciente esfaqueado no tórax. À esquerda dessa vez. Já fomos avaliar dentro da*

*ambulância mesmo, para ganhar tempo e evitar outra catástrofe. Graças a Deus, era superficial. O ferimento penetrou o tórax, mas o resultado foi um hemotórax pequeno e um pneumotórax laminar que se resolveram com um dreno.*

*Dois dias (muitos drenos nos plantões e uma broncoscopia rígida vermelha no sábado por obstrução traqueal) depois, Dra. Dani disse logo:*

*—Nos próximos plantões, eu não fico mais com a Glá. Ela é pé frio demais!*

*Compreensível. Eu era mesmo. Tarcísio dormia todas as noites na semana dele, e eu passava as noites correndo pelo HC com os meninos da cirurgia geral drenando o povo.*

*Mas o pé frio era na verdade uma resposta de oração. Muitos anos atrás, quando era estudante, vi muita coisa complexa e triste acontecer, em situações em que ninguém sabia resolver o problema, ou não se importava. E pedi a Deus o seguinte:*

*— Senhor, se for para chegar alguma coisa grave no plantão de alguém que não se importe, desista cedo demais ou não saiba resolver, deixe chegar no meu, me dê força e me ajude a aprender a resolver seja o que for.*

*Essa oração que fiz há tantos anos, Deus tem ouvido até hoje. Agora, há alguns meses, tenho orado por sossego, e noites de sono tranquilas nos plantões.*

*E felizmente, Deus tem me ouvido.*

## **“Causos” cômicos da residência**

### **TORACOTOMIA “VAGALUME”**

*Marcamos uma ressecção de bola fúngica. A paciente tinha escarro com hemoptoicos e anemia, e um aspergiloma num lugar difícil, hilar, colado com a artéria interlobar direita.*

*Começamos a cirurgia: Tarcísio R4, o professor Cataneo orientando e eu de auxiliar. Chegou uma hora que a ressecção estava muito difícil, coisa para gente grande, e o professor assumiu a cirurgia. E a luz acabou.*

*O gerador estava mais ou menos naquele dia, e levou mais de 15 segundos para voltar a luz. Me lembro com exatidão pois contei o tempo de escuro, pensando no que iríamos fazer. Não dava para voltar atrás.*

*A luz voltou, e o professor continuou, ora fazendo dissecação romba com a pontinha do bisturi elétrico, ora cauterizando. E a luz apagou de novo. Mas dessa vez, percebemos que deu uma falhada pouco antes de apagar, como um aviso. Mais 15 segundos de escuro, e voltou.*

*E seguimos assim. Na hora que o foco diminuía a intensidade, um de nós avisava:*

*— Professor, vai apagar.*

*E acabava a luz.*

*A ressecção prosseguiu desse jeito, intermitente, e muitas paradas depois, quando alguém avisou que ia cair, o professor não aguentou mais e disse, no escuro, berrando (mas controlando as palavras e respeito a mim e as demais senhoritas na sala):*

— “TARCÍSIO! QUE O PARIU! ASSIM NÃO DÁ! ESSE FOCO TÁ PIOR QUE VAGALUME!”

### **DR. CATANEO ASPIROU UM PARAFUSO**

*Era junho de 2017. Estava de sobreaviso, e recebi pelo WhatsApp uma foto da tela do sistema de prontuários, sem legendas, mostrando a lista de pacientes do PS, e uma seta destacando um: Antônio José Maria Cataneo. Gelei, óbvio, e liguei imediatamente para o R1 que mandou o recado. Ele atendeu e não disse nem alô nem boa noite, só falou o seguinte:*

— “Glá, Dr. Cataneo aspirou um parafuso”.

*Que desespero. Já deixei contato de telefone de Dra. Dani pronto para chamar, e ficamos aguardando ansiosamente a radiografia, que o professor mandou pedir, e foi sozinho fazer.*

*Ele havia ido ao dentista, que acidentalmente, deixou cair um pequeno parafuso odontológico na cavidade oral, e o professor mesmo achou que havia aspirado. Mas estava clinicamente bem. Não tinha tosse.*

*Ficamos na torcida, e logo saiu o resultado, “o raio x mais esperado do ano” segundo os residentes da cirurgia geral. Eis:*



*O parafuso estava no estômago. Respiramos aliviados.*

*E logo depois, o R1 entra em contato de novo, com um rascunho de evolução médica escrita no sistema, para perguntar se estava ok e se podia salvar e colocar meu nome.*

*“Paciente comparece ao PS histórico de engasgo com parafuso odontológico durante procedimento dentário. Sem queixas. Ao exame. (...). Checo Rx de tórax e vejo objeto metálico em topografia de estômago. Sem corpo estranho em radiografia de tórax. Paciente checa o próprio Rx, informa que não teve broncoaspiração e dá a própria alta.*

**Vinícius R1 Cir. Geral + Agláia R3 Cir. Torácica + Dr. Cataneo (paciente)**

*Em tempo: eu só queria ter certeza que não tinha aspirado, pois achava que tinha engolido, mas como estava com a boca anestesiada não dava para ter certeza absoluta. Enfim, após exatamente 24 horas eu já tinha o parafuso na mão, que na realidade não era um parafuso, era uma chavinha para apertar o parafuso para implante dentário. “Levei ao dentista, mas ele não usou mais essa chave não”. (Cataneo)*

## **ESTERNOTOMIA DE EMERGÊNCIA COM UM DEDO HEMOSTÁTICO**

### **DO LADO DA SERRA**

*Estávamos fazendo uma mediastinotomia a Chamberlain para biópsia de uma paciente com linfoma recidivado. Tarcísio de R4, eu de R3, e a professora Érica. O caso era diferente, porque a hemato não sabia onde havia tumor viável, e foi preciso chamar a medicina nuclear para injetar um radiofármaco e procurar com o probe área viável de tumor. Durante o procedimento, houve uma lesão de a. mamária. Espirrou sangue para todo lado, a professora Érica rapidamente tentou fazer hemostasia e disse:*

*— Chama o dr. Cataneo.*

*Alguém experiente precisava seguir na hemostasia e o outro nos orientar na abertura do esterno. Mandamos o R1 correr no departamento e buscar o professor.*

*Ele foi correndo, e voltou esbaforido dizendo:*

*— Não achei.*

*A professora Érica lembrou que estava acontecendo alguma confraternização no anexo verde. Mandamos o coitado do R1 correr lá. Enquanto isso, montamos a serra, avisamos o anestesista o que ia acontecer, e enquanto Dra. Érica segurava a artéria que ainda sangrava um pouco falou para abrir o esterno, eu e Tarcísio ficamos de olho arregalado, com medo de serrar o dedo dela junto.*

*Chega o R1 já cianótico, com o professor, que entrou com a roupa que estava lá fora, terminando de comer uma coxinha, e quase foi colocando a mão sem nada no campo. Alguém gritou:*

*— A luva professor!*

*Não lembro quem. Ele só calçou uma luva cirúrgica, trocou de lugar com Dra. Érica, colocou o dedo hemostático lá e o sangramento parou imediatamente, e berrou:*

*— Vai Tarcísio! Abre!*

*Tarcísio com a serra na mão, hesitou e disse que estava com receio de serrar o dedo junto. O berro veio com mais intensidade:*

*— VAI TARCÍSIO!*

*A esternotomia foi feita, os vasos mamários foram ligados com calma, a paciente ficou bem, a biópsia deu certo, e o dedo do professor também sai intacto.*

## **SEMI-LOBECTOMIA MÉDIA ACIDENTAL**

*Começamos uma toracotomia exploradora para descorticação de um paciente com empiema no meu último mês de R3. Eram as férias do R4, eu estava animada por que ia poder fazer toda a cirurgia, e começamos: o professor Raul, eu e os residentes da cirurgia geral. A cavidade estava uma*

tristeza. Uma mistura de lama, farofa e Superbonder®. Cerca de 2hs depois, desfeitas muitas aderências, achamos o lobo médio no meio do grude. O professor estava tracionando o lobo (que parecia ser só um grande abscesso), e me orientando na dissecação da carapaça de fibrose sobre o lobo inferior, e de repente, “tec” o lobo médio saiu. Nada sangrou. Paramos um segundo, olhando para o lobo arrancado na ponta da pinça, e não sabemos se saiu todo ou parcial. Pelo volume, parecia ter se soltado inteiro do hilo. Dr. Raul apenas pegou o lobo médio com a pinça, entregou ao R1, falou que era peça, e disse:

— “Ô Agláia, fizemos uma semi-lobectomia média acidental”

Não era o plano, mas o lobo não servia mais mesmo... Deu certo. O paciente teve alta alguns dias depois e ficou bem.

### **BRONCOSCOPIA RÍGIDA INCONSCIENTE**

Eu já era R4. Fomos começar uma broncoscopia rígida, eu, Rodrigo (que havia chegado como novo R3) e a professora Érica. Era um procedimento simples de rotina, para troca de tubo T, e enquanto o paciente era induzido, a professora Érica estava na porta da sala de olho, e falou que podíamos ir começando.

Intubamos com o broncoscópio, demos a primeira olhada, surgiu um cheiro esquisito, mas seguimos. A saturação do paciente caiu um pouco e foi preciso ventilar com maior pressão. Vazou bastante ar e de repente, tive uma vertigem, dor de cabeça, e só deu tempo de perguntar residente da anestesia se ela tinha desligado o gás, e ouvir a resposta que não. Era a primeira vez que ela participava de uma broncoscopia, e não sabia que precisava ser anestesia venosa total. O cheiro esquisito era sevoflurano. Não lembro se chamei a professora ou se Rodrigo chamou. Apaguei, e acordei na copa do centro cirúrgico, com um monitor de oximetria, uma enfermeira e um colega residente de outra especialidade perguntando se eu estava bem. Segundo Rodrigo, eu apaguei, com a mão presa no broncoscópio rígido, e ele teve que soltar minha mão. Me disseram que a circulante estava atrás de mim por acaso, me segurou. Graças a Deus não desabei de cabeça no chão, o paciente não foi extubado, e só um de nós foi anestesiado. A professora Érica terminou o procedimento com Rodrigo, foi tudo tranquilo, e não sei quem me arrastou da sala de cirurgia até a copa. Nunca perguntei, e prefiro não imaginar a cena. Mas sou grata aos meus socorristas.

