



Edição 51 • Ano 2018

SOBRA news

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica



Editorial



Armando Melani

Presidente da Sobracil



Caros colegas,

Um dos assuntos importantes que queremos tratar, praticamente finalizando esse período da gestão, é a importância e a preocupação que a SOBRACIL tem em relação à cirurgia robótica.

No nosso país vimos um crescimento grande dessa ferramenta que está chegando aos grandes hospitais, nas diversas capitais do Brasil, algumas no interior de estados mais ricos e temos uma preocupação muito grande com os colegas que não tem acesso a essa tecnologia, como aconteceu com alguns médicos, no início da década de 90, em relação à laparoscopia.

Para que a se possa esclarecer como funciona esse treinamento hoje, uma vez que só existe uma empresa no mercado, a maior parte dos cirurgiões são treinados através de um curso estabelecido pela própria empresa. Mas esse treinamento visa unicamente à certificação do médico na manipulação do equipamento e não, necessariamente, à certificação do médico na realização do procedimento. Para que ele possa realizar o procedimento e ter suas capacidades cirúrgicas em similaridade com aquilo que ele tinha antes (videocirurgia ou cirurgia aberta) é necessário um acompanhamento com proctoria. E muitas vezes essas proctorias, que também são suportadas pelos hospitais ou, eventualmente, pelo próprio médico, não tem uma padronização da técnica a ser implementada.

Nós da SOBRACIL estamos bem preocupados com essa situação e já existe um projeto dentro da própria SOBRACIL para que se possa, no futuro muito próximo, estabelecer regras e acesso mais fácil a todos os colegas que querem realmente certificar-se em cirurgia robótica e passar a utilizar essa ferramenta para o benefício dos seus pacientes.

Acredito que nos próximos meses, todos vocês que são sócios da SOBRACIL, terão uma boa notícia neste quesito.

CONGRESSO REGIONAL DA SOBRACIL EM GOIÂNIA

A videolaparoscopia chegou ao Brasil em 1990 e desde então evoluiu vertiginosamente. A evolução é tão grande que nos sentimos perdidos no tempo se ficarmos um ano sem atualização científica.

A cidade de Goiânia teve um papel fundamental e pioneiro nessa modalidade através dos primeiros cursos com cirurgias ao vivo coordenados por Áureo Ludovico de Paula e Kiyoshi Hashiba, e permanece desde então como um polo de ensino e reciclagem, juntamente com outros centros espalhados por todo o Brasil.

O próximo Congresso Brasileiro de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica da SOBRACIL será realizado em Fortaleza em 2020 mas realizaremos em Goiânia, no segundo semestre de 2019, um evento abrangente para reunir mais uma vez no coração Brasil o que há de melhor em cirurgia minimamente invasiva no nosso país.

Uma cidade renovada, ecologicamente correta, hospitaleira, será palco mais uma vez de evento SOBRACIL para relembrar o início de tudo e discutir sobre o que há de mais novo em cirurgia minimamente invasiva.

Aguardamos todos vocês.

Luiz Henrique de Sousa

Vice-Presidente Centro-Oeste
da SOBRACIL



TRANSMISSÃO DE CIRURGIAS AO VIVO

SUA IMPORTÂNCIA, SEUS PROBLEMAS E SUA NORMATIZAÇÃO

O treinamento de cirurgiões, do internato à residência, e mesmo depois, inclui como elemento de enorme importância a observação de cirurgias ao vivo. Os cirurgiões transmitem seus conhecimentos técnicos para seus auxiliares diretos, assim como para cirurgiões que os visitam, os veem operando e aprendem suas táticas para realizar determinada técnica cirúrgica. Na residência em cirurgia os mais jovens ajudam as

cirurgias e observam os residentes mais graduados e os médicos assistentes realizando os procedimentos cirúrgicos, e assim aprendem.

O termo em inglês para a sala de cirurgia – operating theatre – denuncia a origem dessas salas, utilizadas para a demonstração e ensino de cirurgias. Quadros famosos nos mostram a forma mais popular de transmissão do conhecimento cirúrgico desde sempre – a observação direta do procedimento.



Lição de Anatomia do Dr. Tulp (tela de Rembrandt, 1632)



Anestesista William Morton, cirurgião John Warren – Boston, 1846 (Tela de Robert Hinckley, entre 1881-1896)



Seja mostrando os passos da cirurgia para pequenos grupos dentro da sala de cirurgia, como vemos nas fotografias acima, ou transmitindo para anfiteatros de todos os tamanhos (foto abaixo), não se pode negar o enorme poder de ensino dessa ferramenta. Interessante notar, nas três fotografias escolhidas ao acaso em um banco de fotos, a profunda concentração dos que assistem ao que é mostrado – não me parecem torcendo para que algo inusitado ou catastrófico ocorra durante o procedimento transmitido ao vivo – parecem-me, sim, muitíssimo focados para não perder nenhum detalhe do que lhes é demonstrado.

Os residentes de cirurgia vêm tendo cada vez menos oportunidades para operar durante o estágio – não é escopo deste trabalho avaliar suas razões – e a observação de cirurgias inteiras, em vídeos e ao vivo, auxiliam muito o aprendizado dos novos cirurgiões⁽¹⁾.

