





FOI REALIZADO DE 3 A 7 DE SETEMBRO DESTE ANO, EM MADRI, ESPANHA, O 24° CONGRESSO MUNDIAL DA IFSO – INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY AND METABOLIC DISORDERS.

Discutiram-se os principais tópicos de atualização nesta área de atuação. É sabido que a obesidade, enquanto enfermidade crônica, não é controlada somente com a cirurgia. A taxa de recidiva da obesidade é elevada, e a cirurgia pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, há espaço para a contínua busca de novos procedimentos cirúrgicos que determinem perda de peso sustentada e menores efeitos colaterais.

Procedimentos de redução do diâmetro gástrico através de suturas endoscópicas – gastroplastia endoscópica – vem somando números em busca de respostas so-

bre sua efetividade, durabilidade e indicações. Sem dúvida o futuro da cirurgia, não somente bariátrica – encontra-se em procedimentos cada vez menos invasivos, caminhando o cirurgião para tornar-se um ser híbrido entre radiologista intervencionista, endoscopista e cirurgião.

A gastrectomia vertical – sleeve gastrectomy – sacramenta sua liderança dentre as várias cirurgias para controle da obesidade, e os resultados de longo prazo surgem cada vez mais esclarecedores para um posicionamento definitivo deste procedimento. O problema do refluxo gastroesofágico após a gastrectomia vertical, sua real incidência, consequências e soluções ganham espaço na grade de programação, com posições e publicações ainda sem consenso.

Novas cirurgias – derivações intestinais pós gastrectomia verti-

cal - como a SADI, ou derivações gástricas com uma única anastomose - OAGB (entre outras denominações), vem ganhando adeptos e os resultados ainda iniciais têm sido apresentados, mas merecendo ainda maior amadurecimento para melhor compreensão de suas indicações e resultados. Os riscos de desnutrição ou maus resultados, no desvio intestinal, e o risco do refluxo biliar para o estômago foram contemplados no programa do congresso, mas também não há consenso ou informações definitivas.

A SOBRACIL continua ativa em suas regionais, promovendo cursos locais e treinamento avançado em laparoscopia, cumprindo sua missão de divulgar as melhores práticas em laparoscopia, promover e treinar para capacitação mais uniforme de nossos cirurgiões.

Abraço a todos!

ROBÓTICA EM CRESCIMENTO EM MINAS GERAIS

A CIRURGIA ROBÓTICA ESTÁ EM FRANCO CRESCIMENTO EM MINAS GERAIS.

egundo Alexandre Resende, membro da SOBRA-CIL-MG, "há três anos entrou o primeiro sistema robótico em Belo Horizonte e hoje já são quatro robôs operando: nos Hospitais Mater Dei (modelo XI), no Vera Cruz, Vila da Serra e Hospital Felício Rocho (modelo SI), todos com um bom volume de cirurgias.

Eu, por exemplo, que trabalho muito com cirurgia geral e pacientes oncológicos, tenho feito casos cada vez com maior grau de complexidade com a utilização do robô, o que tem permitido ampliar muito as indicações de cirurgias minimamente invasivas. E estamos impressionados com a boa evolução e bons resultados que estamos obtendo.

Principalmente para os casos de maior complexidade, a cirurgia robótica traz muitas vantagens do ponto de vista técnico, como a articulação e mobilidade dos instrumentos, a questão da postura, a facilidade para reconstrução dos tecidos, entre outras, o que faz com que a robótica facilite vários tipos de cirurgias que a gente não faria por via laparoscópica. Algumas secções de fígado mais complexas, secções que vão precisar de alguma reconstrução biliar ou vascular, tudo isso fica muito mais fácil com a utilização do robô. Além disso, a cirurgia robótica traz maior visão, mobilidade e liberdade de movimentos. Tudo isso faz com que se tenha uma perspectiva muito boa de aumentar, cada vez mais, o número de procedimentos robóticos.

Em Minas os programas de treinamento em cirurgias robóticas tem crescido muito em diversas especialidades como urologia, coloproctologia, ginecologia, cirurgia geral e cirurgia torácica, principalmente porque os três robôs do modelo SI são ligados a uma universidade, que oferece a disciplina de cirurgia robótica, como matéria optativa, que tem sido muito procurada e se difundido bastante."