Essas foram algumas histórias dentre centenas: umas tristes, outras cômicas, mas com certeza muito representativas do que vivemos no dia-a-dia da residência médica: muito aprendizado, muitas situações difíceis e desafiadoras, mas também muitos momentos de boas risadas, e outros emocionantes, nos quais vemos incontáveis milagres.

### **R 10 - Agláia Moreira Garcia Ximenes**

## **RESIDÊNCIA EM TEMPOS DE COVID**

*Ao lembrar minha trajetória no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, é impossível não me emocionar com tantos momentos vividos. Desde os primeiros passos como residente, quando tudo ainda era novidade e o desafio de aprender vinha acompanhado de encantamento, até os anos seguintes como médica da equipe, quando a responsabilidade cresceu, mas também cresceu o orgulho de fazer parte dessa história.*

*Entre casos marcantes e lições profundas, também houve episódios leves, humanos, que mostravam como o aprendizado ultrapassava os limites da técnica.*

*Lembro-me de uma das primeiras cirurgias em que participei como residente. Tinha acabado de chegar do Nordeste, ainda me acostumando com os sotaques e os termos tão diferentes do interior de São Paulo.*

*Estávamos todos concentrados no centro cirúrgico, quando entra na sala o Dr. Cataneo e pergunta ao Rodrigo, meu R4, como estavam as coisas. Rodrigo responde, explicando que estava acabando de isolar os vasos do hilo pulmonar, quando, de repente, o Dr. Cataneo começa a gritar com seu sotaque forte e típico:*

*— “Ranca”! “Ranca” logo!.*

*Fiquei paralisada por alguns segundos, sem entender o que estava acontecendo ou se eu deveria fazer algo. Perguntei baixinho para o Rodrigo, sem que ninguém ouvisse, o que estava acontecendo, e ele, com seu jeito bem-humorado, respondeu rindo:*

*— Ele “tá” mandando eu ARRANCAR logo e acabar. Parece que não é só cirurgia torácica que você precisa aprender!.*

*Aquele momento ficou marcado como uma das muitas situações engraçadas do início da residência. No começo, levei um tempinho para entender algumas expressões e ser compreendida em outras, mas isso logo deixou de ser um obstáculo. Com o passar dos dias, tudo foi se tornando mais familiar - os sotaques, os costumes.*

*O tempo passou, e eis que chegou o mais aguardado período da formação: o R4 - o último ano da residência. Eu estava na reta final do aperfeiçoamento, cheia de vontade de aproveitar ao máximo cada oportunidade cirúrgica, cada procedimento, cada discussão de caso.*

*Mas os planos tiveram que mudar. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde decretou oficialmente que estávamos vivendo uma pandemia global de covid-19. Em Botucatu, ainda não tínhamos nenhum caso confirmado, mas o clima já era de tensão. Estávamos apreensivos, ouvindo vários relatos de colegas nas capitais, falando sobre situações caóticas. Sem saber o que viria, nos preparamos. Compramos várias caixas de máscaras N95, macacões impermeáveis e botas.*

*Precisamos reprogramar a rotina do serviço, adequando-a à nova realidade do hospital. As cirurgias eletivas foram suspensas, os ambulatórios esvaziaram, e o foco passou a ser o atendimento aos pacientes graves com covid-19. Na nossa rotina de cirurgia torácica, o que antes eram grandes ressecções pulmonares e procedimentos complexos deu lugar às traqueostomias e drenagens. As tradicionais visitas*

*magnas das sextas-feiras - que sempre foram momentos especiais de encontro e aprendizado entre residentes e equipe - passaram a acontecer parcialmente por vídeo, com parte dos chefes participando à distância.*

*Lembro de quando estava em casa, na noite do dia 27 de março de 2020, e recebi uma ligação da residente da Cirurgia Geral, apreensiva: havia chegado o primeiro paciente com covid-19 confirmado, internado na UTI, e o raio-X mostrava um pneumotórax à esquerda, provavelmente causado por um acesso central realizado no hospital de origem.*

*Senti um frio na barriga - era o início de algo que, até então, só acompanhávamos pelos noticiários e relatos dos grandes centros. Falei com a Dra. Érica, sempre segura e gentil, que prontamente se dispôs a ir até o hospital para me ajudar com a drenagem torácica. Mas pensei: é mais um dreno - quantas vezes já fiz isso? Bastava manter o cuidado e seguir os protocolos que já havíamos discutido exaustivamente nas semanas anteriores. Foi tranquilo e deu tudo certo. Aquele foi apenas o primeiro de muitos procedimentos que ainda viriam ao longo daquele período tão desafiador.*

*Apesar de não ter sido como eu havia imaginado para meu último ano de residência, foi um tempo profundamente importante para a minha formação - não apenas técnica, mas também humana. Estávamos todos enfrentando o desconhecido, e isso nos aproximou. Fomos suporte uns para os outros, dividimos medos, angústias e todas as vitórias. Nos tornamos, de fato, uma família naquele momento tão difícil para o mundo.*

*Durante os dois anos de residência e esses três primeiros anos como médica no serviço, vivi inúmeras histórias que deixaram marcas profundas. A maioria de alegria imensa - como os pacientes que se recuperaram, que voltaram para suas casas, e as famílias que expressaram sua gratidão. Outras de tristeza e impotência - quando, apesar de todo o esforço, Deus tinha outros planos e a medicina não foi suficiente.*

*E entre esses extremos, também houve muitos momentos leves, divertidos e engraçados. Foram muitos momentos no centro cirúrgico, conversas nos corredores e no departamento, consultas no ambulatório, interconsultas, visitas, discussões de artigos, plantões sem fim, passagens de casos na enfermaria.*

*Cada uma dessas vivências construiu a profissional - e a pessoa - que sou hoje. São lembranças que levo comigo com carinho, respeito e gratidão. Por tudo que aprendi, pelas pessoas que cruzaram meu caminho e por ainda poder compartilhar essa jornada com colegas que se tornaram amigos, mestres que viraram referência e pacientes que me ensinaram mais do que qualquer livro ou artigo.*

*Esses anos foram mais do que um ciclo profissional - foram um verdadeiro capítulo de vida. E por tudo isso, sou profundamente grata.*

*Continuo no serviço, com a convicção de que ainda há muito a conquistar e aprender. Estou pronta para os desafios que virão, disposta a crescer, ensinar e seguir contribuindo para a excelência da cirurgia torácica, lado a lado com essa equipe que tanto admiro.*

## **MEMÓRIAS CIRURGIA TORÁCICA**

### **O INÍCIO DE TUDO**

*Os quase cinco anos que passei em Botucatu me mudaram por completo, cheguei nesta casa, embora com duas graduações e uma residência, com uma experiência de mundo limitada a minhas graduações e convívio familiar, não imagina tudo que viveria ou aprenderia neste período.*

*Em março de 2020 me mudei da casa dos meus pais para casa do meu, agora, esposo, que já era residente da Clínica Médica do HC-FMB. Não preciso dizer que em poucas semanas não só a minha, mas a vida do planeta virou de cabeça para baixo e eu, sempre muito apegada a família, me vi sem poder visitá-la por quase um ano. Mas da mesma forma que não contava com essa virada, algo que também não contava aconteceu, fui acolhida por uma nova família, que se tornou minha segunda família até hoje, a família Cirurgia Torácica – Unesp Botucatu.*

*O período de pandemia foi desafiador, tivemos muitas limitações no desenvolvimento das atividades, praticamente não tivemos cirurgias eletivas e, por sermos uma equipe especializada em via aérea, fomos extremamente requisitados nas nossas habilidades, fizemos inúmeras broncoscopias, passamos diversos drenos de tórax, recebemos incontáveis pacientes referenciados, que nos vimos obrigados a operar com paramento completo, afinal, a totalidade dos nossos pacientes apresentava queixas respiratórias.*

*A primeira paciente covid que recebemos, além de trazer muito medo, por não sabermos o comportamento da doença, para minha surpresa, era mãe de um grande e muito querido amigo de faculdade. Ela, como era típico dos pacientes no início da pandemia, evoluiu mal e em poucos dias faleceu e me vi R3, cirurgiã torácica em início de formação, fragilizada pela ausência da família, com medo de perdê-la, comunicando meu amigo que sua mãe havia nos deixado. Neste momento me dei conta da importância da nova família que havia criado, que foi meu amparo até o fim da tormenta e em muitos momentos mais.*

### **O MENINO QUE SOBREVIVEU**

*Dentre muitos casos marcantes, Luís (nome fictício) foi uma criança de doze anos diferente desde a sua chegada, conversava como adulto na maioria das vezes, entendia como não se espera de nenhuma criança os procedimentos que realizávamos e acabamos, ao longo do seguimento, tratando-o quase como o adulto que ele aparentava ser.*

*Diferente também era sua doença, uma extensa lesão mediastinal, com derrame pleural hemorrágico que após uma mediastinotomia anterior, tivemos o diagnóstico de Hemangioendotelioma Kaposiforme, tumor vascular raríssimo, que acomete crianças e recém-nascidos, com pouquíssimos relatos na literatura mundial e embora tenha histologia benigna, pode apresentar complicações graves.*