Treinamento em cadáveres e modelos animais, vivos ou em peças, têm grande função no adestramento e aprendizado dos cirurgiões, mas com efeito parcial e limitado^(2,3). Os modernos modelos de treinamento em cirurgia robótica não prescindem da observação de cirurgias ao vivo e em vídeos^(4,5,6,7), devido a sua enorme importância no aprendizado da organização da sala de operações, acoplamento dos braços robóticos, mudanças de posição dos braços robóticos durante a cirurgia, mudanças dos instrumentos, movimentos dos braços do cirurgião no console, e vários outros aspectos que somente a observação direta, no campo operatório, podem promover.

Os simuladores de cirurgias e procedimentos vem se desenvolvendo muito, para ocupar em futuro próximo papel essencial na formação e treinamento dos cirurgiões, endoscopistas, radiologistas intervencionistas; as cirurgias em animais são substituídas,



sem perda de eficácia, por peças de animais cadáveres⁽⁸⁾. Modelos realistas são usados para treinamento em cirurgia plástica, vascular, urologia^(9,10), realidade virtual⁽¹¹⁾, modelos impressos em 3D⁽¹²⁾, sistemas interativos com imagens em 3D⁽¹³⁾, e até mesmo o Facebook⁽¹⁴⁾ e outras mídias sociais⁽¹⁵⁾, mostrando que o treinamento tornar-se-á cada vez mais difundido, democrático, de fácil acesso e possivelmente mais eficaz. A importância da simulação já foi exaustivamente testada e validada em vários estudos^(16,17,18,19), mostrando que ajuda a melhorar a performance em cirurgia, treina habilidades, ajuda o cirurgião de baixo volume a manter boa performance cirúrgica, entre outros atributos.

Treino é treino, cirurgia é cirurgia, parodiando o que dizem os sábios conhecedores do nobre esporte bretão tão prezado pelos brasileiros. Ainda não dispomos de simuladores que nos permitam uma execução totalmente realista de cirurgias. Conhecer uma técnica cirúrgica, aprendida em livros, revistas ou em vídeos editados é totalmente distinto de saber realizar por completo uma cirurgia, em qualquer especialidade. Existem diversas táticas operatórias que modificam por completo o cenário da execução de uma técnica cirúrgica. Estes importantes e fundamentais detalhes somente são apreendidos pela observação direta e atenta do procedimento cirúrgico inteiro, observando os movimentos do cirurgião, as manobras operatórias, a forma de apresentar o campo para facilitar a realização da cirurgia. Um grande cirurgião do passado afirmava que “não existe cirurgia difícil, existe cirurgia mal apresentada”; exageros à parte, uma grande verdade.

É inquestionável o enorme valor do aprendizado pela observação direta de cirurgias. O acesso a essa forma de aprendizado é feito:

1. Durante a residência ou estágio, observando cirurgiões mais experientes realizando as cirurgias
2. Em visitas a centros de excelência, assistindo especialistas realizarem procedimentos específicos
3. Assistindo vídeos de cirurgias não editadas
4. Em transmissão ao vivo de cirurgias, para platéias em auditórios ou pela internet.

A residência / estágio (para aqueles que fizeram) tem finalidade precípua e é parte da formação cirúrgica propriamente dita. Para aprender novas técnicas ou aprimorar táticas, é preciso ver a cirurgia ao vivo – as visitas individuais a centros de excelência são muito utilizadas e de resultados conhecidos, mas de alcance limitado. Assistir vídeos não editados é bastante eficaz, mas não permite qualquer interação ou resolução de dúvidas.

Nesse contexto, a transmissão ao vivo de cirurgias é o instrumento mais democrático e eficaz, permitindo:

1. mostrar simultaneamente a cirurgia a um número muito grande de cirurgiões
2. chamar a atenção para pequenos detalhes técnicos que podem passar despercebidos em gravações
3. observar o movimento das mãos do cirurgião, posicionamento do paciente e da equipe cirúrgica
4. resolver dúvidas importantes, cuja solução é apreendida por todos que estão presentes ou assistindo à operação
5. troca de ideias com outros experts, com possível melhora do resultado cirúrgico em algumas situações (!).

Um exemplo provado e avaliado da eficácia da educação através de cirurgias ao vivo e vídeos foi o desenvolvimento, e posterior propagação, da conhecida técnica de excisão total do meso-reto no câncer retal, introduzida por RJHeald em 1982, e que foi o fator mais importante a impactar positivamente o resultado oncológico no tratamento do câncer do reto⁽²⁰⁾.

