



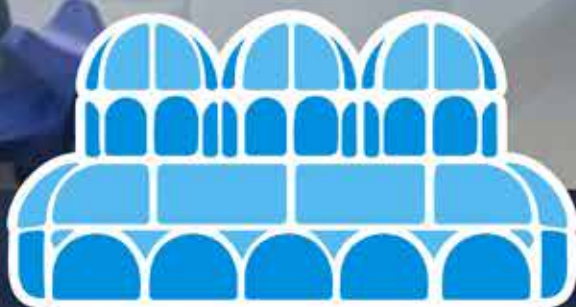
Edição 46 - Ano 2018

SOBRA news

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

16 a 19
maio
2018

Expo Unimed
Curitiba / PR



SOBRACIL 2018

14º Congresso Brasileiro de Videocirurgia

3º Congresso Brasileiro e LatinoAmericano de Cirurgia Robótica

Simpósio Internacional SRS

Editorial



Armando Melani
Presidente da Sobracil

Está chegando o SOBRACIL 2018, depois de muito trabalho nos últimos dois anos, para um congresso de alto padrão e qualificação tanto dos médicos como dos temas a serem abordados e discutidos. O evento, que será realizado de 16 a 19 de maio, na Expo UNIMED, em Curitiba, terá a participação de alguns dos melhores cirurgiões do mundo que vem compartilhar seus conhecimentos e pesquisas. Mais uma vez quero agradecer o trabalho árduo da Comissão Científica e salientar que teremos a presença de grandes nomes brasileiros e colegas estrangeiros engrandecendo a agenda científica do congresso.

Teremos diversas cirurgias laparoscópicas e robóticas ao vivo transmitidas diretamente para o Congresso, o que possibilita a interação entre os participantes e as equipes cirúrgicas.

Nesta edição, você vai saber ainda, quais os planos de Mauricio Rubinstein para sua gestão 2018/2019 à frente da SOBRACIL-RJ, terá mais informações sobre o SOBRACIL 2018 e artigos de Leandro Totti Cavazzola sobre o Treinamento em Videocirurgia e o papel da Simulação de Anderson Nassar e Marcio O. Lucas sobre Cirurgia Torácica Robótica e de Alfredo Guarischi sobre Os Inuits e a Saúde.

E continue ligado! O SOBRACIL 2018 está chegando com uma programação imperdível!

Mauricio Rubinstein

é o novo presidente da Sobracil-RJ

A SOBRACIL-RJ em sua nova gestão 2018/2019, espera manter a qualidade do trabalho desenvolvido pelo nosso ex-Presidente Delta Madureira, afirma Mauricio Rubinstein. “A confiança em nossa equipe é total e todos trabalharão para o crescimento de nossa Sociedade.

Serão desenvolvidos em 2018/19 novos projetos, especialmente na área de Cirurgia Robótica, onde muitos colegas tem demonstrado profundo interesse. A parceria com a SOBRACIL Nacional será de suma importância, a fim de estimular projetos com treinamento e certificação da cirurgia robótica.

Apoiamos a participação de alunos universitários, das Ligas Acadêmicas, para que desde a formação na Universidade, os alunos do curso básico, possam ter maior contato com a Cirurgia Minimamente Invasiva nas nossas diversas especialidades, participando e apresentando trabalhos científicos nos congressos e promovendo eventos junto à SOBRACIL- RJ.

Nosso Capítulo do Rio de Janeiro tem como principais atividades:

- 10 vídeos pizzas
- 2 cursos anuais de Videocirurgia
- 4 SOBRACIL itinerantes
- 1 congresso regional, que está tomando forma de Congresso internacional com a participação de outras Sociedades importantes e de destaque no Rio de Janeiro e outros estados”, informa Mauricio Rubinstein, novo Presidente da SOBRACIL Rio de Janeiro.