*Luís foi informado de seu diagnóstico e dos passos que se seguiriam, a lesão não era ressecável, porém eventualmente seriam necessárias toracocenteses para alívio do derrame e nós, que*

*fazemos isso todos os dias, por vezes nos esquecemos o quão doloroso e desagradável é o procedimento, mas Luís pouco se abalou, encarou o procedimento, o desconforto deixado pelo derrame, bem como o desconforto consequente de aliviá-lo por diversas vezes nos vários dias em que permaneceu internado.*

*Ele fez apenas dois pedidos, o primeiro que gostaria de ler Harry Potter e através de uma vaquinha nossa e da equipe da pediatria, conseguimos comprar os sete livros para ele. Em uma das visitas, Luís, com seu Harry Potter em mãos me chamou e disse*

*— Olha, tia, achei esse capítulo minha cara.*

*Era o primeiro capítulo do primeiro livro chamado “O menino que sobreviveu”.*

*Luís, embora não houvesse tratamento específico para sua condição, evoluiu bem nos primeiros dias de suporte, porém seu tumor, que de “benigno” não tinha nada, evoluiu com a complicação mais grave da condição, a síndrome de Kasabach-Merritt, que envolve trombocitopenia e coagulopatia, refratárias à transfusão, passando a fazer hemorragias frequentes. Vendo sua condição frágil, com a sabedoria muito além dos seus anos, fez o segundo pedido, que acolhêssemos sua mãe, pois, segundo ele, ela não estava pronta para perdê-lo. Nós também não estávamos.*

*Embora diferente do que desejou quando leu o primeiro capítulo de Harry Potter, Luís partiu, mas de forma tranquila, acolhido pela equipe dos cuidados paliativos e me ensinou o conceito de “alma velha”, jamais esquecerei dessa experiência.*

#### **DESPEDIDA**

*Deixar a Família Cirurgia Torácica após quase cinco anos de convívio diário foi uma das decisões profissionais mais difíceis que já tive que tomar, mas jamais esquecerei tudo que aprendi, do amor que construí e das pessoas incríveis com as quais tive o prazer de conviver e aprender ao longo destes anos.*

**R8 - Isadora Rubira Brufatto Furlan**

## **FORÇA TAREFA**

*Tudo começou com uma simples retirada de barra de Nuss. Paciente há 10 anos com a barra, desapareceu no mundo depois de colocar, não fazia mais seguimento, mas fomos atrás e conseguimos convocar para retirar. Nada que a gente não soubesse fazer, cirurgia simples, começamos sem estresse. Assim que expusemos os estabilizadores dos dois lados, partimos para retirada dos parafusos. Dois parafusos de cada lado. Começamos de um lado, retirado primeiro parafuso, agora só retirar o outro e pronto, podíamos já tirar a barra e ir para próxima cirurgia.*

*Porém na hora de retirar o segundo parafuso, percebemos que ele estava espanado. Deve ser coisa do residente, não é possível, não sabe tirar o parafuso. Tentamos o chefe, primeiro Ivana, não deu certo. Tarcísio então, e nada. Dra. Érica tentou, e nada do parafuso sair. Estava espanado mesmo. Vamos então tirar do outro lado, paciência. Tiramos o primeiro parafuso do outro lado, ok. Na hora de tirar o segundo, quem diria: espanou também.*

*Começamos a preocupação de verdade. Os dois estabilizadores presos. Começamos a tentar inventar, foi de tudo: chamamos engenharia clínica do centro cirúrgico, ortopedia, todos que sabiam de parafusos. Tentamos usar o “Bernardão”, alicate da ortopedia, e só conseguimos quebrar o equipamento. Chaves de fenda de todos tipos e tamanhos, parafusadeira, equipamento da odontologia, reza forte. Nada resolvia.*

*Só sobrou o inevitável mesmo: chamar os bombeiros. Ligamos para eles, que apesar de assustados com a história, estavam de prontidão para ajudar. Enquanto isso tentávamos de tudo.*

*Bombeiros chegaram, já pensávamos em como reduzir a possibilidade de infecção quando eles entrassem com suas chaves e equipamentos para cortar a barra e retirarmos.*

*Na hora que eles estavam na porta do centro cirúrgico, o R1 fala para Dra. Érica:*

*— Estou sentindo que se a gente tentar de novo vai dar certo.*

*E, nos últimos minutos antes de desistirmos, Dra. Érica mais uma vez tentou e, para alegria de todos nós, o parafuso saiu!*

*Não foi dessa vez que os bombeiros operaram com a gente.*

## **UMA FELIZ SURPRESA**

*Uma paciente feminina por volta dos seus 60 anos procurava nossa equipe por um caso comum, como sempre víamos: vários episódios de pneumonia em um curto período sem melhoras após tratamento. Quando fizeram sua primeira tomografia, lá estava: uma área de atelectasia. Triste para nós todos, mais um caso de câncer de pulmão que vinha sendo tratado como pneumonia. Quantos mais veríamos?*

*Lá fomos nós fazer a broncoscopia. Quando fizemos, parede do brônquio edemaciada, aparelho não passava, não víamos além da obstrução. Fizemos lavado e biopsia, demos a triste impressão à paciente e família, e aguardávamos os resultados dos exames.*

*Algumas semanas se passaram, a filha e paciente angustiadas, nos procurando para saber os próximos passos, mas para nossa “infelicidade”, o lavado e a biopsia vieram negativos.*

*Programamos então uma nova broncoscopia, agora em centro cirúrgico, precisávamos de fragmentos maiores pra diagnóstico. Nova internação, fomos lá coletar nova biopsia.*

*Entramos, só que dessa vez, a lesão estava estranha. Algo escuro, endurecido aparecia. Nunca tinha visto câncer assim. Quando chegamos perto, lá estava: não se tratava de um câncer, e sim de um corpo estranho!*

*Tiramos com a pinça e imediatamente fomos falar com a filha, super angustiada, na sala de espera.*

*Chegando de longe com o frasco contendo o corpo estranho, não foi necessário explicar nada à filha: a mesma já falou antes de qualquer coisa, ao cair no chão de felicidade:*

*— Um cravo da Índia!!!*

*Aparentemente a paciente esqueceu de nos contar que tinha hábito de chupar cravos da Índia com frequência! E foi o câncer mais facilmente tratado de toda minha residência.*

## **R 5 - Mônica Louise de Oliveira Lima**

## **APÊNDICE I: DISSERTAÇÕES E TESES DEFENDIDAS POR NOSSOS EX-RESIDENTES.**

### **ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO mestrado e doutorado**

#### **Dissertação**

**1- Alterações morfológicas do aparelho respiratório pós trilobectomia pulmonar: estudo experimental no rato através da broncografia e planimetria.** Cataneo, Antonio José Maria.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 1981

Orientador: Samuel Marek Reibscheid

#### **Tese**

**2- Alterações funcionais do aparelho respiratório pós trilobectomia pulmonar : estudo experimental no rato.** Cataneo, Antonio José Maria.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 1985

Orientador: Samuel Marek Reibscheid

### **RAUL LOPES RUIZ JÚNIOR mestrado e doutorado**

#### **Dissertação**

**3-DNA, RNA e proteínas no crescimento pulmonar compensatório. Estudo experimental no rato.** Ruiz Júnior, Raul Lopes.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 1994

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

#### **Tese**

**4-DNA, RNA e proteínas no crescimento pulmonar compensatório : estudo experimental no rato subnutrido.** Ruiz Júnior, Raul Lopes; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2002

Orientador: Antonio José Maria Catâneo

### **RINCAN KATSUHILO NAGAO mestrado**

#### **Dissertação**

**5-Auto-implante lobar pós pneumonectomia: modelo experimental em cães.** Nagao, Rincan Katsuhilo.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 1996

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

**VALMIR KUNIYOSHI mestrado**

**Dissertação**

**6-Pneumonias complicadas com empiema e ou pneumatocele em pacientes pediátricos do HC da F.M.B - Unesp.** Kuniyoshi, Valmir.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2002

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

**KARIN FRANCO PINOTI mestrado e doutorado**

**Dissertação**

**7-Utilidade da ultrassonografia no manejo do derrame pleural para-pneumônico em crianças.** Pinotti, Karin Franco.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2005

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

**Tese**

**8-Técnicas de fixação pós esternotomia mediana para prevenir complicações na cicatrização esternal revisão sistemática e metanálise.** Pinotti, Karin Franco.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2016

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

**FREDERICO HENRIQUE S. OLIVEIRA doutorado direto**

**Tese**

**9-Eficácia do tratamento cirúrgico no tórax instável : revisão sistemática e metanálise.** Oliveira, Frederico Henrique Sobral de.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2011

Orientador: Paulo Eduardo de Oliveira Carvalho

**DANIELE CRISTINA CATANEO doutorado direto**

**Tese**

**10-Testes preditores de risco cirúrgico : qual o melhor?** Cataneo, Daniele Cristina.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2005

Orientador: Shoiti Kobayasi

**ÉRICA NISHIDA HASIMOTO doutorado direto**

**Tese**

**11-Hiperidrose na cidade de Botucatu : prevalência, orientação, tratamento e qualidade de vida.** Hasimoto, Érica Nishida.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2012

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**GILMAR FELISBERTO JÚNIOR mestrado e doutorado**

**Dissertação**

**12-Tratamento cirúrgico comparado ao tratamento clínico na miastenia gravis : revisão sistemática e metanálise.** Felisberto Júnior, Gilmar.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2015

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

**Tese**

**13-Simpatectomia torácica para o tratamento da hiperidrose axilar primária revisão sistemática e metanálise proporcional.** Felisberto Júnior, Gilmar.; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2020

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**GRACILENE PINHEIRO SILVA mestrado**

**Dissertação**

**14-Via torácica comparada à via abdominal na abordagem da ruptura diafragmática traumática revisão sistemática e metanálise proporcional.** Silva, Gracilene