Entretanto, a transmissão ao vivo de cirurgias é tema contínuo de grandes controvérsias. A seguir, um resumo de importantes situações a serem solucionadas nas transmissões ao vivo⁽²⁰⁾:

FATOR PERI-OPERATÓRIO	IMPLICAÇÃO NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS AO VIVO
PRÉ-OPERATÓRIO	
Indicação da cirurgia	Critério flexível da indicação do procedimento, ou escolha de técnica alternativa
Retardo da cirurgia	Esperar pela data do evento; possíveis efeitos oncológicos adversos
Consentimento informado	Implicações pela troca de cirurgião; potencial barreira de idioma
Credenciamento	Credenciamento nacional e internacional para realizar cirurgias em outros locais
INTRA-OPERATÓRIO	
Condições do cirurgião	Efeito do cansaço da viagem, desconforto do cirurgião
Recursos e instrumentos disponíveis	Disponibilidade de equipamentos e instrumentos de pouca familiaridade; pressão de patrocinadores; barreira do idioma
Demora no procedimento	Retardo na cirurgia por explicações demoradas, espera por outros procedimentos, prolongando a anestesia
Demonstração intra-operatória	Retardo na cirurgia pela demonstração de pontos de referência manobras operatórias, aspectos técnicos importantes que podem agregar morbidade ao procedimento
PÓS-OPERATÓRIO	
Acompanhamento	Habilidade do cirurgião local de conduzir o pós-operatório
Manuseio de complicações	Ocorrência de complicações após a partida do cirurgião; dificuldade da equipe local de lidar com complicações específicas
LOGÍSTICA	
Custo	Custos de organização e da instituição para realizar a cirurgia ao vivo; custo de viagem
Recursos humanos	Coordenação da agenda local, organização da transmissão, coordenação da equipe convidada

O paciente é o mais importante fator a ser considerado: sua privacidade deve ser preservada, sua segurança garantida de todas as formas. Poucos e muito recentes estudos avaliaram o risco para o paciente em cirurgias transmitidas ao vivo, e os resultados são muito controversos: o risco encontrado foi maior⁽²¹⁾, igual⁽²²⁾ e mesmo menor⁽²³⁾. Consenso existe no valor

positivo em termos de aprendizado nas transmissões ao vivo^(24,25,26,27).

Em revisão sistemática da literatura avaliando mais de 1000 publicações disponíveis sobre o assunto⁽²⁸⁾, foram encontradas oito publicações avaliando o risco e taxa de sucesso nas operações ao vivo, com resultados iguais em sete deles, e em uma publicação o

risco e a evolução foram melhores nos casos de cirurgias ao vivo.

Sob o ponto de vista do cirurgião que realiza as cirurgias ao vivo, dois artigos avaliam algumas situações^(29,30): muito poucos cirurgiões relatam maior ansiedade ao realizarem procedimentos ao vivo; alguns referem que a falta de equipamentos e instrumentais adequados causam preocupação; barreira do idioma; cansaço de viagem prolongada. Sob o ponto de vista ético, considerações sobre alterações de concentração e ansiedade do cirurgião podem interferir negativamente no resultado da cirurgia; entretanto, quase sempre o paciente é operado por um cirurgião melhor do que o localmente disponível para realizar o procedimento⁽³⁰⁾.

Alguns autores sustentam que as cirurgias transmitidas ao vivo têm o mesmo valor didático que as chamadas pseudo-ao-vivo (transmissão integral do vídeo sem edição), comentadas pela equipe que realizou o procedimento^(31,32).

No Japão, após a ocorrência de um evento fatal durante a transmissão ao vivo de uma cirurgia cardiovascular em 2007, foram definidas normas para a realização de cirurgias ao vivo 33,34:

1. o procedimento deve ser escolhido e realizado em instituições cadastradas pelas sociedades especializadas.
2. Demonstrações ao vivo devem ser aprovadas pelas autoridades institucionais competentes
3. O ambiente da demonstração ao vivo deve permitir ao cirurgião concentrar-se na realização do procedimento.

Alguns itens são comuns a várias diretrizes normatizando as cirurgias ao vivo⁽²⁸⁾:

TEMAS COMUNS EM DIRETRIZES SOBRE CIRURGIA AO VIVO

A segurança do paciente está acima de tudo, e o cirurgião deve interromper a transmissão se esta estiver comprometida

A privacidade do paciente deve ser totalmente preservada

O consentimento informado para cirurgias ao vivo deve ser diferenciado, com itens específicos

Um moderador entre a audiência e o cirurgião deve evitar questões que distraiam a atenção do cirurgião em momentos importantes da cirurgia

O valor educacional deve exceder aquele de cirurgias pré-gravadas; estas devem ser utilizadas quando este fato não ocorre

Transmissões ao vivo devem ser realizadas a partir do hospital do cirurgião sempre que possível

O cirurgião não deve participar de transmissões com agendas rígidas que restrinjam o início e a duração da cirurgia

Transmissões ao vivo não devem ser usadas como oportunidade de comercialização para o cirurgião, instituição patrocinadora ou equipamento utilizado no procedimento

Transmissão para público geral não promove benefício educacional e não é ética

Em conclusão, o tema da transmissão de cirurgias ao vivo não está pacificado. Aspectos éticos e de segurança para o paciente ainda não estão definitivamente solucionados. Estes podem e devem ser minimizados através do emprego das condutas acima descritas. O paciente deve ter total conhecimento

do processo da transmissão da sua cirurgia ao vivo, de que o cirurgião que vai operá-lo não é o cirurgião que vai acompanhá-lo depois do procedimento, de que o ambiente cirúrgico não é o mesmo da cirurgia realizada sem a transmissão, e o consentimento informado deve contemplar estes aspectos; acredito que estes cuidados estreitam e deixam mais transparente a relação médico-paciente, e ajudam no melhor desfecho pós-operatório. A segurança do paciente está acima de tudo, e o cirurgião, o moderador e a plateia devem respeitar esta premissa em primeiro lugar. O bom senso dos que participam da transmissão define a melhor

forma de conduzir o programa da cirurgia, para garantir a total segurança do paciente e o melhor aproveitamento para a transmissão de conhecimentos.