Alexandre Resende

Membro da SOBRACIL-MG



CIRURGIÃO PLÁSTICO BRASILEIRO É REFERÊNCIA INTERNACIONAL EM CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA

Marco Aurélio Faria Correa Cirurgião plástico

> cirurgião plástico Marco Aurélio Faria Correa, que há mais de 20 anos vive em Singapura e se tornou uma referência mundial em sua especialidade, tem vindo com fregüência ao Brasil para cursos e palestras sobre cirurgia minimamente invasiva para a correção da diástase dos músculos retos abdominais e explica sua técnica:

"A diástase dos músculos retos abdominais é uma doença idiopática relacionada à composição do colágeno de cada indivíduo. Ocorre em um grande número de pessoas de ambos os sexos. A situação pode ser agravada por gestações, obesidade e pelo próprio processo de envelhecimento.

A diástase dos músculos retos abdominais leva a um prejuízo funcional do "core muscle", que é o conjunto muscular que envolve o abdome, região baixa das costas, glúteos, parte alta

das coxas e os músculos do assoalho pélvico, afetando muitas das funções fisiológicas, genito-urinárias, digestivas, respiratórias e do assoalho pélvico, assim como a estabilidade da coluna vertebral, podendo levar a dores nas costas, degeneração precoce da coluna vertebral e consequente prolapso/hérnias de disco.

Esta patologia afeta sintomaticamente a pelo menos 30% das mulheres que tem filhos e o tratamento é cirúrgico na maioria dos casos. O tratamento fisioterápico só poderá ajudar a um número limitado de casos de pacientes com diástase dos retos do abdome de graus leve ou moderado. O fortalecimento da musculatura abdominal, principalmente do músculo transverso abdominal, quando não propriamente conduzida, muitas vezes até piora a distensão da linha alba. O tratamento fisioterápico é muito útil somente após o tratamento cirúrgico para promover reeducação postural e fortalecimento da musculatura.

O tratamento cirúrgico da diástase dos músculos abdominais pela plicatura músculo aponeurótica "on lay" sem o uso de tela é uma técnica de eficácia comprovada pelo tempo. Cirurgiões plásticos realizam esta técnica no seu dia a dia nas abdomino-plastias. Muitos estudos de follow up a médio e longo prazos por tomografia computadorizada e por ultrassonografia da parede abdominal demonstram a efetividade e longevidade do método, comparando diferentes métodos e materiais de sutura.

Desde 1989 venho realizando a plicatura músculo-aponeurótica por incisões mínimas, com auxílio de afastadores de fibra ótica (retratores com luz fria) para o tratamento de deformidades pós-gestacionais, caracterizadas por abaulamento da parede abdominal, devido a diástase dos músculos retos do abdome.

Em 1991-1992 desenvolvi um projeto de pesquisa para a adaptação dos métodos videoendoscópicos ao território subcutâneo, sem a utilização de CO2, pela criação de um instrumento de dissecção para levantamento do retalho abdominal dermo-adiposo, de retratores, porta-agulhas e instrumentos para facilitar a execução de pontos de sutura por incisões mínimas sobre visão videoendoscópica.

Em 2015 introduzi o uso do robô para realização do mesmo procedimento e, para isto, desenhei um retrator que permite o uso da cirurgia robótica subcutânea sem o uso do CO2.

O método de sutura e o tipo de fios de sutura são os mesmos em todos as técnicas: duas camadas de suturas, a primeira com pontos separados com fio de nylon 2-0 e a segunda camada feita por sutura contínua com fios de nylon 2-0 ou fios de sutura farpados. Só o que muda é a tecnologia: método aberto com retirada de pele, incisões pequenas com auxílio de afastadores de fibra ótica, subcutaneoscopia ou robótica. O não uso da tela reduz os riscos associados ao produto como rejeição, alergia ou infecção.

O uso do robô, embora adicione custos, facilita muito a execução do procedimento."

O tratamento cirúrgico da diástase dos músculos abdominais pela plicatura músculo aponeurótica "on lay" sem o uso de tela é uma técnica de eficácia comprovada pelo tempo. Cirurgiões plásticos realizam esta técnica no seu dia a dia nas abdominoplastias.







COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES INOVA COM A CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE **MULHERES** CIRURGIÃS

Colégio Brasileiro de Cirurgiões, procurando estar sempre afinado com os tempos atuais, criou este ano uma Comissão de Mulheres Cirurgiãs, que vai procurar saber quais as maiores queixas e preocupações das mulheres neste campo e buscar soluções para estas questões.