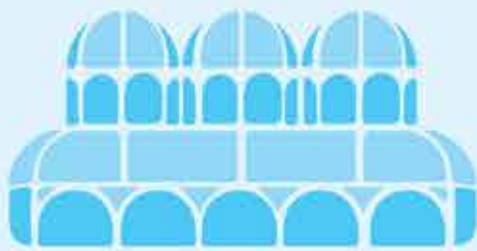
www.sobracil.org.br



SOBRA news

Edição 46 • Ano 2018





SOBRACIL 2018

14º Congresso Brasileiro de Videocirurgia 3º Congresso Brasileiro e LatinoAmericano de Cirurgia Robótica Simpósio Internacional SRS

O congresso SOBRACIL 2018 está se aproximando e nós da comissão científica e organizadora, informa Christiano Claus, esperamos recebê-los em Curitiba, de 16 a 19 de maio. Nesta edição, planejamos um evento com mais discussão e maior interatividade, permitindo uma melhor participação dos congressistas. Além disso, os destaques da programação serão as cirurgias ao vivo e demonstrações técnicas.



16 a 19
maio
2018

Expo Unimed
Curitiba / PR



As Cirurgias ao Vivo, explica Claus, são as seguintes:

- Colectomia Minilaparoscópica e Robótica Single Port
- Herniorrafia Inguinal TAPP e TEP
- Herniorrafia Ventral Laparoscópica
- Colectomia Laparoscópica e Robótica
- Gastroplastia Robótica e Laparoscópica

E as demonstrações Pseudo ao Vivo serão:

- Esofagectomia Torácica e Transhiatal
- Gastrectomia Laparoscópica e Robótica
- Pancreatectomia Parcial Robótica
- Hepatectomia Laparoscópica

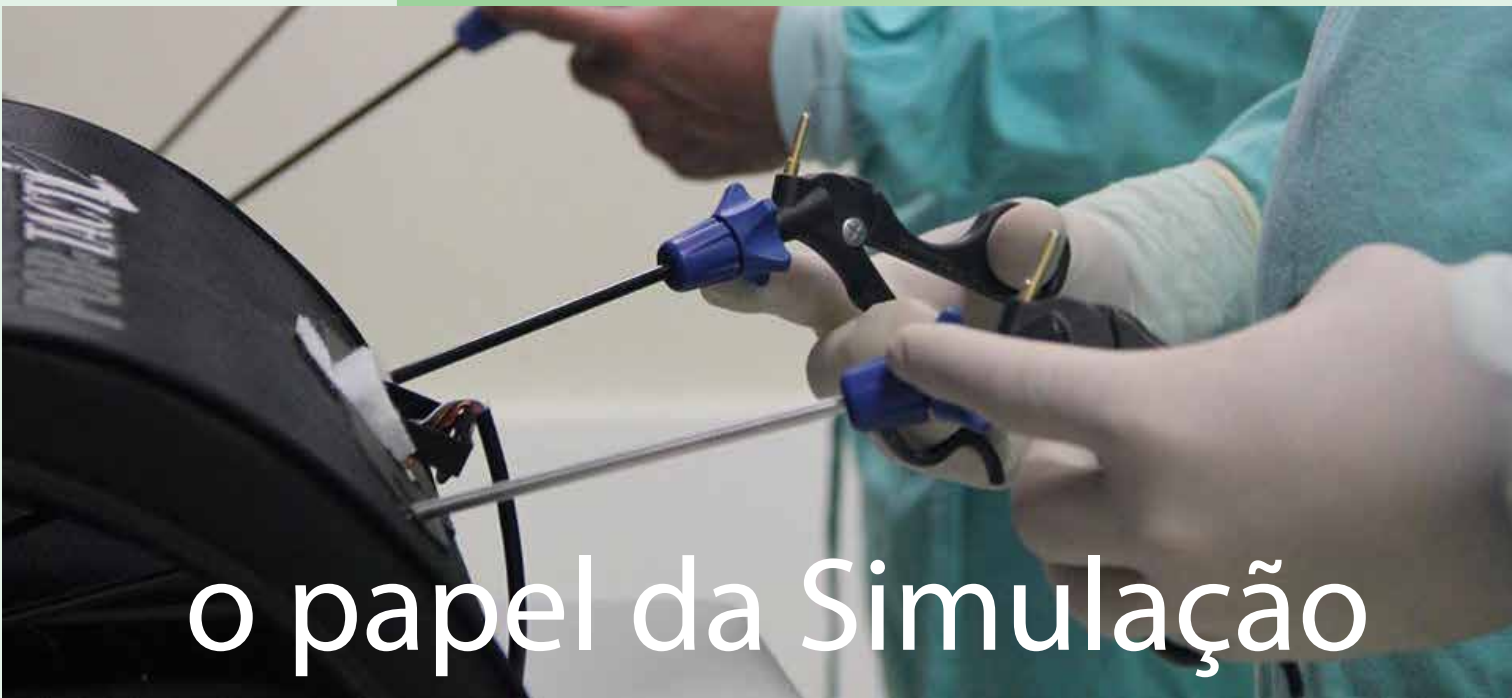
Segundo **Flávio Malcher**, este ano teremos ainda uma novidade bastante interessante: um simpósio da SRS no SOBRACIL 2018.