As transmissões de procedimentos ao vivo continuarão sendo ferramenta fundamental e eficaz para o aprendizado de táticas e técnicas cirúrgicas, enquanto não puderem ser substituídas pelas futuras tecnologias de simulação.

CARLOS EDUARDO DOMENE

Professor Livre Docente de Cirurgia FMUSP

Presidente da SOBRACIL 2015-2016 / 2019-2020

BIBLIOGRAFIA

1. Nagengast ES, Ramos MS, Sarma H, Deshpande G, Hatcher K, Magee WP Jr, Campbell A - Surgical education through video broadcasting. *J Craniofac Surg.* 2014 Sep;25(5):1619-21.
2. Aboud E, Aboud G, Al-Mefty O, Aboud T, Rammos S, Abolfotoh M, Hsu SP, Koga S, Arthur A, Krisht A - "Live cadavers" for training in the management of intraoperative aneurysmal rupture. *J Neurosurg.* 2015 Nov;123(5):1339-46.
3. Stefanidis D, Yonce TC, Green JM, Coker AP - Cadavers versus pigs: which are better for procedural training of surgery residents outside the OR? *Surgery.* 2013 Jul;154(1):34-7.
4. Foote JR, Valea FA - Robotic surgical training: Where are we? *Gynecol Oncol.* 2016 Oct;143(1):179-183.
5. Buchs NC, Pugin F, Volonté F, Hagen ME, Morel P - Impact of robotic general surgery course on participants' surgical practice. *Surg Endosc.* 2013 Jun;27(6):1968-72.
6. Roser F, Pfister G, Tatagiba M, Ebner FH - Live surgery in neurosurgical training courses: essential infrastructure and technical set-up. *Acta Neurochir (Wien).* 2013 Mar;155(3):541-5.
7. Melendez MM, Dobryansky M, Alizadeh K - Live online video interviews dramatically improve the plastic surgery residency application process. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jul;130(1):240e-241e.
8. Loh CY, Wang AYL, Tiong VTY, Athanassopoulos T, Loh M, Lim P, Kao HK - Animal models in plastic and reconstructive surgery simulation-a review. *J Surg Res.* 2018 Jan;221:232-245.
9. Fuller JC, Justicz NS, Kim J, Cheney M, Castrillon R, Hadlock T - A Facial Plastic and Reconstructive Surgery Training Module Using Surgical Simulation for Capacity Building. *J Surg Educ.* 2018 Aug 6. pii: S1931-7204(18)30152-1.
10. Santangelo G, Mix D, Ghazi A, Stoner M, Vates GE, Stone JJ - Development of a Whole-Task Simulator for Carotid Endarterectomy. *Oper Neurosurg (Hagerstown).* 2018 Jun 1;14(6):697-704.
11. Cannon WD, Garrett WE Jr, Hunter RE, Sweeney HJ, Eckhoff DG, Nicandri GT, Hutchinson MR, Johnson DD, Bisson LJ, Bedi A, Hill JA, Koh JL, Reinig KD - Improving residency training in arthroscopic knee surgery with use of a virtual-reality simulator. A randomized blinded study. *J Bone Joint Surg Am.* 2014 Nov 5;96(21):1798-806.
12. Porpiglia F, Bertolo R, Checucci E, Amparore D, Autorino R, Dasgupta P, Wiklund P, Tewari A, Liatsikos E, Fiori C - Development and validation of 3D printed virtual models for robot-assisted radical prostatectomy and partial nephrectomy: urologists' and patients' perception. *World J Urol.* 2018 Feb;36(2):201-207.