Pinheiro; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu.2016

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

**TARCÍSIO ALBERTIN DOS REIS mestrado e doutorado**

**Dissertação**

**15-Efetividade da plasmaférese no pré-operatório de timectomia em pacientes com miastenia gravis - revisão sistemática e metanálise.** Reis, Tarcísio Albertin dos; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2018

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**Tese**

**16-Timectomia ampliada versus timectomia simples para tratamento de Miastenia Gravis revisão sistemática e metanálise.** Reis, Tarcísio Albertin dos; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2022

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**AGLÁIA MOREIRA GARCIA XIMENES mestrado e aluna do doutorado**

**Dissertação**

**17-Estudo epidemiológico das neoplasias pulmonares submetidas a tratamento cirúrgico e das inoperáveis ao diagnóstico.** Ximenes, Agláia Moreira Garcia; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2019

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**IVANA TEIXEIRA DE AGUIAR mestrado e aluna do doutorado**

**Dissertação**

**18-Análise dos procedimentos utilizados na correção das estenoses traqueais adquiridas.** Aguiar, Ivana Teixeira de; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2021

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**ISADORA RUBIRA FURLAN mestrado**

**Dissertação**

**19-Corpo estranho em árvore traqueobrônquica Análise clínica e radiológica de todos os casos em quarenta e cinco anos de história.** Furlan, Isadora Rubira; Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2022  
Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

**RODRIGO PIRES DE SOUZA LIMA mestrado**

**20-Doenças congênitas dos pulmões: Casuística do HC-FMB-Unesp.** Souza Lima, Rodrigo Pires, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2020  
Orientadora: Daniele Cristina Cataneo  
Coorientador: Antônio José Maria Cataneo

**ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR mestrado e doutorado**

**Dissertação**

Universidade Federal de São Paulo

**21- Análise retrospectiva dos pacientes operados com malformações torácicas,** Ano de Obtenção: 2006  
Orientador: Prof. Dr. Vicente Forte.

**Doutorado**

Universidade Federal de São Paulo

**22- Efetividade da oxibutinina no tratamento de mulheres com hiperidrose plantar persistente após simpatectomia videotoracoscópica,** Ano de obtenção: 2012.  
Orientador: Luiz Eduardo Villaça Leão  
Coorientador: Adauto Castelo Filho

**ANA RACHEL KOURY MARINHO mestrado**

**23- Eficácia da timectomia minimamente invasiva para tratamento da miastenia gravis: revisão sistemática e metanálise.** Marinho, Ana Rachel Koury, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2023

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

Coorientadores: Érica Nishida Hasimoto e Tércicio Albertin dos Reis

**MONICA LOUISE DE OLIVEIRA LIMA mestrado**

**24- Traqueostomia cirúrgica versus traqueostomia percutânea em pacientes com covid-19: revisão sistemática e metanálise.** Oliveira Lima, Monica Louise. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu. 2025

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

Coorientadora: Érica Nishida Hasimoto.

**AGLÁIA MOREIRA GARCIA XIMENES doutorado em andamento**

**25- Efetividade dos métodos utilizados para localização intraoperatória de nódulo pulmonares. Revisão sistemática e metanálise.**

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

Coorientador: Tércicio Albertin dos Reis

**IVANA TEIXEIRA DE AGUIAR doutorado em andamento**

**26- Análise das tomografias de tórax de baixa dosagem dos participantes de um programa de rastreamento de cancer de pulmão.**

Orientadora: Érica Nishida Hasimoto.

**CAIO CRUZ mestrado em andamento**

**27- Acurácia do escovado brônquico no diagnóstico de alterações pulmonares em pacientes submetidos a broncoscopia flexível.**

Orientadora: Daniele Cristina Cataneo

Coorientadora: Ivana Teixeira de Aguiar

## APÊNDICE II: ARTIGOS PUBLICADOS PELA DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA

1. Guassu RAC, Alvarez M, Reis TA, Ximenes AMG, Aguiar IT, Hasimoto EN, et al. Machine learning to differentiate malignant and non-malignant pleural effusion findings. *Curr Respir Med Rev.* 2024;21(3):227-35. doi: 10.2174/011573398X306397240903054052.
2. Cury SS, Moraes D, Oliveira JS, Freire PP, Reis PP, Batista ML, et al. Low muscle mass in lung cancer is associated with an inflammatory and immunosuppressive tumor microenvironment. *J Transl Med.* 2023;21(1):116. doi: 10.1186/s12967-023-03901-5.
3. Cury SS, Oliveira JS, Biagi-Júnior CAO, Silva WA Jr, Reis PP, Cabral-Marques O, et al. Transcriptional profiles and common genes link lung cancer with the development and severity of COVID-19. *Gene.* 2023;852:147047. doi: 10.1016/j.gene.2022.147047.
4. Souza VGP, Forder A, Brockley LJ, Pewarchuk ME, Telkar N, Araújo RP, et al. Liquid biopsy in lung cancer: biomarkers for the management of recurrence and metastasis. *Int J Mol Sci.* 2023;24(10):8894. doi: 10.3390/ijms24108894.
5. Henriques DP, Martins RHG, Cataneo AJM. Efficacy of injectable laryngoplasty with hyaluronic acid and/or calcium hydroxyapatite in the treatment of glottic incompetence. Systematic review and meta-analysis. *J Voice.* 2023;S0892-1997(23)00019-X. doi: 10.1016/j.jvoice.2023.01.020.
6. Zuccon A, Pereira HR, Santos SAA, Felisbino SL, Justulin LA Jr, Cataneo DC. The round ligament in developmental hip dysplasia: are its mechanical and histological properties preserved? *Acta Ortop Bras.* 2022;30(1):e235808. doi: 10.1590/1413-785220223001e235808.
7. Danieli MV, Guerreiro JPF, Vimercati TA, Mendes PHF, Miyazaki PRTK, Cataneo DC. Comparação entre viscosuplementação e plasma rico em plaquetas em lesões condrais de joelhos de pacientes jovens. *Rev Bras Ortop.* 2021;56(5):634-40. doi: 10.1055/s-0041-1724075.
8. Felisberto G, Cataneo AJM, Cataneo DC. Thoracic sympathectomy for the treatment of primary axillary hyperhidrosis: systematic review and proportional metaanalysis. *Ann Med.* 2021;53(1):1216-26. doi: 10.1080/07853890.2021.1953126.
9. Seneda AL, Lopez RML, Felix TF, Minutentag IW, Campos CF, Oliveira RA, et al. Typical lung carcinoids with metastasis: potential role of microRNAs in the regulation of adaptive immunity associated with disease: a case study. *Cell Physiol Biochem.* 2021; 55:1-12. doi: 10.33594/00000032.

10. Guerreiro JPF, Balbino JRM, Danieli MV, Queiroz AO, Cataneo DC. Intraarticular epsilon aminocaproic acid versus tranexamic acid in total knee arthroplasty. *Acta Ortop Bras.* 2021;29(6):312-5. doi: 10.1590/1413-785220212906242008.
11. Queiroga TLO, Cataneo DC, Martins RHG, Reis TA, Cataneo AJM. Mitomycin C in the endoscopic treatment of laryngotracheal stenosis: systematic review and proportional meta-analysis. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2020;24(1):e112-24. doi: 10.1055/S-0039-1700582.
12. Souza CP, Cinegaglia NC, Felix TF, Evangelista AF, Oliveira RA, Hasimoto EN, et al. Deregulated microRNAs are associated with patient survival and predicted to target genes that modulate lung cancer signaling pathways. *Cancers (Basel).* 2020;12(9):2711. doi: 10.3390/cancers12092711.
13. Tamata TSS, Schellini SA, Meneghim RLFS, Cataneo AJM. Intra-operative mitomycin-C as adjuvant therapy in external and endonasal dacryocystorhinostomy: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmol Ther.* 2020;9(2):305-19. doi: 10.1007/s40123-020-00253-x.
14. Danieli MV, Guerreiro JPF, Queiroz AO, Pereira HR, Cataneo DC. Leucocyte-poor platelet-rich plasma intra-operative injection in chondral knee injuries improves patient outcomes: a prospective randomized trial. *Int Orthop.* 2020;45(2):463-71. doi: 10.1007/s00264-020-04830-4.
15. Storti CB, Oliveira RA, Carvalho M, Hasimoto EN, Cataneo DC, Cataneo AJM, et al. Telomere-associated genes and telomeric lncRNAs are biomarker candidates in lung squamous cell carcinoma (LUSC). *Exp Mol Pathol.* 2020; 112:104354. doi: 10.1016/j.yexmp.2019.104354.
16. Hasimoto EN, Cataneo DC, Reis TA, Cataneo AJM. Hyperhidrosis prevalence and its impact on population. *Shanghai Chest.* 2019; 3:30. doi: 10.21037/shc.201.
17. Reis TA, Cataneo DC, Cataneo AJM. Clinical usefulness of prethymectomy plasmapheresis in patients with myasthenia gravis: a systematic review and meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2019;29(6):867-75. doi: 10.1093/icvts/ivz186.
18. Guerreiro JPF, Lima D, Bordignon G, Danieli MV, Queiroz AO, Cataneo DC. Platelet-rich plasma (PRP) and tranexamic acid (TXA) applied in total knee arthroplasty. *Acta Ortop Bras.* 2019;27(5):248-51. doi: 10.1590/1413-785220192705214417.
19. Hasimoto FN, Cataneo DC, Hasimoto EM, Ximenes AMG, Cataneo AJM. Radiofrequency in the treatment of primary hyperhidrosis: systematic review and meta-analysis. *Clin Auton Res.* 2020;30(2):111-20. doi: 10.1007/s10286-019-00640-w.