Presidido pelo cirurgião Savino Gasparini Neto, o CBC tem conseguido inovar e criar condições para a capacitação e atualização cada vez maior dos cirurgiões brasileiros, numa parceria com a SOBRACIL pela estimulação da educação continuada.

Segundo Savino, "a Comissão de Mulheres Cirurgiãs foi baseada num projeto que já existe em sociedades maiores como no Colégio de Cirurgiões Americanos, que dão muita importância a reunir mulheres cirurgias mília, plantões e uma atividade intensa no atendimento a seus pacientes."

Elizabeth Santos, membro titular e Secretária Geral do CBC, Presidente da Comissão de Residência e Presidente da Comissão de Mulheres Cirurgiãs, acrescenta: "esta comissão foi criada a partir do incentivo da Barbara Bass, presidente do exercício ante-

rior do Colégio Americano de Cirurgiões, onde já existe uma comissão de mulheres para trabalhar em favor da igualdade, partilhar ideias, dividir dificuldades, incentivar e sugerir ações que possam transformar positivamente a vida das mulheres cirurgiãs."

Falando de sua gestão neste biênio 2018/19, Gasparini prossegue: "em 2018, conseguimos a aprovação da Residência Médica em Cirurgia Geral para três anos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), um projeto do CBC desde 2010, para melhorar a qualidade na formação do cirurgião brasileiro, e a elaboração do Manual de Compliance. Fomos uma das primeiras sociedades médicas do país a criar esse documento. E criamos também o Manual de Boas Práticas, com a finalidade de orientar, padronizar e facilitar o cumprimento das rotinas de funcionamento da Sede e dos Capítulos.

Em 2019, além da comissão de mulheres, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões criou o Projeto Jovem Cirurgião, que tem o objetivo de melhorar e aproximar o jovem egresso dos programas de formação médico-cirúrgica, e o Prê-

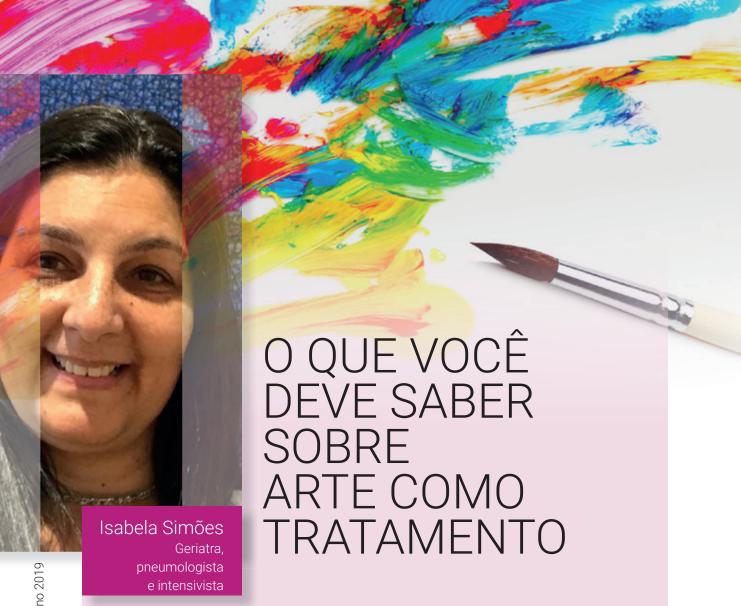
mio Jovem Cirurgião - Eugênio Américo Bueno Ferreira para incentivar o cirurgião a participar das atividades associativas, além de premiar o jovem cirurgião pela sua atuação no CBC, pela carreira acadêmica e pelo destaque obtido na prática cirúrgica.

Fizemos ainda uma parceria com o American College of Surgeons para desenvolver padrões brasileiros adequados na área de segurança e qualidade em cirurgia, ações conjuntas com a SBAIT, ACS e BCOT para organizar o atendimento dos pacientes traumatizados, além de parceria com a plataforma de revistas científicas BMJ.

E este ano nossa grande comemoração foi pelo aniversário do CBC, que chega aos 90 anos renovado, atualizado, com inúmeros projetos, o que o torna sempre mais jovem e motivado para enfrentar os enormes desafios do sistema de saúde.