- 13 • Yang Y, Guo, Yu Z, Steiner KV, Barner KE, Bauer TL, Yu J - An immersive surgery training system with live streaming capability. *Stud Health Technol Inform.* 2014;196:479-85.
- 14 • Ghanem O, Logghe HJ, Tran BV, Huynh D, Jacob B - Closed Facebook™ groups and CME credit: a new format for continuing medical education. *Surg Endosc.* 2018 Aug 13.
- 15 • Ovaere S, Zimmerman DDE, Brady RR - Social Media in Surgical Training: Opportunities and Risks. *J Surg Educ.* 2018 May 2. pii: S1931-7204(17)30866-8.
- 16 • McCannel CA, Reed DC, Goldman DR - Ophthalmic surgery simulator training improves resident performance of capsulorhexis in the operating room. *Ophthalmology.* 2013 Dec;120(12):2456-2461
- 17 • Shetty S, Zevin B, Grantcharov TP, Roberts KE, Duffy AJ - Perceptions, training experiences, and preferences of surgical residents toward laparoscopic simulation training: a resident survey. *J Surg Educ.* 2014 Sep-Oct;71(5):727-33
- 18 • Buckley CE, Kavanagh DO, Traynor O, Neary PC - Is the skillset obtained in surgical simulation transferable to the operating theatre? *Am J Surg.* 2014 Jan;207(1):146-57.
- 19 • Davies J, Khatib M, Bello F. Open surgical simulation--a review. *J Surg Educ.* 2013 Sep-Oct;70(5):618-27.
- 20 • Knol J, Bonjer J, Houben B, Wexner SD, Hompes R, Atallah S, Heald Cbe RJ, Sietses C, Chadi AS - New Paradigm of Live Surgical Education: Synchronized Deferred Live Surgery. *J Am Coll Surg.* 2018 Aug 14.
- 21 • Ruiz de Gordejuela AG, Ramos AC, Neto MG, Nora M, Torres García AJ, Sánchez Pernaute A, Gebelli JP Live surgery courses: retrospective safety analysis after 11 editions. *Surg Obes Relat Dis.* 2018 Mar;14(3):319-324.
- 22 • Misraï V, Guillot-Tantay C, Pasquié M, Bordier B, Guillotreau J, Gomez-Sancha F, Woo H, Herrmann T - Comparison of Outcomes Obtained After Regular Surgery Versus Live Operative Surgical Cases: Single-centre Experience with Green Laser Enucleation of the Prostate. *Eur Urol Focus.* 2018 Jan 17. pii: S2405-4569(18)30001-4.
- 23 • Rocco B, Grasso AAC, De Lorenzis E, Davis JW, Abbou C, Breda A, Erdogru T, Gaston R, Gill IS, Liatsikos E, Oktay B, Palou J, Piéchaud T, Stolzenburg JU, Sun Y, Albo G, Villavicencio H, Zhang X, Disanto V, Emiliozzi P, Pansadoro V - Live surgery: highly educational or harmful? *World J Urol.* 2018 Feb;36(2):171-175.
- 24 • Okuda J - [Efficacy of live demonstrations in endoscopic surgery]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 2013 May;114(3):137-40.
- 25 • Huang KJ, Cen G, Qiu ZJ, Jiang T, Cao J, Fu CY - Application of international videoconferences for continuing medical education programs related to laparoscopic surgery. *Telemed J E Health.* 2014 Feb;20(2):157-60.
- 26 • Dingemann J, Laje P, St Peter SD, Ure BM - IPEG survey on live case demonstrations in pediatric surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2012 Sep;22(7):705-9.
- 27 • Shimizu S, Kudo K, Antoku Y, Hu M, Okamura K, Nakashima N -Ten-year experience of remote medical education in Asia. *Telemed J E Health.* 2014 Nov;20(11):1021-6.
- 28 • Brunckhorst O, Challacombe B, Aboudi H, Khan MS, Dasgupta P, Ahmed K - Systematic review of live surgical demonstrations and their effectiveness on training. *Br J Surg.* 2014 Dec;101(13):1637-43.
- 29 • Khan SA, Chang RT, Ahmed K, Knoll T, van Velthoven R, Challacombe B, Dasgupta P, Rane A - Live surgical education: a perspective from the surgeons who perform it. *BJU Int.* 2014 Jul;114(1):151-8.
- 30 • Haruta S - [Ethical issues in live surgical demonstrations]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 2013 May;114(3):144-7.
- 31 • Legemate JD, Zanetti SP, Freund JE, Baard J, de la Rosette JJMCH - Surgical teaching in urology: patient safety and educational value of 'LIVE' and 'SEMI-LIVE' surgical demonstrations. *World J Urol.* 2018 Apr 21.
- 32 • Finch W, Masood J, Buchholz N, Turney BW, Smith D, Wiseman O - Would You Want to Be the Patient? "Live Surgical Broadcast" or "As-Live Unedited Surgical Broadcast". *J Endourol.* 2015 Jul;29(7):821-9.
- 33 • Ohki T - [Guidelines on live demonstrations of thoracic and cardiovascular surgery: pros and cons]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 2013 May;114(3):132-6.
- 34 • Yaku H - [Trends in live demonstrations of cardiovascular surgery in Japan and the ideal form of live demonstration]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 2013 May;114(3):128-31.

MOMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO NA CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA

Nos últimos anos uma série de estudos vem questionando o real benefício da cirurgia minimamente invasiva no tratamento de uma série de tumores, afirma Reitan Ribeiro.



O terremoto que seguiu esses pequenos abalos foi a apresentação de Pedro Ramirez (MD Anderson Cancer Center - EUA) no Congresso Americano de Ginecologia Oncológica (SGO) sobre os resultados do LACC Trial.

Primeiro e único estudo randomizado comparando a histerectomia radical minimamente invasiva (robótica ou laparoscópica) com a aberta. O estudo contou com a participação importante de centros brasileiros de reconhecida experiência com cirurgia minimamente invasiva. Para surpresa da maioria, as pacientes submetidas a cirurgia minimamente invasiva tiveram resultados significativamente piores em termos de sobrevida global e sobrevida livre de doença (3 vezes mais recidiva locorregionais).