20. Ribeiro CH, Cataneo DC. A novel device for greater precision and safety in open wedge high tibial osteotomy: cadaveric study. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2020;140(2):203-8. doi: 10.1007/s00402-019-03300-w.
21. Lourenção PLTA, Valerini FG, Cataneo AJM, Ortolan EVP, Silveira GL, Piva MFL, et al. Barium enema revisited in the workup for the diagnosis of Hirschsprung's disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(4):e62-6. doi: 10.1097/MPG.0000000000002242.
22. Silva GP, Cataneo DC, Cataneo AJM. Thoracotomy compared to laparotomy in the traumatic diaphragmatic hernia: systematic review and proportional meta-analysis. *Acta Cir Bras.* 2018;33(1):49-66. doi: 10.1590/S0102-865020180010000006.
23. Volpato ESN, Betini M, Puga ME, Agarwal A, Cataneo AJM, Oliveira LD, et al. Strategies to optimize MEDLINE and EMBASE search strategies for anesthesiology systematic reviews: an experimental study. *Sao Paulo Med J.* 2018;136(2):103-8. doi: 10.1590/1516-3180.2017.0277100917.
24. Hasimoto EN, Cataneo DC, Reis TA, Cataneo AJM. Hyperhidrosis: prevalence and impact on quality of life. *J Bras Pneumol.* 2018;44(4):292-8. doi: 10.1590/S1806-37562017000000379.
25. Pinotti KF, Cataneo DC, Rodrigues ORR, Cataneo AJM. Closure of the sternum with anchoring of the steel wires: systematic review and meta-analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;156(1):178-86. doi: 10.1016/j.jtcvs.2018.02.033.
26. Cataneo DC, Ximenes AMG, Cataneo AJM. Mitomycin C in the endoscopic treatment of tracheal stenosis: a prospective cohort study. *J Bras Pneumol.* 2018;44(6):486-90. doi: 10.1590/S1806-37562017000000423.
27. Cataneo AJM, Cataneo DC. More wires, more time. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;156(2):714-5. doi: 10.1016/j.jtcvs.2018.03.021.
28. Rimoli CF, Martins RHG, Cataneo DC, Imamura R, Cataneo AJM. Treatment of post-intubation laryngeal granulomas: systematic review and proportional meta-analysis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018;84(6):781-9. doi: 10.1016/j.bjorl.2018.03.003.
29. Cataneo AJM, Felisberto G Jr, Cataneo DC. Thymectomy in nonthymomatous myasthenia gravis: systematic review and meta-analysis. *Orphanet J Rare Dis.* 2018;13(1):99. doi: 10.1186/s13023-018-0837-z.
30. Romero FR, Cataneo DC, Cataneo AJM. Outcome of percutaneous radiofrequency thoracic sympathectomy for palmar hyperhidrosis. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;30(3):362-6. doi: 10.1053/j.semtcvs.2018.06.003.

31. Cataneo DC, Reis TA, Felisberto G, Rodrigues OR, Cataneo AJM. New sternal closure methods versus the standard closure method: systematic review and meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2019;28(3):432-40. doi: 10.1093/icvts/ivy281.
32. Liu LM, Jiandong H, Gao J, Li S, He S, Huang J, et al. Society for Translational Medicine expert consensus on training and certification standards for surgeons and assistants in minimally invasive surgery for lung cancer. *J Thorac Dis.* 2018;10(10):5666-72. doi: 10.21037/jtd.2018.08.72.
33. Guerreiro JPF, Badaro BS, Balbino JRM, Danieli MV, Queiroz AO, Cataneo DC. Application of tranexamic acid in total knee arthroplasty: prospective randomized trial. *Open Orthop J.* 2017; 11:1049-57. doi: 10.2174/1874325001711011049.
34. Oliveira CC, Felisberto G Jr, Camolese VH, Hasimoto EN, Cataneo DC, Cataneo AJM, et al. Myelolipoma of the posterior mediastinum in a patient with chronic dyserythropoietic anemia. *Autops Case Rep.* 2016;6(3):35-9. doi: 10.4322/acr.2016.047.
35. Oliveira CC, Moraes MPT, Colby T, Felisberto G, Hasimoto EN, Cataneo DC, et al. Endobronchial solitary fibrous tumor. *Autops Case Rep.* 2016;6(4):35-40. doi: 10.4322/acr.2016.053.
36. Romero FR, Haddad GR, Miot HA, Cataneo DC. Palmar hyperhidrosis: clinical, pathophysiological, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol.* 2016;91(6):716-25. doi: 10.1590/abd1806-4841.20165358.
37. Cinegaglia NC, Andrade SCS, Tokar T, Pinheiro M, Severino FE, Oliveira RA, et al. Integrative transcriptome analysis identifies deregulated microRNA-transcription factor networks in lung adenocarcinoma. *Oncotarget.* 2016;7(20):28920-34. doi: 10.18632/oncotarget.8713.
38. Cataneo DC. How is a surgeon's experience measured? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2015;149(4):1005. doi: 10.1016/j.jtcvs.2014.12.073.
39. Magnani KL, Cataneo DC, Domingues MAC, Hasimoto EN, Evaristo TC, Cataneo AJM. Respiratory immunohistochemical study in rats exposed to cigarette smoke and alcohol. *Acta Cir Bras.* 2015;30(3):178-85. doi: 10.1590/S0102-865020150030000003.
40. Danieli MV, Guerreiro JPF, Queiroz AO, Pereira HR, Tagima S, Marini MG, et al. Diagnosis and classification of chondral knee injuries: comparison between magnetic resonance imaging and arthroscopy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016;24(5):1627-33. doi: 10.1007/s00167-015-3622-8.

41. Cataneo AJM, Cataneo DC, Oliveira FHS, Arruda KA, El Dib R, Carvalho PEO. Surgical versus nonsurgical interventions for flail chest. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(7):CD009919. doi: 10.1002/14651858.CD009919.pub2.
42. Romero FR, Cataneo DC, Cataneo AJM. C-reactive protein and vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Acta Cir Bras.* 2014;29(5):340-5. doi: 10.1590/S0102-86502014000500009.
43. Khenafes TEG, Lima JFL, Pereira RSC, Cataneo DC. Cardiorespiratory evaluation in pre and postoperative moments of laparoscopic cholecystectomy. *Acta Cir Bras.* 2014;29(1):394-9. doi: 10.1590/S0102-86502014000600008.
44. Pinotti KF, El Dib R, Cataneo DC, Rodrigues OR, Silva LR, Cataneo AJM. Sternal fixation techniques following sternotomy for preventing sternal wound complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2:CD010999. doi: 10.1002/14651858.CD010999.pub2.
45. Hasimoto CN, Cataneo DC, El Dib R, Thomazi R, Pereira RSC, Minossi JG, et al. Efficacy of surgical versus conservative treatment in esophageal perforation: a systematic review of case series studies. *Acta Cir Bras.* 2013;28(4):266-71. doi: 10.1590/S0102-86502013000400006.
46. Ambrozin ARP, Cataneo DC, Arruda KA, Cataneo AJM. Time in the stair-climbing test as a predictor of thoracotomy postoperative complications. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;145(4):1093-7. doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.09.001.
47. Ribeiro SM, Ruiz RL, Yoo HHB, Cataneo DC, Cataneo AJM. Proposal to utilize simplified Swensen protocol in diagnosis of isolated pulmonary nodule. *Acta Radiol.* 2013;54(7):757-64. doi: 10.1177/0284185113481695.
48. Arruda KA, Cataneo DC, Cataneo AJM. Surgical risk tests related to cardiopulmonary postoperative complications: comparison between upper abdominal and thoracic surgery. *Acta Cir Bras.* 2013;28(6):458-66. doi: 10.1590/S0102-86502013000600010.
49. Cataneo DC, Rodrigues OR, Hasimoto EN, Schmidt AF Jr, Cataneo AJM. Congenital lobar emphysema: 30-year case series in two university hospitals. *J Bras Pneumol.* 2013;39(4):418-26. doi: 10.1590/S1806-37132013000400004.
50. Romero FR, Ducati LG, Zanini MA, Cataneo DC, Cataneo AJM, Gabarra RC. Predicting vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage with C-reactive protein levels. *Health.* 2013;5(7):1-6. doi: 10.4236/health.2013.57A5001.
51. Magnani KL, Cataneo DC, Capelozzi VL, Defaveri J, Hasimoto EM, Cataneo AJM. Lung morphology and growth of rats exposed to tobacco smoke and alcohol. *Acta Cir Bras.* 2012;27(10):687-93. doi: 10.1590/S0102-86502012001000004.