Uma das metas da SRS é a realização de eventos internacionais durante todo o ano e realizar este simpósio em parceria com a SOBRACIL visa diretamente o mercado da América Latina.

Com este simpósio teremos mais convidados internacionais e o sábado, dia 19 de maio, dedicado à robótica, num dia dinâmico com cirurgias ao vivo e pseudo-aovivo, com enfoque e discussão de técnicas e táticas cirúrgicas com os experts nacionais e internacionais. O simpósio da SRS será coordenado por Eduardo Parra-Davila.

E **Christiano Claus** finaliza: estamos trabalhando para um congresso de alto nível. E o programa científico já está no site www.sobracil.org.br/congresso. Acesse e confira!!

Treinamento em Videocirurgia



o papel da Simulação



Leandro Totti Cavazzola

- Professor Adjunto de Cirurgia Robótica e Simulação
- Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Chefe do Serviço de Cirurgia Geral
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Quando analisamos a utilização de diferentes ferramentas no ensino de uma determinada tarefa, a repetição prática de realizar diversas vezes aquele movimento faz com que se retenha cerca de 75% do que é ensinado. Isso é muito mais eficaz

do que ensinar alguém com uma aula magna (5% de retenção) ou mesmo demonstrar aquele procedimento com qualquer tipo de interação audiovisual (em torno de 20-30% retenção). Especialmente em procedimentos cirúrgicos, a simulação pode proporcionar este tipo de vivência ao

aluno, permitindo-o replicar em um ambiente seguro os passos técnicos que irá realizar em seus pacientes e proporcionando uma melhora na performance, quando comparada com técnicas tradicionais de ensino.

Infelizmente, nosso modelo atual de treinamento em videocirurgia

no Brasil, na maior parte das vezes, ainda compreende cursos curtos com objetivos/procedimentos específicos. Nos serviços de residência de grande parte de nosso país o treinamento supervisionado em pacientes ainda é a tônica, sem um currículo formal de treinamento prévio, o que à luz da evidência atual disponível é no mínimo antiético.

O modelo Halstediano de veja um, faça um e ensine um, não tem mais espaço no ensino da cirurgia, especialmente da videocirurgia.

Em um momento em que a quantidade de novas técnicas e materiais aumenta de forma exponencial, ao mesmo tempo em que há uma menor exposição do treinando pelo menor número de pacientes disponíveis, para que ele possa adquirir estas habilidades, a simulação surge como uma ferramenta essencial para que se possa desenvolver proficiência.

A simulação possui uma série de benefícios conhecidos e claramente documentados, como o de evitar implicações éticas associadas ao uso de modelos animais, cadáveres e tecidos. Propicia um ambiente livre de stress para o aprendiz, onde não há consequências diretas no insucesso. Dependendo de sua formatação

(por exemplo nos treinamentos em realidade virtual), possibilita a repetição sem gasto de novo material. Do ponto de vista prático permite uma avaliação objetiva da competência, pois a mesma tarefa (e não diferentes pacientes com suas diversas peculiaridades) é oferecida a que está treinando. Permite um feedback para o treinando mostrando onde ele errou e quando, propiciando crescimento quase que “imediatos”. Além disso, pode prescindir da presença de experts em alguns casos, o que sem dúvida poupa recursos e permite que o treinamento seja adequado à velocidade própria de aprendizado daquele aluno.

A videocirurgia possui uma série de peculiaridades que a tornam ainda mais difícil de ser ensinada. A visão monocular e a percepção limitada da profundidade, bem como a magnificação e o acesso fixo pelos trocateres, são diferenciais importantes quando comparada com a cirurgia convencional, e por isso também devem ser treinados especificamente.