Outro trabalho apresentado imediatamente após o LACC, ainda

no mesmo congresso, mostrou resultados semelhantes com base na análise retrospectiva de banco de dados americano (SEER). Mostrou que após a introdução da cirurgia robótica no tratamento do câncer de colo, a sobrevida média das pacientes com tumores iniciais (tipicamente tratados com cirurgia) vem piorando.

Na ASCO deste ano, um terceiro trabalho tornou a mostrar resultados semelhantes, novamente numa análise retrospectiva de outro banco de dados (National Cancer Database). Diferente dos anteriores, esse trabalho apresentou uma estratificação por tamanho: em tumores de colo com 2-4 cm a cirurgia minimamente invasiva foi pior, mas não houve diferença quando os tumores tinham menos de 2 cm. Em breve estes estudos serão publicados e seus resultados expostos de maneira mais completa.

Será um importante momento de reflexão sobre o uso da cirurgia minimamente invasiva. Não apenas para quem trata tumores ginecológicos, mas para todos que trabalham com oncologia. É importante que a leitura desses artigos seja feita despidida da paixão que todos nutrimos pela cirurgia minimamente invasiva.

A maioria de nós viveu o momento em que os estudos começaram a mostrar melhor resultado para a laparoscopia. Vimos estes serem covardemente atacados pelos amantes da cirurgia aberta. Não sejamos nós os covardes agora. Desafio os colegas a reverem suas técnicas, ainda que sejam comprovadamente melhores que a aberta, para fazê-las ainda melhor. É momento de reflexão e evolução. Podemos ignorar e continuar como estamos, ou podemos dar um passo atrás para dar dois à frente.

Referências

- P.T. Ramirez, M. Frumovitz, R. Pareja, A. Lopez, M.A. Vieira, R. Ribeiro Phase III randomized trial of laparoscopic or robotic versus abdominal radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer: LACC Trial. *Gynecologic Oncology*, Vol. 149, p245
- M.L. Chen, N.L. Keating, M.G. del Carmen, J.D. Wright, J.A. Rauh-Hain. Comparative effectiveness of minimally-invasive staging surgery in women with early-stage cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, Vol. 149, p245-246
- D.J. Margul, J. Yang, B.L. Seagle, M. Kocherginsky, S. Shahabi. Outcomes and costs of open, robotic, and laparoscopic radical hysterectomy for stage IB1 cervical cancer. *ASCO Annual meeting 2018.* "



Marcelo Loureiro

Diretor do IJP - Instituto Jacques Perissat

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA – HÉRNIALAP E OBESOLAP

Falar da velocidade das mudanças hoje é mais que lugar comum. Tudo é rápido, exponencial, disruptivo... a informação está por todos os lados, seja ela verdadeira, falsa ou os tons entre elas.

Quem pode nos ajudar a encontrar as informações relevantes? A literatura médica, sem dúvida. Mas mesmo o que está escrito nos artigos, necessita experiência e preparo técnico para ser bem interpretado.

Comida boa é comida simples, é o que dizem os maiores cozinheiros. Informação boa é informação simples, que vem direto da fonte e que pode ser confrontada em tempo real. Este é um grande desafio, o de extrair no mínimo de tempo a melhor mensagem possível, que seja capaz de efetivamente influenciar nossa atuação como cirurgiões no dia a dia.

Nossos congressos tentam, mas a necessidade de serem abrangentes os impedem de aprofundar as discussões, de extrair a essência de cada tema. São fundamentais, mas não são suficientes.

Para suprir estas lacunas, precisamos de eventos focados, práticos, com liberdade de se dizer o que se faz e o que se pensa e não o politicamente conveniente.

O IJP (Instituto Jacques Perissat) acredita neste modelo e já o testou em simpósios focados em cirurgia minimamente invasiva em hérnias. A cada 2 anos, o IJP realiza o Hernialap em Curitiba, evento específico, com cirurgias ao vivo, discussões profundas e abertas sobre temas não consensuais, liberdade real e estimulada para a participação dos ouvintes, que passam a fazer parte efetiva do processo de aprendizagem de todos. Em um evento de 3 dias, uma parte dos alunos ainda

passa pelo treinamento hands-on, que funciona então como o catalisador de todo o processo. O resultado tem sido surpreendente, com um número cada vez maior de inscritos e, sobretudo, com índices de satisfação que se aproximam dos 100%, opinião compartilhada pelos palestrantes convidados.

Este ano, ampliamos o modelo expandindo para a cirurgia bariátrica.

O primeiro Obesolap foi surpreendente. Dezenas de discussões acaloradas, de confrontos em que o objetivo não era o constrangimento, mas sim a evolução de conceitos. Finalmente, algo que sempre víamos fora do Brasil e pudemos ter o prazer de ver acontecer também aqui no Brasil: a discussão profunda das ideias, com pontos de vista diferentes e defendidos com bons argumentos. Amizades e rivalidades colocadas à parte do que interessa realmente, o conceito.

Quem participou saiu satisfeito, com aquela ótima sensação de tempo bem aproveitado!