52. Ghefter MC, Yoshida WB, Cataneo DC, Hasimoto EN, Yoshida RA, Boscardim CB, et al. Thoracic outlet syndrome – cervical rib resection through videothoracoscopic surgery. *J Vasc Bras.* 2012;11(3):219-25. doi: 10.1590/S1677-54492012000300009.
53. Cataneo AJM, Oliveira FHS, Cataneo DC, Enami LE, Carvalho PEO. Surgical versus non-surgical interventions for flail chest Protocol information. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue. Art. No.: CD009919. Citações: 2; DOI: 10.1002/14651858.CD009919
54. Pereira RSC, Hasimoto CN, Pelafsky L, Llanos JC, Cataneo DC, Spadella CT, et al. Intestinal healing in rats submitted to ethanol ingestion. *Acta Cir Bras.* 2012;27(3):236-43. doi: 10.1590/S0102-86502012000300006.
55. Sérvio TC, Pereira RSC, Cataneo DC. Study on functional cardiorespiratory changes after laparoscopic Nissen fundoplication. *Acta Cir Bras.* 2012;27(7):499-504. doi: 10.1590/S0102-86502012000700012.
56. Silva PG, Cataneo DC, Leite F, Hasimoto EN, Barros GAM. Intrapleural analgesia after endoscopic thoracic sympathectomy. *Acta Cir Bras.* 2011;26(6):508-13. doi: 10.1590/S0102-86502011000600017.
57. Cataneo DC, Kobayasi S, Carvalho LR, Paccanaro RC, Cataneo AJM. Accuracy of six minute walk test, stair test and spirometry using maximal oxygen uptake as gold standard. *Acta Cir Bras.* 2010;25(2):194-200. doi: 10.1590/S0102-86502010000200013.
58. Pancieri MVC, Cataneo DC, Montovani JC, Cataneo AJM. Comparison between actual and predicted postoperative stair-climbing test, walk test and spirometric values in patients undergoing lung resection. *Acta Cir Bras.* 2010;25(6):535-40. doi: 10.1590/S0102-86502010000600014.
59. Oliveira FHS, Cataneo DC, Ruiz RL Jr, Cataneo AJM. Persistent pleuropulmonary air leak treated with autologous blood: results from a university hospital and review of literature. *Respiration.* 2010;79(4):302-6. doi: 10.1159/000226277.
60. Ruiz RL Jr, Oliveira FHS, Piotto BLB, Muniz FASSL, Cataneo DC, Cataneo AJM. Tratamento cirúrgico de aspergiloma pulmonar. *J Bras Pneumol.* 2010;36(6):779-83. doi: 10.1590/S1806-37132010000600016.
61. Yoshida WB, Cataneo DC, Bomfim GAZ, Hasimoto EN, Cataneo AJM. Chemical lumbar sympathectomy in plantar hyperhidrosis. *Clin Auton Res.* 2010;20(2):113-5. doi: 10.1007/s10286-009-0047-9.

62. Coelho LS, Tanni SE, Ribeiro SM, Cataneo DC, Coletta JAD, Godoy I. Pulmonary artery sarcoma: a rare disease. *BMJ Case Rep.* 2010;2010:bcr0820080689. doi: 10.1136/bcr.08.2008.0689.
63. Cataneo DC, Ruiz RL Jr, Cataneo AJM. Tuberculose ativa em pacientes cirúrgicos com baciloscopia negativa no pré-operatório. *J Bras Pneumol.* 2009;35(9):892-8. doi: 10.1590/S1806-37132009000900011.
64. Oliveira FHS, Cataneo DC, Cataneo AJM. Hemoptise maciça. *Pneumol Paul.* 2009; 22:26-9.
65. Novaes FT, Cataneo DC, Ruiz RL Jr, Defaveri J, Michelin OC, Cataneo AJM. Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. *J Bras Pneumol.* 2008;34(8):595-600. doi: 10.1590/S1806-37132008000800009.
66. Ruiz RL Jr, Dias FG, Baida RL, Cataneo DC, Cataneo AJM. Osteocondromatose múltipla hereditária com envolvimento costal. *Rev Col Bras Cir.* 2008;35(4):277-9. doi: 10.1590/S0100-69912008000400013.
67. Cataneo AJM, Cataneo DC, Ruiz RL Jr. Management of tracheobronchial foreign body in children. *Pediatr Surg Int.* 2008;24(2):151-6. doi: 10.1007/s00383-007-2046-z.
68. Coletta JAD, Tanni SE, Coelho LS, Cataneo DC, Ribeiro SM, Godoy I. Pulmonary artery aneurism complicated by mural thrombus: a case report. *Am J Med Sci.* 2008;336(1):69. doi: 10.1097/MAJ.0b013e318178d9b1.
69. Cataneo DC, Cataneo AJM. Acurácia do teste de escada utilizando o consumo máximo de oxigênio como padrão-ouro. *J Bras Pneumol.* 2007;33(2):128-33. doi: 10.1590/S1806-37132007000200005.
70. Henry MACA, Lerco MM, Oliveira WK, Cataneo AJM, Cataneo DC, Ruiz RL Jr, et al. Perfurações esofágicas. *Arq Bras Cir Dig.* 2007;20(2):73-6. doi: 10.1590/S0102-67202007000200001.
71. Cataneo AJM, Cataneo DC. Compensatory lung growth in autologous lobar implant: experimental study in dogs. *Transplant Proc.* 2006;38(3):958-62. doi: 10.1016/j.transproceed.2006.02.032.
72. Goya A, Cataneo DC, Sartorelli AC, Ferrari GF, Defaveri J, Minicucci EM, et al. Mediastinal ganglioneuroma with lymph node metastasis in a boy presenting upper airway infection. *J Chin Clin Med.* 2006;1:328-30.
73. Kunyoshi V, Cataneo DC, Cataneo AJM. Complicated pneumonias with empyema and/or pneumatocele in children. *Pediatr Surg Int.* 2006;22(2):186-90. doi: 10.1007/s00383-005-1620-5.

74. Cataneo DC, Zuliani A, Cataneo AJM. Mediastinite de evolução incomum em portador da síndrome de hiper-IgE. *Pneumol Paul*. 2006; 34:20-3.
75. Cataneo AJM, Cataneo DC. Compensatory lung growth in autologous lobar implant after pneumonectomy in dogs. *Acta Cir Bras*. 2005;20(5):368-74. doi: 10.1590/S0102-86502005000500006.
76. Alves AFF, Souza SA, Ruiz RL Jr, Reis TA, Ximenes AMG, Hasimoto EN, et al. Combining machine learning and texture analysis to differentiate mediastinal lymph nodes in lung cancer patients. *Phys Eng Sci Med*. 2021;44(2):387-94. doi: 10.1007/s13246-021-00988-2.
77. Araújo RP, Bertoni N, Seneda AL, Felix TF, Carvalho M, Lewis KE, et al. Defining metabolic rewiring in lung squamous cell carcinoma. *Metabolites*. 2019;9(3):47. doi: 10.3390/metabo9030047.
78. Cury SS, Moraes D, Freire PP, Oliveira G, Marques DVP, Javier Fernandez G, et al. Tumor transcriptome reveals high expression of IL-8 in non-small cell lung cancer patients with low pectoralis muscle area and reduced survival. *Cancers (Basel)*. 2019;11(9):1251. doi: 10.3390/cancers11091251.
79. Almeida RAMB, Hasimoto CN, Kim A, Hasimoto EN, El Dib RP. Antibiotic prophylaxis for surgical site infection in people undergoing liver transplantation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD010164. doi: 10.1002/14651858.cd010164.pub2.
80. Almeida RAMB, Hasimoto CN, Kim A, Hasimoto EN, El Dib RP. Antibiotic prophylaxis for surgical site infection in patients undergoing liver transplantation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD010164. doi: 10.1002/14651858.CD010164.pub2.
81. Galvan CCR, Cataneo AJM. Effect of respiratory muscle training on pulmonary function in preoperative preparation of tobacco smokers. *Acta Cir Bras*. 2007;22(2):98-104. doi: 10.1590/S0102-86502007000200004.
82. Martins AS, Silva MAM, Padovani CR, Matsubara BB, Braile DM, Cataneo AJM. Myocardial protection by continuous, blood, antegrade-retrograde cardioplegia in rabbits. *Acta Cir Bras*. 2007;22(1):43-6. doi: 10.1590/S0102-86502007000100008.
81. Magnani KL, Cataneo AJM. Respiratory muscle strength in obese people and influence of upper-body fat distribution. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(4):215-9. doi: 10.1590/s1516-31802007000400004.
82. Pinotti KF, Cataneo AJM, Ribeiro SM. Thorax ultrasound in the management of pediatric pneumonias complicated with empyema. *Pediatr Surg Int*. 2006;22(10):775-8. doi: 10.1007/s00383-006-1754-0.

83. Ambrozini ARP, Cataneo AJM. Aspectos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2005;20(4):408-15.
84. Ruiz RL Jr, Carvalho LR, Cataneo AJM. Compensatory lung growth: protein, DNA and RNA lung contents in undernourished trilobectomized rats. *Acta Cir Bras.* 2005;20(3):219-24. doi: 10.1590/S0102-86502005000300005.
85. Ruiz RL Jr, Defaveri J, Cataneo AJM, Silva RC, Ribeiro SM, Barros CV. Condroma pulmonar isolado: caso incompleto da tríade de Carney? *J Bras Pneumol.* 2005;31(4):356-9. doi: 10.1590/S1806-37132005000400014.
86. Nagao RK, Cataneo AJM. Implante lobar autólogo pós pneumonectomia: modelo experimental em cães. *Acta Cir Bras.* 2005;20(4):311-6. doi: 10.1590/S0102-86502005000400009.
87. Santos PSS, Resende LAL, Fonseca RG, Lemônia L, Ruiz RL Jr, Cataneo AJM. Intercostal nerve mononeuropathy: study of 14 cases. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(3B):776-8. doi: 10.1590/s0004-282x2005000500011.
88. Cataneo AJM, Resende LAL. Tratamento cirúrgico da miastenia grave. *Bol Pneumol Paul.* 2005; 27:5-8.
89. Ruiz RL Jr, Carvalho LR, Cataneo AJM. Crescimento pulmonar compensatório (CPC): massa corpórea, conteúdo protéico e massas pulmonares em ratos subnutridos trilobectomizados. *Acta Cir Bras.* 2004;19(2):146-52. doi: 10.1590/S0102-86502004000200012.
90. Ruiz RL Jr, Cataneo AJM, Reibscheid SM, Resende LAL. Resultado da timectomia ampliada no tratamento de pacientes com miastenia gravis. *J Bras Pneumol.* 2004;30(2):115-20. doi: 10.1590/S1806-37132004000200007.
91. Castilho EC, Braz JRC, Cataneo AJM, Martins RHG, Gregório EA, Monteiro ER. Efeitos da pressão limite (25 cmH<sub>2</sub>O) e mínima de 'selo' do balonete de tubos traqueais sobre a mucosa traqueal do cão. *Rev Bras Anesthesiol.* 2003;53(6):743-55. doi: 10.1590/S0034-70942003000600006.
92. Godoy I, Leite RMP, Yoo HHB, Defaveri J, Cataneo AJM, Queluz THAT. Idiopathic pulmonary hemosiderosis with cystic lesions: a rare presentation. *Am J Med Sci.* 2000;319(6):411-3. doi: 10.1097/00000441-200006000-00012.
93. Ruiz RL Jr, Burini RC, Cataneo AJM. Compensatory lung growth: lung protein, DNA and RNA contents in trilobectomized rats. *Acta Cir Bras.* 1998;13(1):18-25. doi: 10.1590/S0102-86501998000100003.

94. Cataneo AJM, Reibscheid SM, Ruiz RL Jr, Ferrari GF. Foreign body in the tracheobronchial tree. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997;36(12):701-6. doi: 10.1177/000992289703601206.
95. Nai GA, Cataneo AJM, Defaveri J. Seminoma de mediastino. Relato de um caso e revisão da literatura. *J Bras Patol*. 1997;33(3):138-42.
96. Ruiz Jr RL, Anefalos A, Matheus AS, Reibscheid SM, Cataneo AJM. Biópsia pulmonar a céu aberto. Quando indicar? *J Bras Med*. 1997;73(3):97-106.
97. Ruiz RL Jr, Curi PR, Cataneo AJM. Compensatory lung growth: lung mass and protein content in trilobectomized rats. *Acta Cir Bras*. 1996;11(3):127-32.
98. Lang WS, Viterbo BG, Kiy Y, Nagho R, Cataneo AJM. Síndrome da veia cava superior. Avaliação cintilográfica pré e pós-radioterapia. Relato de caso. *An Paul Med Cir*. 1991;118(3-4):35-41.
99. Cataneo AJM, Reibscheid SM, Campos EP. Pulmão destruído por tuberculose. Estudo de 30 casos. *J Pneumol*. 1991;17(2):74-8.
100. Campos EP, Padovani CR, Cataneo AJM. Paracoccidiodomicose: estudo radiológico e pulmonar de 58 casos. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 1991;33(4):267-76. doi: 10.1590/S0036-46651991000400005.
101. Cataneo AJM, Ruiz RL Jr, Reibscheid SM. Corpo estranho em árvore traqueobrônquica: apresentação de 40 casos. *J Pneumol*. 1990;16(3):124-8.
102. Campos EP, Campos CEOP, Cataneo AJM. Função pulmonar comparativa da paracoccidiodomicose com a tuberculose. *J Pneumol*. 1990;16(2):62-6.
103. Campos EP, Campos CEOP, Cataneo AJM. Tuberculose pulmonar avançada: análise clínico-radiológica e funcional de 29 casos. *Folha Med*. 1989;99(3):123-5.
104. Cataneo AJM, Curi PR, Reibscheid SM. Alterações funcionais do aparelho respiratório pós-trilobectomia pulmonar: estudo experimental no rato. *J Pneumol*. 1989;15(1):1-7.
105. Cataneo AJM, Reibscheid SM. Função pulmonar no rato. *J Pneumol*. 1988;14(4):177-81.
106. Cataneo AJM, Curi PR, Reibscheid SM. Alterações morfológicas do aparelho respiratório pós-trilobectomia pulmonar: estudo experimental no rato. *J Pneumol*. 1988;14(3):121-6.
107. Cataneo AJM, Reibscheid SM. Broncografia e planimetria torácicas: estudo experimental no rato. *J Pneumol*. 1988;14(2):66-9.

108. Campos EP, Cataneo AJM. Função pulmonar na evolução de 35 doentes com paracoccidiodomicose. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 1986;28(5):330-6.
109. Campos EP, Torchio LN, Cataneo AJM, Perotti LA. Paracoccidiodomicose pulmonar agressiva, endotraqueíte estenosante e cor pulmonale subagudo: descrição de um caso. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 1986;28(3):185-9.
110. Morcelli J, Cataneo AJM, Perotti LA, Franco M. Bagaçose: relato de caso. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 1985;40(5):233-6.
111. Oliveira LC, Ruiz RL Jr, Fonseca VS. Avaliação das pressões respiratórias máximas em pacientes submetidos à esternotomia mediana e incisão póstero-lateral. *Fisioter Mov*. 1996;9(1):66-78.
112. Campos JRM, Filomeno LTB, Fernandes A, Ruiz RL Jr, Minamoto H, Werebe EC, et al. Repair of congenital sternal cleft in infants and adolescents. *Ann Thorac Surg*. 1998;66(4):1151-4. doi: 10.1016/s0003-4975(98)00596-7.
113. Calvi SA, Soares AMVC, Peraçoli MTS, Franco M, Ruiz RL Jr, Mardondes-Machado J, et al. Study of bronchoalveolar lavage fluid in paracoccidiodomycosis: cytopathology and alveolar macrophage function to gamma interferon; comparison with blood monocytes. *Microbes Infect*. 2003;5(15):1373-9. doi: 10.1016/j.micinf.2003.05.001.
114. Dias RGS, Legatti E, Rahal SC, Teixeira CR, Ruiz RL Jr, Rocha NS, et al. (Cobbold, 1876) infection in maned wolf (Illiger, 1815). *J Zoo Wildl Med*. 2012; 43:674-7.
115. Evaristo TC, Alves FCMC, Moroz A, Mion W, Acorci-Valerio MJ, Felisbino SL, et al. Light-emitting diode effects on combined decellularization of tracheae: a novel approach to obtain biological scaffolds. *Acta Cir Bras*. 2014;29(8):485-92. doi: 10.1590/S0102-86502014000800002.
116. Ruiz RL Jr, Felisberto G Jr, Tagliarini JV, Castro JH, Oliveira RC. Paratireoide ectópica supranumerária localizada no mediastino anterior. *Relat Cas Cir Rev Col Bras Cir*. 2016; 1:1-3.
117. Amorim BC, Pereira-Latini AC, Golim MA, Ruiz RL Jr, Yoo HHB, Arruda MSP, et al. Enhanced expression of NLRP3i inflammasome components by monocytes of patients with pulmonary paracoccidiodomycosis is associated with smoking and intracellular hypoxemia. *Microbes Infect*. 2020;22(3):137-43. doi: 10.1016/j.micinf.2019.11.001.
118. Pina DR, Hortencio FB, Ruiz RL Jr, Trindade Filho JCS, Alves AFF. Criação de um indicador eletrônico para acompanhamento de dose no setor de tomografia computadorizada. *Braz J Radiat Sci*. 2020;8(3):1-15. doi: 10.15392/bjrs.v8i3.1224.

119. Cury CS, Alves AFF, Mascarenhas YM, Magon MF, Ruiz RL Jr, Trindade Filho JCS, et al. Evaluation of exposure of a multidisciplinary team to ionizing radiation due to the use of fluoroscopy equipment in a surgical center. *Rev Bras Med Trab.* 2021;19(2):165-72. doi: 10.47626/1679-4435-2021-576.
120. Alves AFF, Souza SA, Ruiz RL Jr, Reis TA, Ximenes AMG, Hasimoto EN, et al. Combining machine learning and texture analysis to differentiate mediastinal lymph nodes in lung cancer. *Phys Eng Sci Med.* 2021;44(2):387-94. doi: 10.1007/s13246-021-00988-2.
121. Alves AFF, Alvarez M, Seraphim DM, Ribeiro SM, Souza SAS, Ruiz RL Jr, et al. Quality and quantity assessment of tomographic exams that can be performed on existing hybrid equipment at Botucatu Medical School Nuclear Medicine Facility. *Braz J Radiat Sci.* 2022;10(2):1-18. doi: 10.15392/bjrs.v10i2.1799.
122. Guassu RAC, Alvarez M, Reis TA, Ximenes AMG, Aguiar IT, Hasimoto EN, et al. Machine learning to differentiate malignant and non-malignant pleural effusion findings. *Curr Respir Med Rev.* 2025;21(3):227-35. doi: 10.2174/011573398X30639724090305402.

### APÊNDICE III: LIVROS ESCRITOS PELA DISCIPLINA

1. Henriques DP. Eficácia da laringoplastia de injeção (ácido hialurônico e/ou hidroxiapatita de cálcio) no tratamento de incompetência glótica: revisão sistemática e metanálise [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2022.
2. Lima RPS, Cataneo AJM, Cataneo DC. Doença cística congênita dos pulmões: cenário nacional, revisão da literatura, guia pictográfico. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2021.
3. Queiroga TLO, Cataneo AJM, Martins RHG, Cataneo DC. A mitomicina C tópica é eficaz e segura como adjuvante no tratamento endoscópico das estenoses laringotraqueais? [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1wrDaoE2NYpE4INf0nsJSTxueUF-C5p8A/view>.
4. Reis TAR, Aguiar IT, Cataneo AJM, Cataneo DC. A timectomia está indicada na miastenia gravis não timomatososa? [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1o-g-ssZBqKYakhLL7rEvIXIROEfiL5S2/view>.
5. Silva GP, Cataneo AJM, Cataneo DC. Abordagem para a ruptura diafragmática traumática [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1miyAlqA6ilkZt0nVVj2od31vmzS6gwgj/view>.
6. Vanette C, Dias NH, Cataneo AJM. A pentoxifilina é efetiva no tratamento da surdez súbita? [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1\\_\\_lqnRTxpjREFMBGdyQyci2VRNUfYnok/view](https://drive.google.com/file/d/1__lqnRTxpjREFMBGdyQyci2VRNUfYnok/view).
7. Ximenes AMG, Cataneo AJM, Cataneo DC. O câncer de pulmão é prevalente e subdiagnosticado. Quando devemos suspeitar dele? Proposta de protocolo de investigação [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1z6PawCBoBiIGTiNKA84bxDyoueWEdWli/view?pli=1>.
8. Rimoli CF, Cataneo AJM, Cataneo DC, Martins RHG. Tratamento de granulomas laríngeos decorrentes de intubação endotraqueal [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1L\\_gMnITMmayTkRqsHsNNoQ0MVpmceD7b/view](https://drive.google.com/file/d/1L_gMnITMmayTkRqsHsNNoQ0MVpmceD7b/view).