A diminuição de graus de liberdade, o efeito fulcro, o uso de instrumentos longos amplificam o tremor e prejudicam o feedback tátil,

associados ao uso rotineiro da mão não-dominante, são características específicas dos procedimentos videocirúrgicos que precisam ser entendidos e dominados pelo cirurgião.

Há bastante tempo a simulação tem sido utilizada como pré-requisito para o início do treinamento em pacientes, inicialmente em grandes centros mas, mais modernamente como uma regra para qualquer serviço de residência em países desenvolvidos. Como exemplo mais importante pode-se citar o *Fundamentals in Laparoscopic Skill (FLS)*, programa da SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) de treinamento, que é passo obrigatório para que os residentes

de cirurgia nos Estados Unidos possam começar suas atividades em pacientes.

Neste contexto, é fundamental que a SOBRACIL, como referência nacional na área possa participar da formatação de um currículo mínimo de simulação, que deva ser exigido a todos os que estão se iniciando na videocirurgia, a fim de que possam atingir a qualificação mínima necessária para iniciar suas atividades em pacientes de forma segura e ordenada.

LEITURA SUGERIDA – www.flsprogram.org

Master K. Edgar Dale's Pyramid of Learning in medical education: A literature review. *Medical Teacher* 2013| 35: e1584-93.

Nácul MP, Cavazzola LT, de Melo MC. Current status of residency training in laparoscopic surgery in Brazil: a critical review. *Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(1):81-5



Por **Anderson Nassar** e **Marcio O. Lucas**



CIRURGIA TORÁCICA ROBÓTICA: AONDE ESTAMOS E AONDE PODEMOS CHEGAR

A tecnologia robótica foi inicialmente aplicada à Cirurgia Torácica no início dos anos 2000, sendo a primeira Lobectomia para ressecção de uma lesão tumoral relatada em 2002. Desde seu início a tecnologia foi aprimorada contando com equipamentos ainda mais modernos e sua utilização vem sendo disseminada pelo mundo.

Para que tenhamos uma ideia da proporção com que a adesão ao método acontece, dados da AATS (American Association of Thoracic Surgeons) mostravam, em 2014, 8 residentes treinados em Cirurgia Torácica Robótica nos Estados Unidos. Em 2015, esta mesma Associação registrou 20 residentes treinados na técnica.

Dados da AHRQ HCUPnet Database mostram que, se em 2009 a técnica representava 1% das ressecções nos Estados Unidos, em 2013 a Cirurgia

Torácica Robótica já representava 11% das ressecções, sendo que os 10% que aderiram à técnica utilizavam previamente a Toracotomia em suas ressecções e não tiveram, nesta transição, experiência com VATS.

Como todas as técnicas modernas a Cirurgia Robótica se deparou, em seu início, com questionamentos e resistências das mais diversas naturezas que, paulatinamente, vêm sendo contornados à medida em que aumentam as casuísticas e surgem novos trabalhos científicos que estudam o tema. Abordaremos brevemente em nossa dissertação alguns dos estudos mais reconhecidos. As indicações da técnica robótica são basicamente as mesmas que as da técnica videoassistida.

Por contar com tecnologia 3D e com braços articulados do tipo “endowrist”, a técnica robótica permite

uma visualização bastante melhor do campo operatório e uma manipulação com amplitude articular infinitamente superiores as oferecidas pelas demais técnicas.

Além da amplitude dos movimentos conferida pelos “endowrists”, que exercem uma rotação ao longo de 7 diferentes eixos, há ainda a vantagem da filtração de tremores proporcionada pelo equipamento, o que aumenta, sobremaneira, a segurança do procedimento.

A Cirurgia Robótica facilita o acesso à regiões da cavidade torácica consideradas difíceis, quando utilizamos as demais técnicas em virtude de restrições advindas da angulação de instrumental, do limite de comprimento do equipamento. Essa característica permite, por exemplo, disseções de vasos e linfadenectomias mediastinais sensivelmente mais precisas e eficazes.

Existem, atualmente, diversas modalidades de cirurgia robótica utilizando-se 3 ou 4 braços do equipamento e cada uma delas é adotada de acordo com a prática do cirurgião. Os fatores relevantes na adoção da técnica robótica são, dentre outros, a disponibilidade do equipamento e de treinamento adequado, a curva de aprendizado e, como não se pode deixar de mencionar, o custo.