Este é um modelo que precisa ser estimulado. A SOBRACIL e a SBH já perceberam e apoiam. Outras Sociedades devem ir pelo mesmo caminho. O Brasil tem alguns dos melhores cirurgiões do mundo. E nós podemos fazer eventos cada vez melhores e que pela qualidade chamem também a atenção dos cirurgiões de outros países. As novas edições do Hernialap e do Obesolap devem incluir tradução simultânea.

Nossa medicina não precisa imitar na educação, ela pode também apresentar uma solução própria para nossas necessidades e por que não, inovar.

CIRURGIA ROBÓTICA EM MINAS GERAIS

A cirurgia robótica não é novidade. Em 2000, com o lançamento do Da Vinci, tornou-se parte do indumentário cirúrgico no mundo, segundo Pedro Romanelli. “Em 2008 as primeiras plataformas robóticas chegaram ao Brasil e pouco tempo depois a SOBRACIL incorporou a técnica e passou a ser a sociedade que mais estimulou a educação continuada nesta área, mas apenas em 2016 foi possível viabilizar a cirurgia robótica em Minas Gerais.



Pedro Romanelli

Hoje, das mais de 40 plataformas robóticas no país, três estão em Belo Horizonte. Acreditamos que em breve novas plataformas irão chegar na capital do estado e provavelmente em algumas cidades do interior.

Com várias equipes já muito familiarizadas com a cirurgia minimamente invasiva e com cirurgões experientes em videocirurgia, tem sido muito rápido o crescimento da técnica no estado. Já temos mais de 700 cirurgias já realizadas na cidade, e este número tem aumentado exponencialmente, apesar dos desafios dos custos que envolvem a técnica.

Assim como em quase todos os Serviços no resto do mundo, as cirurgias urológicas são as mais frequentes, mas cirurgias do aparelho digestivo, proctológicas e ginecológicas já fazem parte da rotina dos hospitais que dispõem desta tecnologia, além das cirurgias da parede abdominal e cirurgias torácicas, colocando Minas no cenário nacional destas especialidades.

Atualmente já existem mais de 50 cirurgões certificados no estado e alguns já atuando como replicadores do treinamento (procto), ensinando e fazendo a técnica crescer de maneira segura e responsável.

No dia 08 de dezembro, a SOBRACIL MG irá realizar o 3º Congresso Mineiro de Cirurgia Robótica, estimulando cada vez mais o desenvolvimento da cirurgia robótica no estado e permitindo grande troca de experiência entre os Serviços.

O robô demorou a conseguir atravessar as montanhas de Minas, mas promete crescer rapidamente e aumentar ainda mais a tradição dos mineiros na cirurgia minimamente invasiva brasileira”, finaliza Pedro Romanelli.

HOSPITAL ILUMINA DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER



*A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2050 metade da população esteja diante do diagnóstico de câncer. Mas, segundo a **Dra Adriana Brasil**, é possível enfrentarmos esta previsão com tranquilidade e otimismo. O câncer tem cura.*

No Estado de São Paulo, prossegue Adriana, “que é considerado centro de excelência em serviços de saúde especializada, 83% dos casos de câncer são diagnosticados no estágio IV, avançado, com taxas de cura reservadas, em torno de 37%, em 5 anos, se considerarmos os mais comuns, de mama e próstata.

A prevenção através da conscientização do cidadão, do autocuidado, é capaz de inverter este quadro e identificar os casos avançados mais precocemente, podendo chegar a 80% no estágio I, inicial, com taxas de cura de 95%, em 5 anos. E isso é possível através de um movimento de união de forças da Sociedade”.

Esta é a proposta da Associação Ilumina, criada em 2008, como uma instituição filantrópica sem fins lucrativo, por iniciativa de médicos preocupados em promover a prevenção e minimizar os impactos do diagnóstico tardio do câncer. Com foco em atender especialmente a população de baixa renda, a Associação, presidida por Adriana Brasil, busca abreviar o tempo de espera entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o início do tratamento, de forma que o paciente tenha o melhor resultado e maior qualidade de vida. Atualmente a Ilumina atua na macrorregião de Piracicaba, atendendo 26 municípios.

Por ser uma demanda da realidade, em um movimento de aglutinação de pessoas de múltiplas profissões e origens que acreditaram que isso seria possível em um modelo de parceria público-privada, realizamos em média 7 mil atendimentos especializados por ano.

Mas o Projeto original, maior, veio em 2017 com o início da construção de um hospital de referência e uma Unidade Móvel de Prevenção, a fim de mapear toda a população da região.

O Hospital Ilumina de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer terá aproximadamente três mil metros quadrados de área construída em terreno de cerca de 10 mil metros quadrados, localizado no bairro Residencial Altos do Taquaral, perto do Hospital Regional e da Universidade Metodista de Piracicaba. Estão previstas quatro alas para prevenção e tratamento de câncer de mama, colo de útero, pele e boca. Haverá também espaço para no futuro ser ampliado para pacientes com câncer de intestino e pulmão, fechando assim a lista dos principais tumores.