9. Bissoli AB, Romero FR, Tagliarini V, Cataneo AJM. Tratamento cirúrgico da doença degenerativa cervical por via anterior [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019 [citado 0 Jan 2000]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1dirjSgPasVXVF6DFNDYyRut9pJyh2DV-/view>.
10. Reis TA, Cataneo DC, Cataneo AJM. É necessária a plasmaferese no pré-operatório de timectomia em pacientes com miastenia gravis? Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018.
11. Deienno FS, Sardenberg T, Cataneo AJM. É necessário suspender antitrombóticos orais em cirurgia da mão ou do punho? Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018. <http://solusite.com.br/site-hc/wp-content/uploads/2022/01/Meparem-5-ProfCataneo.pdf>, se for referenciar com o site, precisa inserir [Internet] após o título, data de citação após o ano e “disponível em:” antes do link.
12. Siqueira TF, Tagliarini JV, Cataneo AJM. É necessária a monitorização do nervo laríngeo recorrente em tireoidectomias? Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018. <http://solusite.com.br/site-hc/wp-content/uploads/2022/01/Meparem-3final-ProfCataneo.pdf>, se for referenciar com o site, precisa inserir [Internet] após o título, data de citação após o ano e “disponível em:” antes do link.
13. Sousa TTS, Schellini TSA, Meneghim RFLS, Cataneo AJM. A mitomicina C é efetiva como adjuvante no tratamento cirúrgico da obstrução lacrimal? Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018.
14. Cataneo AJM, Kobayasi, S. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

#### **APÊNDICE IV: CAPÍTULOS DE LIVROS ESCRITOS PELA DISCIPLINA**

1. Hasimoto EN, Cataneo DC, Cataneo AJM. Traqueostomias: manejo na UTI e após a alta hospitalar. In: Botter M, Faresin SM, Mariani AW. Interfaces clínico-cirúrgicas na medicina do tórax. São Paulo: Atheneu; 2015. Cap. 15, p. 181-9.
2. Ribeiro MFS, Sampaio MEG, Godoy I, Cataneo DC. Adenocarcinoma. In: Saad R Jr, Arakaki JSO, Gonçalves R, Polonio IB. Ligas Acadêmicas de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Estado de São Paulo. São Paulo: Atheneu; 2015. Cap. 68, p. 511-22.
3. Cataneo DC, Pereira RSC, Henry MACA, Cataneo AJM. Perfuração esofágica. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 138-45.
4. Cataneo DC, Niero-Melo L, Resende LSR, Gaiolla RD, Hasimoto EN. Tumores do Mediastino. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 458-71.
5. Cataneo DC, Cataneo AJM. Estenose traqueal. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 56-61.
6. Cataneo DC, Cataneo AJM. Derrames pleurais benignos e malignos. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 78-90.
7. Cataneo AJM, Cataneo DC. Conduta nos principais tipos de derrame pleural. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 91-7.
8. Cataneo AJM, Cataneo DC. Corpo estranho. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 62-70.
9. Hasimoto EN, Cataneo DC, Cataneo AJM. Hemotórax. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 114-9.
10. Hasimoto EN, Cataneo DC, Cataneo AJM. Ferimentos penetrantes do tórax. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 128-37.

11. Paiva CE, Michelim OC, Cataneo DC, Cataneo AJM. Síndrome da veia cava superior. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 146-50.
12. Oliveira FHS, Cataneo DC, Cataneo AJM. Hemoptise maciça. In: Universidade Estadual Paulista. Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: Unesp; 2014. p. 71-7.
13. Minamoto H, Alfinito F, Cataneo DC, Cataneo AJM. Estenose benigna da traquéia: técnicas de tratamento endoscópico e próteses. In: Terra RM, Figueiredo VR, Meirelles GSP. Medicina torácica intervencionista. São Paulo: Atheneu; 2013. Cap. 7, p. 73-92.
14. Cataneo DC, Cataneo AJM, Costa AS, Rymkiewicz E. Diagnóstico e tratamento dos tumores do mediastino. In: Costa AS Jr, Santoro IL, Pereira JR, Fernandes PMR, Takagaki TY. Oncologia torácica. São Paulo: Atheneu; 2011. Cap. 10, p. 131-68.
15. Cataneo AJM, Henry MACA, Cataneo DC. Perfuração esofágica. In: Camargo JJ, Pinto Filho DR, editores. Tópicos de atualização em cirurgia torácica. Porto Alegre: FMO; 2011. Cap. 7, p. 496-507.
16. Henry MACA, Cataneo DC. Pós-operatório. In: Petroianu A, organizador. Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. São Paulo: Atheneu; 2010. Cap. 6, p. 93-107.
17. Cataneo DC, Cataneo AJM. Cirurgia do timo. In: Cukier A, Godoy I, Pereira MC, Fernandes PMP. Pneumologia: atualização e reciclagem. 8a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. Cap. 58, p. 523-40.
18. Cataneo AJM, Pinotti KF, Cataneo DC. Major key topics concerning role of ultrasound in pediatric pneumonias complicated with empyema. In: Rodriguez AME. Yearbook of respiratory care clinics and applied technology. Murcia: Tipografía San Francisco; 2008. p. 439-42.
19. Cataneo DC, Ruiz RL Jr, Cataneo AJM. Tratamento cirúrgico da tuberculose multiresistente e seqüelar. In: Gomes M, Faresin SM. Pneumologia: atualização e reciclagem. 7a ed. São Paulo: Roca; 2007. Cap. 52, p. 424-40.
20. Cataneo AJM. Corpo estranho em árvore traqueobrônquica. In: Faculdade de Medicina de Botucatu. Pediatria clínica. Petrópolis: EPUB; 2006. p. 599-601.
21. Cataneo AJM. Derrame pleural. In: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Pediatria clínica. Petrópolis: EPUB; 2006. p. 602-6.

22. Cataneo AJM. Empiema pleural. In: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Pediatria clínica. Petrópolis: EPUB; 2006. p. 606-9.
23. Cataneo AJM, Henry MACA. Perfuração esofágica. In: Autores do livro. Cirurgia Torácica. Local: Editora; 2006. p. 1-16. ([www.sbct.org.br/asp/principal\\_01.asp](http://www.sbct.org.br/asp/principal_01.asp)).
24. Cataneo AJM. Pneumotórax. In: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Pediatria clínica. Petrópolis: EPUB; 2006. p. 609-12.
25. Cataneo AJM, Cataneo DC, Ruiz RL Jr. Corpo estranho em vias aéreas: necessidade de intervenção cirúrgica. In: Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Atualização e reciclagem: pneumologia. Santana de Parnaíba: Vivali; 2005. p. 290-5.
26. Cataneo AJM. Derrames pleurais benignos e malignos. In: Saad R Jr, organizador. Cirurgia Torácica Geral. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p. 667-80.
27. Cataneo AJM. Tumores do mediastino. In: Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Atualização e reciclagem: pneumologia. Santana de Parnaíba: Vivali; 2005. p. 207-27.
28. Ruiz RL Jr, Reibscheid SM, Cataneo AJM. Abscessos pulmonares. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 80-6.
29. Cataneo AJM. Carcinoma brônquico. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 177-210.
30. Cataneo AJM. Corpo estranho em árvore brônquica. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 99-107.
31. Cataneo AJM, Costa AS Jr. Derrame pleural. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 53-66.
32. Cataneo AJM. Doenças congênitas dos pulmões. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 163-76.
33. Cataneo AJM. Empiema pleural. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 67-73.
34. Galvan CCR, Cataneo AJM. Fisioterapia aplicada às condições cirúrgicas. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 42-52.
35. Cataneo AJM. Função pulmonar. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 3-9.
36. Cataneo AJM. Pneumotórax. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 74-79.

37. Ruiz RL Jr, Reibscheid SM, Cataneo AJM. Traqueostomias. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 128-35.
38. Cataneo AJM, Vergínio J Jr. Traumatismo torácico. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 108-22.
39. Cataneo AJM. Tumores do mediastino. In: Kobayashi S, Cataneo AJM. Clínica cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 211-32.
40. Cataneo AJM. Doenças congênitas dos pulmões. In: Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Atualização e reciclagem: pneumologia. Santana de Parnaíba: Vivali; 2001. Cap.16, p. 1-12.
41. Cataneo AJM. Coleções fluídas no tórax: hidrotórax. In: Mussi-Pinhata MM, Ferriani VPL. Condutas em Pediatria. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 580-9.
42. Cataneo AJM. Coleções fluídas no tórax: pneumotórax. In: Mussi-Pinhata MM, Ferriani VPL. Condutas em Pediatria. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 590-5.
43. Cataneo AJM. Corpo estranho em árvore traqueobrônquica. In: Mussi-Pinhata MM, Ferriani VPL. Condutas em Pediatria. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 572-7.
44. Cataneo AJM. Corpo estranho em árvore traqueobrônquica. In: Trezza, EMC. Padronização de condutas em Pediatria. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 1993. p. 222-4.

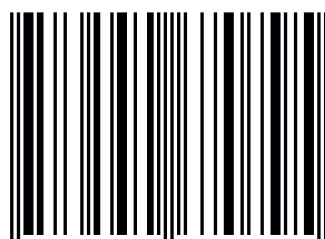
**unesp** 

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



ISBN: 978-65-5067-079-5

**BR**



9 786550 670795