Nossa eterna gratidão aos antigos líderes e suas conquistas. Com a ajuda deles chegamos até aqui mantendo o olhar firme em direção ao futuro", finaliza Gasparini.

"criamos também o Manual de Boas Práticas, com a finalidade de orientar, padronizar e facilitar o cumprimento das rotinas de funcionamento da Sede e dos Capítulos".



geriatra, pneumologista e intensivista Isabela Simões, especialista em Saúde, Educação e Arte e em História da Arte, vem coordenando um trabalho ligando a arte à saúde com ótimos resultados.

Isabela Simões explica que são vários os benefícios da interdisciplinaridade entre saúde e arte, diminuindo níveis de estresse, melhorando o padrão de sono, reduzindo casos de infecções secundárias, níveis de satisfação, uso de analgésicos e tempo de permanência internados. Já em profissionais da saúde traz melhora da comunicação, diminui a incidência de doenças laborais, de erros de conduta, maior produtividade, menores níveis de estresse, maior nível de satisfação com o emprego. E para a sociedade em geral resulta em redução de custos, melhoria da imagem das instituições, experiências mais positivas de pacientes e profissionais.

Isabela diz que de acordo com estudos já realizados, a arte vem sendo usada em muitos países para melhoria de desfechos em saúde, da satisfação dos pacientes e dos profissionais e para diminuir custos.

Em um sistema de saúde centrado na pessoa, a arte integra a saúde humana e o bem-estar e pode ser utilizada para promover o envelhecimento saudável, tratamento de doenças crônicas, suporte à reabilitação, coesão da sociedade, em especial após grandes desastres (naturais ou causados pelo homem), para aumento da resiliência dos profissionais de saúde, aumentar habilidades de observação de estudantes de saúde, diminuição de estresse e para colocar em pauta questões emocionais da profissão.

Minha experiência pessoal com este tipo de trabalho é muito gratificante: "tenho verificado em meus pacientes a melhora do humor, da cognição, da autoestima e até a maior adesão a tratamentos, já que ficam mais relaxados e mais confiantes. Tenho tido bons resultados até com pacientes cirúrgicos com um pós-operatório melhor, menor tempo de permanência internado, um comprometimento maior com tudo que vem sendo pedido pelo cirurgião no pós-operatório.

E como informação aos profissionais de saúde, existem vários tipos de terapias relacionadas à arte. A pessoa não precisa saber pintar ou ter tido qualquer experiência nestes segmentos. Ela vai sendo testada, fazendo o que gosta e, muitas vezes, surgem trabalhos muito bons, que ajudam a resgatar sua autoestima, o que acontece especialmente em idosos, com ótimos resultados.

Nosso trabalho vem ajudando muito aos geriatras, já que o Espaço ZAGUT Saúde e Arte que coordeno é multidisciplinar e oferece ainda yoga, mindfullness e meditação.

O espaço ZAGUT Saúde e Arte fica no Cassino Atlântico, em Copacabana, Rio de Janeiro, e oferece também consultas com médicos e psicológos, além da galeria de arte com diversos tipos de exposições, algumas inclusive montadas com trabalhos de nossos pacientes ou colegas médicos."

Tenho tido bons resultados até com pacientes cirúrgicos com um pósoperatório melhor, menor tempo de permanência internado, um comprometimento maior com tudo que vem sendo pedido pelo cirurgião no pósoperatório.



OS DESAFIOS DO CIRURGIÃO LAPAROSCÓPICO NO INTERIOR DO BRASIL

Luciana Guimarães Cirurgiã

Em um país de dimensões continentais e tão heterogêneo, a saúde continua sendo bastante discrepante em nosso território. A formação do cirurgião encontra-se aliada à cultura do prestígio daqueles que trabalham com técnicas avançadas, equipamentos modernos e em hospitais de excelência nas principais capitais do país. Diante disso, a diversidade da realidade nacional torna-se um dos maiores desafios do cirurgião laparoscópico no interior do Brasil", segundo a cirurgiã Luciana Guimarães.

"A introdução de novas tecnologias, prossegue Luciana, vem transformando os cuidados com a saúde e a forma como o médico se relaciona com ela e com seus pacientes. Obviamente, a laparoscopia ganha inúmeras vantagens e nítido avanço potencial com essa introdução.