Somando a capacidade física do hospital, com a operação de uma carreta especialmente montada para este fim, o atendimento será triplicado.

Desta forma, a Associação está prevendo o seguinte desempenho anual a partir da inauguração do hospital: 20 mil mamografias, 16.500 exames de Papanicolau, 10.370 consultas especializadas, 74.553 atendimentos, 15 mil consultas de tele dermatologia, 3 mil cirurgias ambulatoriais e aproximadamente 61.200 procedimentos especializados. O hospital deve começar a funcionar em 2019.

“E teremos mais um desafio para nossa equipe: o diagnóstico em 72 horas, explica a especialista. Sendo assim, pretendemos reduzir de 80% para 20% a porcentagem de pacientes que tem a doença detectada em estágio avançado, reduzindo o custo da saúde e otimizando o uso dos recursos.

A Associação assim se transforma em Fundação e amplia seu potencial, olhando também para nossas crianças, os adultos de 2050. Para tal, reproduziremos mais de 25 projetos em educação nas escolas e bairros tocados pelo programa de rastreamento ativo organizado. E esta corrente do bem não tem fim! Empresas de grande porte com foco na educação podem transformar a realidade através destas intervenções e estamos nos preparando para isso com a abertura destes novos projetos da Fundação.

Este é o segredo da prosperidade da Fundação. Todos são parte, são importantes e bem-vindos”, finaliza Adriana Brasil.



Alfredo Guarischi



ELETROCARDIOGRAMA

UMA BREVE HISTÓRIA

A ciência não tem fronteiras e seus pioneiros, pessoas irrequietas e curiosas, muitas vezes produzem grandes avanços ao juntar ideias e conceitos de diversos campos do conhecimento, o que os torna especialistas em generalidades.

Os responsáveis pela criação do aparelho de eletrocardiograma, instrumento que revolucionou o entendimento do funcionamento do coração, são exemplos disso.

Em 1791, o médico e físico italiano Luigi Galvani publicou um trabalho relatando como conseguiu movimentar, com estímulo elétrico, o músculo da perna de um sapo morto. Em 1820, o dinamarquês Hans Ørsted notou que podia medir as pequenas mudanças da corrente elétrica através do movimento de uma agulha, batizando o aparelho de galvanômetro, em homenagem a Galvani. Em 1842, Carlo Matteucci demonstrou que o nervo da perna de sapo, quando estimulado, poderia contrair o músculo abaixo dele. O físico francês Jonas Lippmann recebeu o prêmio Nobel de Física pela criação de um método para fazer fotografias coloridas sem utilizar pigmentos ou tinta. Em 1872, ele também criou um método revolucionário que, através de um tubo de vidro fino preenchido por mercúrio e banhado com ácido sulfúrico – eletrômetro capilar – podia medir a corrente elétrica pelo movimento da coluna de mercúrio; esse movimento era projetado num papel fotosensível, permitindo uma documentação permanente.

Em 1887, Augustus Waller, um fisiologista britânico, criou o primeiro aparelho de eletrocardiograma usando

um eletrômetro capilar e eletrodos colocados no peito de um voluntário, demonstrando que uma atividade elétrica precedia a contração do coração. O brilhante médico e fisiologista holandês Willem Einthoven pesquisou por anos um método não invasivo para estudar o funcionamento do coração. Em 1901, obteve o eletrocardiograma conectando fios no pé e nas mãos do voluntário dentro de um balde com uma solução de eletrólitos, ligando essas três derivações a uma enorme máquina, que pesava quase 300 quilos, ocupava dois aposentos e necessitava de cinco pessoas para operá-la. Seu esforço era para entender "... o funcionamento do coração em detalhes e a causa de uma grande variedade de anormalidades, que permitirá aliviar o sofrimento de nossos pacientes". Em 1924, recebeu o prêmio Nobel de Medicina (40 mil dólares), que dividiu com as duas irmãs de seu falecido assistente (Van der Woerd), que viviam na pobreza.

O conhecimento científico consolidado leva tempo, na velocidade possível e após intenso debate, nem sempre longe dos holofotes, da vaidade individual ou pautado por grupos econômicos. Um exemplo ocorreu com a invenção do eletrocardiograma, na qual somente após a Primeira Guerra Mundial a indústria acreditou, passando então a fabricar aparelhos mais eficientes e menores.

A ciência anda em passos largos, com novidades diárias. Mesmo assim, o médico jamais pode prescindir de conversar com o paciente e examiná-lo; também o simples eletrocardiograma mantém o seu valor. Não é saudosismo, mas realidade. Acredite!

30 MAI
01^a JUN
2019
Atlântico Búzios Hotel

Búzios



16º Congresso de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

www.sobracilrj.com.br/congresso

Realização



SOBRACIL RJ

Apoio



Organização
e Viagens



SOBRACIL 2020

15º Congresso Brasileiro de Videocirurgia
4º Congresso Brasileiro e Latinoamericano de Cirurgia Robótica

Realização



Organização e Viagens



www.sobracil.org.br/congresso

14 a 16
de maio
Fortaleza / CE
Centro de Eventos
de Ceará





SOBRA news

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON

PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS



- 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