O treinamento é oferecido hoje, para a Cirurgia Torácica, nos Centros de Treinamento da Intuitive Surgical Inc., na Califórnia ou em Atlanta, na Georgia, local aonde fizemos nossa preparação. Os custos do treinamento algo elevados e o acesso limitado, devem ser levados em conta quando da decisão pela adoção da técnica.

Em trabalho publicado em Janeiro de 2016, no *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, Yamashita mostra claramente, que é consenso entre os cirurgiões detentores das maiores experiências em Cirurgia Torácica Robótica que a curva de aprendizado da técnica é menor do que aquela da Cirurgia Videoassistida e vários deles citam números como 20 (Melfi et al e Gharagozloo) e 17 (Lee et al) procedimentos. Há ainda aqueles como Veronesi et al que acreditam que a curva de aprendizado seja menor do que 20 casos para o cirurgião já treinado em VATS.

Em nossa experiência, no Rio de Janeiro, achamos que a curva de

aprendizado pode, sim, ser menor do que a necessária para a VATS, porém há questões de adaptação visual, tátil e de familiarização com o equipamento que podem nela exercer impacto.

Cerfolio, R. e colaboradores no *Technologies and Techniques in Cardiothoracic and Vascular Surgery* em 2014, conclui que houve uma significativa redução da mortalidade em 30 dias e da necessidade de hemotransfusão nos pacientes operados pela técnica robótica, quando comparados com aqueles operados por VATS ou por Toracotomia. Neste mesmo estudo, foi demonstrado que nos pacientes operados pela técnica robótica houve um menor tempo de permanência hospitalar e uma menor ocorrência de escape aéreo pós-operatório, quando comparado com as demais técnicas. Estes achados foram corroborados por Michael Kent et col, no *Annals of Thoracic Surgery* em 2014.

No que concerne ao custo dos procedimentos existe, ainda, questionamento em relação ao impacto final do custo do equipamento para a instituição, que tende a ser amortizado gradativamente com o tempo. Conforme mostrado por Park e Raja Flores (Memorial Sloan -Kettering Cancer Center) no *Thoracic Surgery Clinics* em 2008, o custo de uma Lobectomia Robótica, considerando-se toda a internação, é maior do que a técnica Videoassistida, em uma diferença que oscila entre 3-4

mil dólares e menor do que as cirurgias realizadas por Toracotomia por uma diferença similar.

A análise detalhada deste trabalho nos mostra que a diferença no custo da técnica robótica deveu-se ao primeiro dia de internação, uma vez que é nesta data que são imputados os custos referentes ao equipamento.

Na análise de nossos casos, até o momento, concluímos que o custo da Cirurgia realizada pela técnica robótica foi bastante similar ao das cirurgias realizadas por VATS, sendo acrescidos da taxa referente a utilização do equipamento.

Como conclusão, gostaríamos de deixar a mensagem de que a Cirurgia Torácica Robótica já é mais um método largamente disponível em outros países e chega agora ao Brasil. Não se pretende que seja a resolução de todos os casos, será ainda um método a que poucos cirurgiões e pacientes terão acesso, devido ao investimento a ser feito pela instituição no equipamento e no treinamento de uma equipe multidisciplinar de profissionais e devido às restrições impostas pelas operadoras de saúde e pela atual conjuntura econômica.

Com todos estes "senões", é um método que se provou seguro, custo-efetivo e factível devendo, portanto, ser olhado com muita atenção e interesse por toda a comunidade de Cirurgia Torácica do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernard J. Park MD, Raja Flores, MD - Cost Comparison of Robotic, Video-Assisted Thoracic Surgery and Thoracotomy Approaches to Pulmonary Lobectomy. *Thoracic Surg Clin* 18 (2008) 297-300
- Schin-Ichi Yamashita, MD PHD, Yasuhiro Yoshida, MD PHD, Akinori Iwasaki, MD PHD *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, - Review Article - Jan 2016.
- Farinar, Alexander S. MD; Cerfolio, Robert J. MD; et col. Comparing Robotic Lung Resection With Thoracotomy and Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Cases *Technologies and Techniques in Cardiothoracic and Vascular Surgery* January/February 2014 vol. 9 - Issue 1: p 10-15



Alfredo Guarischi


Os Inuits e a saúde

O povo inuit vive em torno do Pólo Norte, o “cocuruto” de nosso planeta. São pessoas que vivem da caça e da pesca, morando em iglus - casas feitas de blocos de gelo - que permitem que a temperatura interna chegue a 16 graus centígrados, enquanto no “quintal” faz menos 40. Não chamem os inuits de esquimós, pois pode significar, pejorativamente, “comedores de carne crua”.

Morrei no Canadá e fiquei fascinado pelo povo inuit, cerca de 155 mil pessoas distribuídas, hoje, nas partes gélidas do Canadá, Alasca, Groenlândia e Sibéria.

Atualmente, três quartos dos inuits do Canadá vivem em 53 comunidades no noroeste, no Inuit Nunangat, que significa ‘lugar onde os inuits vivem’. São pouco mais de 43 mil cidadãos. Mas o censo de 2011 observou que havia mais de 7 mil vivendo em cidades, fora de Inuit Nunangat. Esse grupo, de idade média de 23 anos, é o que aumenta mais rapidamente entre as comunidades de aborígenes urbanos. São protegidos por leis especiais, para que aumentem sua participação na sociedade canadense.

A maioria prefere continuar vivendo nessa parte gelada do mundo, onde a sobrevivência não é fácil e exige trabalhar duramente, para se poder comer, construir iglus e fazer vestimentas com peles de animais. A tradição conta que os velhos, quando deixavam de contribuir com sua força física, caçando e pescando, eram colocados num iceberg flutuante, onde, abandonados, morriam de fome e frio. Outros eram fechados num iglu. Uma crueldade “justificada” pela tradição cultural, pois seguiriam para um “outro mundo” e para uma “nova vida”. Aprendi que isso é passado.



Um dia, atendi no ambulatório, em Toronto, um jovem que vencera a longa luta para superar uma grave doença. A neve e o frio eram intensos. O jovem, Ossie - talvez se chamasse Tiguax ou Yuka, não me lembro, faz muito tempo - não buscara um angakkup - o xamã de seus ancestrais - mas sim um centro médico de excelência, público, propiciado pela utilização adequada dos impostos. Residiu durante todo o seu tratamento no hotel ao lado do hospital, também custeado pelo sistema de saúde. Agora estava ansioso para voltar para sua gélida aldeia, na Baía de Hudson, bem ao norte. Iria poder cuidar de seus velhos pais e avós, o que não o impediria de reencontrar a namorada.

Ele me contou a história do abandono dos idosos atribuído aos seus antepassados:

- Um velho inuit, pouco antes de seu filho colocar o último bloco de gelo bloqueando a saída do iglu, deu-lhe a metade do peixe e do cobertor de pele de urso.

Surpreso, o primogênito perguntou a razão disso, pois, dessa forma, o pai sentiria mais fome e frio.

-Porque quero que você tenha mais para

se alimentar e se abrigar quando teu filho te deixar no teu último iglu.

Chorei. Abracei-o. Desejei-lhe saúde e um rápido retorno, para cuidar de seus idosos.

No Brasil, os que um dia cuidaram, protegeram e ensinaram os jovens continuam sendo abandonados, em "iglus tupiniquins", por filhos da política anacrônica de saúde.

Para trocar ideias sobre os tópicos apresentados nesta coluna utilize o canal "Fórum de Debates" no site da SOBRACIL.

DÊ SUA OPINIÃO. PARTICIPE!

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS



SLS



Sociedade Brasileira de
Hêmia e Parede Abdominal



SOBRA news



- Presidente: **Armando Melani**
- 1º Vice Presidente: **Flavio Malcher**
- 2º Vice-Presidente: **William Kondo**
- Secretário Geral: **Marcelo Furtado**
- Secretário Adjunto: **Leandro Totti Cavazzola**
- Tesoureiro: **Antonio Bispo Jr.**
- Tesoureiro Adjunto: **Pedro Romanell**
-- Jornalista Responsável: **Elizabeth Camarão**
- Fotografias: **Arquivo SOBRACIL**
- Design: **F.Tavares**

www.sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801 sala 308
Centro Médico Richet
Barra da Tijuca Rio de Janeiro - RJ
CEP 22631-004 - Tel: 21 2430-1608
Tel/Fax: 21 3325-7724
E-mail: sobracil@sobracil.org.br