Porém, no interior do país, a realidade com a qual nos deparamos é de instituições e hospitais que não têm condições e, algumas vezes, interesse em arcar com custos de compra e manutenção de tais materiais. O que acontece, na maioria das vezes, é que o próprio cirurgião (recém-saído da residência médica) precisa fazer investimentos na compra de recursos materiais para realizar cirurgias avançadas e de boa qualidade. Neste modelo a troca de instrumental e o acompanhamento de novas tecnologias permanecem limitados.

Além disso, a carência de mão-de-obra qualificada e de equipe de enfermagem em sintonia com as exigências do método, faz com que o cirurgião muitas vezes tenha que cuidar do próprio equipamento e material.

Fora das capitais existe a carência de equipe qualificada em laparoscopia, com o intuito não de apenas ajudar no ato operatório em si, mas discutir condutas e táticas necessários durante a cirurgia. Essa carência dificulta muito a atuação do cirurgião principal, que em muitos casos fica com a responsabilidade extremamente centralizada, rendimento menor, maior desgaste e limitações indesejadas.

Apesar da escassez de recursos materiais e humanos, o cirurgião laparoscópico no interior do Brasil, entre os quais me incluo, ainda consegue realizar cirurgias complexas e, apesar dessas limitações, consegue contornar muitas dificuldades com organização, preparo, qualificação pessoal e, acima de tudo, investimento, persistência e esforço."



DUAS HISTÓRIAS SOBRE AIDS

a história da medicina, algumas passagens importantes são desconhecidas ou cercadas de mistérios, até serem descobertas pela insistência de pesquisadores, ou até mesmo pelo acaso. Os roteiristas de seriados sobre medicina se desdobram para escrever histórias que surpreendam o grande público, mas a verdadeira história da medicina continua sendo mais emocionante e inédita.

Vivi o início da epidemia de AIDS, que matava em menos de dois anos quase todos os portadores da doença. Na época, eram realizadas cirurgias para remover tumores estranhos ou colher material para identificar agentes infecciosos. Com essas dúvidas, segui para o Canadá e, posteriormente, para os EUA, onde vi que o tema já era discutido até nas tevês abertas, após a descoberta do vírus HIV, em 1984.

Participando de uma sessão clínica no Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, EUA, ouvi um dos mais famosos cirurgiões oncológicos do mundo e chefe veterano questionar a razão de se operarem pacientes aidéticos, expondo a equipe cirúrgica à possibilidade de contágio com o sangue desses "pacientes condenados". O recém-empossado chefe de serviço, Dr. Murray Brennan, não se intimidou, pois era preciso entender o que ocorria com aqueles pacientes que buscavam uma chance para sobreviver.

Ao contar essa história numa palestra, fui agraciado pelo relato sobre a primeira cesariana realizada no Rio de Janeiro numa portadora de HIV, uma jovem de 24 anos de idade, em 1987. A paciente, usuária de drogas, havia sido recusada por outras maternidades e encaminhada para o Hospital Gaffrée e Guinle, no Rio de Janeiro, que estava na vanguarda do estudo dessa doença. O Chefe da Maternidade, Dr. Rogério Rocco, convocou o então estudante de medicina Luis Fernando Correa para pesquisar como proceder com a paciente, numa época sem internet. Missão dada para um estudante de medicina é uma missão que tem que ser cumprida. Essa regra jamais deveria ser mudada.

Apenas os médicos e enfermeiros voluntários atenderam a

paciente no ambulatório, e em separado, pelo receio do restante da equipe com a "paciente aidética". No momento do parto, numa sexta-feira à noite. Luis Fernando foi auxiliar do Professor Rocco na cesariana. Improvisaram grossos pijamas cirúrgicos, aventais de plástico, máscaras impermeáveis que dificultavam a respiração e óculos de mergulhador. Tudo correu bem com a mãe e com o saudável bebê, acolhido por pediatras que também estavam descobrindo como lidar com esses recém-natos. Meses depois, a mãe faleceu, e a criança foi criada pelos avós. Ser portador de HIV não significa uma sentença de morte, e essa realidade é fruto da determinação de pioneiros em vencer medos, preconceitos e contrariar as verdades passageiras da medicina.

É uma felicidade compartilhar essas histórias de médicos incríveis que desafiam o impossível na luta para salvar vidas.

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON® PART OF THE Johnson SAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS











