



Edição 059 • Ano 2019

SOBRAnews

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica





Carlos Domene
Presidente

Mais um ano de **muitas realizações** chega ao fim

Quero agradecer a todos os membros da sociedade que colaboraram para que este fosse um período de inúmeros eventos científicos locais e regionais, como sói acontecer em anos sem nosso congresso nacional. Tivemos oportunidade de realizar, participar e apoiar dezenas de encontros de todos os tamanhos e formatos.

Aconteceram encontros em todas as regiões do país, de norte a sul, demonstrando o alcance nacional de nossa sociedade, no esforço de levar treinamento e evidências científicas para o cirurgião prático, para aplicação em sua atividade cotidiana.

Os preparativos para nosso congresso brasileiro de 2020, em maio, em Fortaleza, estão bastante avançados. Será novamente uma grande oportunidade de trocarmos conhecimentos e experiências, proporcionarmos oportu-

nidade de treinamento básico e avançado, assistir inúmeras cirurgias ao vivo. Vamos nos encontrar na linda cidade de Fortaleza para fazer um evento que seja, no mínimo, tão bem-sucedido quanto foi o último em Curitiba.

A regulamentação da certificação em cirurgia robótica evoluiu muito neste ano. O CREMERJ publicou a Resolução nº 299/2019, com sugestões para a normatização do treinamento em cirurgia robótica, no qual a SOBRACIL teve participação como assessoria, que publicamos na íntegra nesta edição. A AMB e o CFM (onde também a SOBRACIL está representada) estão prestes a publicar portarias neste sentido, com maiores minúcias do que a portaria do CREMERJ. Basicamente ficará democratizado o treinamento em cirurgia robótica no Brasil, bastando cumprir as normas estabelecidas - simulação, treinamento on line, assistir cirurgias e vídeos,

realizar cirurgias com preceptoria (as horas e quantidades serão estipuladas a partir de sugestão da AMB e regulamentação final pelas sociedades de especialidades respectivas); o cirurgião não mais dependerá de autorizações de empresas, hospitais ou quaisquer outras instituições, ou fazer certificação com chancela da empresa fabricante do robô, e, a partir do cumprimento dos pré-requisitos, solicitará a certificação na sociedade de especialidade (repito, este formato está ainda em elaboração, sujeito a pequenas alterações). Mas houve enorme avanço, e em 2020 estaremos treinando sob este novo método.

**Desejamos a todos um muito
feliz final de ano, e grandes
realizações em 2020!**

Abraço forte a todos.

DIRETORIA DA SOBRACIL

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 299/2019

Dispõe sobre a necessidade de normatização de habilitação, treinamento e certificação em Cirurgia Robótica.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Federal nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos Decretos Federais nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e nº 6.821, de 14 de abril de 2009 e alterada pela Lei Federal nº 11.000, de 15 de Dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a Lei federal nº 3.268/1957, que delega aos Conselhos de Medicina o Poder Regulamentar (ou normativo) do exercício da Medicina para resguardar o perfeito desempenho desta;

CONSIDERANDO o poder normativo suplementar dos Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO a reunião da Câmara Técnica de Cirurgia do Conselho Federal de Medicina, em sua sede em Brasília, em 25 de setembro de 2019;

CONSIDERANDO a reunião realizada na sede da Associação Médica Brasileira, em São Paulo-SP, com as Sociedades de Especialidades, no dia 24 de outubro de 2019;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.221/2018, que Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.149/2016, que Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.;

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 8.516/2015, que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas e em seu art. 4º estabelece a Comissão Mista de Especialidades (CME), à qual compete definir as especialidades médicas no Brasil;

CONSIDERANDO o art. 2º da Portaria CME nº 1/2016, homologada pela Resolução CFM nº 2.148/2016, que define a competência da CME para deliberar assuntos relacionados a especialidades médicas e áreas de atuação, inclusive os oriundos das entidades que a compõem;

CONSIDERANDO a decisão da CME (AMB/CFM/CNRM) que definiu a data de 15 de abril de 1989 como marco regulatório para emissão de Registro de Qualificação de Especialista por parte do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina, com base em documentos que não sejam emitidos pela AMB ou CNRM;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.220/2018, que dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989;

CONSIDERANDO o artigo 47 do Capítulo VII do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018, que dispõe sobre a utilização de instalações e demais recursos hospitalares por médicos;

CONSIDERANDO a reunião da Câmara Técnica de Cirurgia Geral do CFM, realizada em 19 de junho de 2019, favorável a elaborar uma resolução sobre a cirurgia robótica, determinando a necessidade de ter um marco regulatório para este tipo de procedimento;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.490/1998 que dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e responsabilidades;

CONSIDERANDO a Portaria AMB nº 03, de 05 de junho de 2019, que dispõe sobre habilitação e certificação;



CONSIDERANDO, finalmente, o exposto e amplamente discutido na 147ª Sessão Plenária, realizada em 29 de outubro de 2019, e sua aprovação na 150ª Sessão Plenária Temática, realizada em 05 de novembro de 2019,

RESOLVE:

Art. 1º Estará apto a se habilitar em cirurgia robótica o profissional com Registro de Qualificação e Especialidade (RQE) em área cirúrgica.

Art. 2º Caberá às Sociedades de Especialidades filiadas à AMB definir os critérios de habilitação para o cirurgião ingressar na cirurgia robótica, observado o seguinte:

I - necessário treinamento teórico e prático para conhecimento do funcionamento e componentes da plataforma robótica a ser utilizada em cirurgia;

II - necessário treinamento mínimo em simulador;

III - necessário acompanhar presencialmente um número mínimo de cirurgias na especialidade realizadas por um cirurgião preceptor;

IV - o cirurgião receberá **habilitação provisória** após cumprir etapas estabelecidas pelas Sociedades de especialidades filiadas à AMB, onde devem constar itens estabelecidos nas alíneas anteriores;

V - necessário a realização de um número mínimo de cirurgias em conjunto (e sob supervisão) com um cirurgião preceptor;

VI - o cirurgião preceptor deve ter experiência mínima comprovada na especialidade, e sua certificação/habilitação – como cirurgião preceptor – deve também ser realizada/emitida pelas Sociedades de Especialidades/AMB;

VII - a certificação de **habilitação definitiva** deverá ser emitida pelas sociedades de especialidades filiadas à AMB após treinamento completo, o que inclui todos os incisos anteriores.

Parágrafo único. Não é obrigatório o uso de animais para treinamento.

Art. 3º O cirurgião preceptor será corresponsável, junto com o cirurgião em treinamento (responsável), por qualquer dano ao paciente ocasionado em função do ato cirúrgico em questão.

§1º O paciente deve ser informado em documento específico que o ato será realizado pelos dois cirurgiões em questão.

§2º O Diretor Técnico da instituição deve informar ao cirurgião em treinamento que o cirurgião preceptor coordenará o ato cirúrgico e documentar com as assinaturas dos envolvidos.

§3º O cirurgião preceptor tem por obrigação intervir no ato cirúrgico sempre que achar conveniente, por zelo ao paciente.

Art. 4º Toda a equipe médica envolvida na cirurgia robótica – anestesista e cirurgião assistente – deve passar também por treinamento definido pela Sociedade de Especialidade correspondente filiada à AMB.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 05 de novembro de 2019.

CONSº SYLVIO SERGIO NEVES PROVENZANO

Presidente

CONSº RICARDO FARIAS JÚNIOR

Primeiro Secretário



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 299/2019

No final da década de 80, o **DARPA**, agência americana de tecnologias militares, iniciou um projeto para permitir que soldados na frente de batalha fossem operados à distância, por cirurgiões nos Estados Unidos ou em bases aliadas. Mesmo não chegando a esse ponto, o projeto deu início à criação dos robôs cirúrgicos.

Em 1992, o **ROBODOC**, da empresa “Sistemas cirúrgicos integrados”, para esculpir com precisão encaixes em um fêmur durante uma operação para instalação de uma prótese de quadril. Ainda antes da **Intuitive** ser a referência no mercado mundial, a **Computer Motion** (empresa não mais em atividade) desenvolveu o **AESOP 1000**, associado a uma central de comando (**ZEUS**). O **AESOP** consistia de um braço robótico que podia ser usado acoplado ao Zeus ou isoladamente. Quando usado fora do Zeus servia para fazer a câmera se movimentar sob comando de voz. Este primeiro sistema robótico foi utilizado para cirurgia transcontinental, onde o cirurgião Michel Gagner (em Nova Iorque) operou um paciente em Estrasburgo, na França, auxiliado pelo cirurgião francês Jacques Marescaux.

Um grande avanço foi dado pela necessidade das Forças Armadas norte-americanas para fazerem cirurgias a distância na década de 1990, com expectativa de ter braços robóticos em hospitais próximos aos fronts, enquanto nos EUA ou em outra parte do mundo, o cirurgião principal, atuando num joystick, faria o procedimento; transmitidos por internet, esses dados iriam até o robô no campo de batalha. Porém, o projeto não foi adiante, devido às limitações na velocidade de transmissão de dados e à impossibilidade de operar no campo de batalha sem que houvesse alguém que mexesse no robô, in loco. No entanto, este projeto obteve continuidade pela empresa **Intuitive Surgical** (Sunnyvale, CA, USA), e de fato, a cirurgia robótica, como a conhecemos hoje, iniciou-se em 1999 com a criação do robô **Da Vinci®**.

Em 2000, o **Da Vinci** foi aprovado em pelo FDA (Food and Drug Administration) para utilização em pacientes. No dia 30 de março de 2008, foi realizada a primeira cirurgia no Brasil, auxiliada pelo robô **Da Vinci**. A cirurgia realizada foi uma prostatectomia urológica no Hospital Sírio Libanês (SP). Em seguida, os hospitais Albert Einstein e Nove de Julho, ambos também em São Paulo, adquiriram o equipamento.

Em 2011, primeiro ano do levantamento, haviam sido realizadas tímidas 450 cirurgias.

Em 09 de agosto de 2013, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi o primeiro hospital a disponibilizar essa cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, fato este que não contribuiu significativamente para o aumento do número de cirurgias robóticas realizadas.

Em 2014, já havia 13 sistemas desse tipo no Brasil, contabilizando um terço dos 36 robôs vendidos para a América Latina. Enquanto isso, nos Estados Unidos, o número chegou a cerca de 1,8 mil equipamentos. Além dos hospitais já citados, Oswaldo Cruz, A.C. Camargo, o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), em São Paulo, e Instituto Nacional do Câncer (Inca) e Hospital Samaritano, ambos no Rio, possuíam robôs cirúrgicos. Nos últimos 5 (cinco) anos, grandes grupos hospitalares como a Amil (atual UHG) e a Rede D’Or, impulsionaram o mercado de tal forma que até junho deste ano (2019), o Brasil é o país que mais faz cirurgia robótica na América Latina, possuindo atualmente 57 plataformas espalhadas por todas as regiões, tendo sido realizados mais de 8 (oito) mil procedimentos em todo o território nacional.

Os Robôs são considerados a terceira geração cirúrgica (cirurgia 3.0), após as cirurgias abertas (cirurgias 1.0) - que exigem grandes cortes - e as laparoscópicas (cirurgias 2.0), modalidade considerada minimamente invasiva. A tecnologia não pode ser aplicada a qualquer caso, mas já faz grande diferença em áreas como urologia, ginecologia, cirurgia geral e aparelho digestivo, operações de tórax e cabeça e pescoço. A principal característica é a precisão, permitindo que o robô realize 7 graus de movimento, enquanto a laparoscopia só é possível 4 graus. Ou seja, a tecnologia permite que o cirurgião faça movimentos que antes eram impossíveis por laparoscopia e até mesmo em cirurgia aberta. O robô analisa cerca de 1,5 mil vezes por segundo o movimento humano, corrigindo eventuais imperfeições. Chega-se tão perto que é possível ver os nervos, sem queimá-los; cada corte tem décimos de



milímetro; a imagem é produzida em HD e em 3D, além de ser possível ampliação de 10 a 15 vezes; permite a visualização de nervos e estruturas não possíveis por outro método. A ergonomia favorável ao cirurgião permite que realize cirurgias de longa duração sem o cansaço físico gerado pelas outras vias. Para os pacientes, as vantagens são: o período de internação mais curto; menor risco de infecção hospitalar; melhorias em relação à perda de sangue; redução da dose de medicamentos no pós-operatório e retorno mais rápido a tratamentos complementares bem como às atividades laborativas. Há casos de ressecção (retirada) de tumor da faringe, por exemplo, em que o tempo médio da cirurgia diminui de dez horas para uma hora e meia, o de internação cai de dez dias para um ou dois dias e o paciente volta a falar normalmente entre nove e dez dias, quando o prazo habitual é de um mês. São pouquíssimos os casos de transfusão de sangue e, menor ainda, os casos de infecção hospitalar.

Na contramão das indicações positivas de intervenções com uso da tecnologia estão: os custos, a máquina governamental e a capacitação profissional. A cirurgia robótica ainda é cara, mas os benefícios da recuperação vêm ganhando notoriedade entre médicos e pacientes e já são cinco hospitais públicos que têm essa plataforma; somente São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande Sul conseguiram disponibilizar a cirurgia em hospitais públicos, sendo preciso definir critérios para escolher quem vai passar pela cirurgia robótica. Geralmente, a escolha depende do tipo de cirurgia, da experiência dos médicos na área e da contribuição que a operação pode representar em termos de conhecimento acumulado para a instituição. O custo adicional é absorvido pelo governo.

Outro entrave no acesso das pessoas ao procedimento é que os convênios de saúde não cobrem a cirurgia. “A Agência Nacional de Saúde (ANS) define o que é cobertura obrigatória pelos planos e o robô ainda não está incluído no rol de procedimentos da ANS. E, por fim, a capacitação de profissionais se tornou um novo problema. Desde a implantação da cirurgia robótica, até praticamente o início deste ano (2019), o médico brasileiro que tinha interesse em se capacitar para cirurgia robótica precisava realizar a certificação fora do Brasil. O país ainda não disponibilizava de formação, sendo os centros de treinamentos mais próximos na Colômbia e nos Estados Unidos. Além de um curso teórico-prático, que dependendo do centro pode variar de 2 a 4 dias, faz-se necessário a realização das primeiras 10-20 cirurgias acompanhadas de um tutor/preceptor. Apesar de quase 10.000 cirurgias realizadas no país, até a presente data nenhuma regulamentação do uso desta tecnologia foi normatizada, seja pelos conselhos federal e regionais de medicina ou seja pela AMB e suas filiadas. Quem de fato está regulando isto são os hospitais e a empresa detentora da tecnologia. Nos EUA, conflitos éticos gerados impuseram sanções e multas milionárias à empresa **Intuitive Surgical**, obrigando autoridades médicas a regulamentarem a tecnologia e suas aplicabilidades. Das questões citadas que emperram a disseminação desta vantajosa tecnologia no país, levando-se em conta que nos EUA há 50 robôs para cada um no Brasil, a regulamentação de capacitação do cirurgião e a conclusão das vantagens do uso do robô ocasionará em natural necessidade de regulamentar honorários, o que indiretamente pode forçar o governo a criar mecanismos de diminuição de custos para aquisição desta tecnologia.

Com a assinatura de convênio entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) - Resolução CFM nº 1.286/1989 – o registro de títulos de especialistas ficou limitado aos emitidos pela AMB ou pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Posteriormente, o Decreto Federal nº 8.516/2015 estabeleceu a Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por representantes da AMB, CFM e CNRM, à qual deu competência para definir as especialidades médicas no Brasil. A Resolução CFM nº 2.148/2016 homologou a Portaria CME nº 1/2016, que normatizou o reconhecimento e o registro de especialidades médicas e áreas de atuação.

Diante do exposto, fica notório que as sociedades de especialidades filiadas à AMB devem definir quem está habilitado à certificação e à qualificação para realizar cirurgias robóticas. Em concomitante, cabe aos CRMs o registro, seja por RQE ou por outro instrumento definido pelo CFM. Cabe também aos CRMs, impedir que empresas e/ou instituições sobreponham-se à ética, cerceando o médico de se aprimorar/especializar. O CFM já se manifestou favorável a elaborar uma resolução sobre a cirurgia



robótica, conforme discutido na Câmara Técnica de Cirurgia Geral ocorrida em 25 de setembro de 2019, na qual este conselheiro relator estava presente representando o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD). A necessidade de uma resolução amadureceu mais ainda com a reunião promovida pela AMB em sua sede, em São Paulo, com representantes das Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, na qual este conselheiro relator estava presente, onde critérios mínimos foram estabelecidos para treinamento, habilitação e certificação; com peculiaridades para algumas especialidades. Em virtude da importância do tema, urge uma resolução normativa para definir treinamento, habilitação e certificação, onde até a presente data nada consta.

Rio de Janeiro, 29 de outubro de 2019.

RICARDO LEMOS COTTA PEREIRA

Conselheiro-relator

Referências:

BRASIL. Lei Federal nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art.

1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm >. Acesso em 06 nov. 2019

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em:

<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>. Acesso em 06 nov. 2019

_____. Resolução CFM nº 2.221, de 23 de novembro de 2018. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas

de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Disponível em: <

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2221> >. Acesso em 06 nov. 2019.

_____. Resolução CFM nº 2.149, de 22 de julho de 2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação

médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf >.

Acesso em 06 nov. 2019.

_____. Resolução CFM nº 2.148, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da

Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão

Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no

âmbito dos Conselhos de Medicina. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2148> >. Acesso em 06 nov. 2019.

_____. Resolução CFM nº 2.220, de 22 de novembro de 2018. Dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos

e condições anteriores a 15 de abril de 1989. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2220> >. Acesso em 06

nov. 2019.



CONGRESSO MINIMA RIO

REUNE 14 SOCIEDADES MÉDICAS

A PRIMEIRA EDIÇÃO DO MÍNIMA RIO – CONGRESSO INTERNACIONAL DE TERAPIAS MINIMAMENTE INVASIVAS, REALIZADA NO WINDSOR BARRA HOTEL, NO RIO DE JANEIRO, DE 6 A 8 DE NOVEMBRO, REUNIU CERCA DE 600 PARTICIPANTES. O EVENTO FOI UMA REUNIÃO INÉDITA DE 14 SOCIEDADES DE ESPECIALIDADE QUE ATUAM COM TERAPIAS MINIMAMENTE INVASIVAS.



O objetivo do evento foi fomentar o conhecimento integrado e debater a grande diversidade de patologias que podem ser tratadas por estas técnicas minimamente invasivas. “A medicina avança velozmente para terapias minimamente invasivas e a atuação integrada entre as especialidades no tratamento de diversas doenças traz vantagens muito relevantes para os pacientes”, destacou um dos membros da comissão organizadora do evento.

A solenidade de abertura contou com a presença do presidente do CREMERJ, representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e das principais sociedades cirúrgicas do país, entre elas a SOBRACIL, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva.

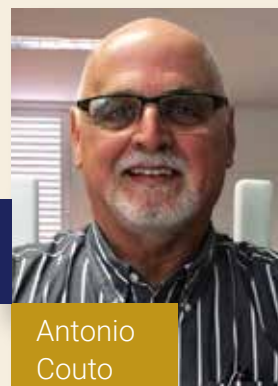


Savino
Gasparini
Neto

A mesa de abertura foi composta por Delta Madureira Filho (Presidente do CBCD), Savino Gasparini Neto (Presidente do CBC), Benjamin Baptista de Almeida (Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro), Sylvio Provenzano, (Presidente do CREMERJ) e Luis Guilherme Teixeira dos Santos (Conselheiro do CFM).

Em seu discurso, **Savino Gasparini Neto** destacou que o Mínima Rio se tornou realidade através da união das sociedades cirúrgicas e “o CBC teve o privilégio de abrir as portas para realizar em sua sede a reunião com os representantes das 14 sociedades médicas que deu origem a esse evento primoroso da medicina brasileira”.

“O médico, a ética e a justiça” foi o tema da palestra da cerimônia de abertura proferida pelo consultor jurídico do Colégio Brasileiro de Cirurgias, **Antonio Couto Filho**, que destacou a importância da prevenção para evitar os processos judiciais. “Agir antes são as palavras de ordem. O médico não pode se afastar do fato e delegar para secretárias, seguradoras ou corretoras de seguro ou nem mesmo dar “carta branca” ao seu advogado. Diante da intercorrência ou da iatrogenia, deve trabalhar na busca do não processo judicial”, destacou.



Antonio
Couto
Filho



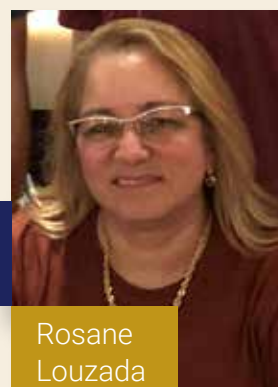
Leonardo
Ferraz

Segundo **Leonardo Ferraz**, presidente do CBC-D-RJ, “o Mínima Rio não foi apenas um evento científico de alto nível, mas, mais do que isso, ele foi a união inédita de 14 sociedades médicas comprometidas com terapias minimamente invasivas para a criação de um congresso sólido, forte e fundamental para o regaste do prestígio da medicina carioca e fluminense!”

Nessa primeira edição mesas multidisciplinares de alto nível, cirurgia oncológica digestiva e a cirurgia metabólica tiveram lugar de destaque. A apresentação da pioneira Resolução do CREMERJ No 299/2019 que trata da normalização de habilitação, treinamento e certificação em cirurgia robótica foi um marco importante do evento.

A cirurgia metabólica, tema bastante atual, também foi amplamente discutida desde sua indicação, mecanismos de ação e as principais técnicas conhecidas, contando com a presença de importantes nomes do cenário nacional.”

Rosane Louzada Machado, presidente da SBCP-Regional Leste acrescenta que “o evento foi de extrema importância para os cirurgiões do Rio de Janeiro, porque agregou 14 diferentes sociedades de cirurgia minimamente invasiva, incluindo procedimentos radiológicos minimamente invasivos. Foi um congresso único, com assuntos comuns a várias especialidades e importante troca de experiências.



Rosane
Louzada
Machado



Dentre os assuntos abordados na coloproctologia foram discutidos câncer de cólon e reto, doença diverticular, endometriose, incontinência e doença inflamatória intestinal.

Raramente a doença inflamatória intestinal é abordada em um congresso de cirurgia minimamente invasiva mas desta vez pudemos discutir as indicações cirúrgicas e como abordar através da cirurgia minimamente invasiva. Foi uma boa discussão com colegas experientes e a participação da plateia.

Creio que o Mínima Rio foi um marco no Rio de Janeiro no ano de 2019, que certamente fará parte do calendário da comunidade científica."

André Maciel da Silva, presidente da SBCO-RJ afirma "o Mínima Rio representou um marco para a comunidade cirúrgica fluminense. A congregação de várias sociedades num mesmo congresso ratifica que a ciência representa um caminho para a união, trazendo frutos para a comunidade.

Como presidente da SBCO-RJ pude desfrutar de inúmeras palestras com discussão de alto nível, contribuindo para o desenvolvimento de uma cirurgia oncológica de excelência. Destaco a sessão sobre terapias peritoneais no câncer gástrico, pois trata-se de um novo e promissor paradigma no tratamento desta malignidade.



SBCO

MÍNIMA: mínimo no nome, o máximo nos seus desdobramentos!"



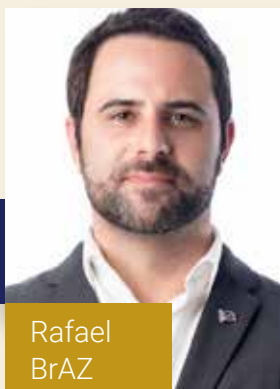
Renato Sá

Renato Sá, presidente da SGORJ explicou que "a ginecologia é uma das especialidades que mais se desenvolveu com a incorporação de tecnologias minimamente invasivas. A atualização no tratamento da endometriose, da oncologia ginecológica e da uroginecologia foram pontos fortes da participação da ginecologia no evento Minima Rio. Vários trabalhos científicos foram apresentados, discutindo técnicas e condutas minimamente invasivas para a abordagem ginecológica, o que demonstra o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva em nosso estado.

Mas um dos fatos que vem surpreendendo a todos e ficou bem evidenciado no Minima Rio é a aplicação de técnicas minimamente invasivas para o tratamento do feto, ainda dentro do útero. Uma nova janela de oportunidades de terapias fetais vem se desenvolvendo com esta tecnologia.



Hoje fetos com espinha bífida podem ser abordados dentro do útero com redução de 50% do déficit motor ao nascimento e da necessidade da derivação ventrículo peritoneal. A cirurgia fetoscópica a laser para a Síndrome da Transfusão Feto-Fetal, cuja mortalidade dos não tratados é de 90% (para ambos os fetos), tem permitido uma sobrevivência de quase 80% de pelo menos um dos fetos. Ou seja, através da Cirurgia Fetal Minimamente Invasiva até a obstetrícia tem se beneficiado com estas novas técnicas.”



Rafael
BrAZ

Raphael Braz, representante no Rio da SOBRICE disse que “no Minima Rio houve grande destaque para a radiologia intervencionista e cirurgia endovascular, especialidade multidisciplinar por natureza.

Estivemos presentes em várias mesas, discutindo temas em diversas áreas, da ginecologia à cirurgia hepatobiliar. Podemos ressaltar como grandes destaques neste evento, o workshop de ablações tumorais onde os palestrantes puderam se atualizar e colocar as mãos nos principais devices de ablação por radiofrequência do mercado e para as mesas multidisciplinares de hiperplasia prostática e cirurgia bariátrica, onde pudemos expor novos tratamentos minimamente invasivos por embolização destas patologias.”

Pedro Gabrich, presidente da SBU-RJ, acrescenta que “a programação da urologia dentro do Minima Rio foi bastante intensa, com grande interação com as outras sociedades e mais de 100 urologistas participando do evento.

Entre os destaques podemos citar o curso de cirurgia robótica e laparoscópica, que abordou técnicas de prostatectomia radical laparoscópica/robótica e técnicas de nefrectomia robótica, com grande interação da plateia.

Outro destaque da programação da urologia foi a mesa de tratamento minimamente invasivo para o câncer de próstata, com a participação de Rafael Coelho (SP), que possui uma das maiores experiências em câncer de próstata da América Latina, e falou, entre outros temas, sobre a indicação e técnica do HIFU para o tratamento do câncer de próstata.

Muito interessante também foi a mesa sobre Slings com a participação da SBU e da SGORJ discutindo técnicas e complicações sob a visão do urologista e do ginecologista.”



Pedro
Gabrich

CMI x COL

CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA X COLOPROCTOLOGIA

A laparoscopia revolucionou a cirurgia durante as últimas três décadas. No entanto, as raízes da cirurgia minimamente invasiva podem ser rastreadas muito antes, até os tempos antigos. A primeira descrição dos procedimentos endoscópicos veio de Hipócrates, que inseriu diferentes instrumentos em vários orifícios corporais, a fim de observar processos anatômicos e patológicos.

Segundo Sérgio Carlos Nahas, professor titular de Coloproctologia da FMUSP-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, as principais descobertas no campo da cirurgia laparoscópica acompanharam os avanços tecnológicos no campo da videolaparoscopia, liderados pela introdução de câmeras de estado sólido em 1982 e pelo desenvolvimento de melhores equipamentos laparoscópicos. A primeira apendicectomia laparoscópica foi descrita por Semm em 1982, enquanto as primeiras colecistectomias laparoscópicas foram realizadas pela primeira vez por Muehe em 1985 e, posteriormente, por Mouret em 1987. Esses eventos revolucionaram o tratamento cirúrgico da apendicite aguda e da doença biliar sintomática, transformando completamente os cursos operatórios e pós-operatórios desses pacientes. Esse processo levou à rápida e ampla adoção da abordagem laparoscópica como o “padrão ouro” para colecistectomia e apendicectomia.

As vantagens da laparoscopia foram bem descritas e incluem



redução da dor pós-operatória, redução da supressão da função pulmonar, menos complicações da ferida, resolução acelerada do íleo, menos aderências, menor tempo de internação hospitalar, recuperação mais precoce, melhor cosmese e custos reduzidos em comparação à laparotomia. Essas vantagens abriram caminho para os cirurgiões adotarem essa abordagem em outras doenças abdominais. Jacobs et al. publicaram a primeira série de 20 colectomias assistidas por laparoscopia para indicações benignas e malignas, concluindo que a abordagem laparoscópica era viável e segura.

Relatórios iniciais de taxas excessivamente altas de metástase no local do porto questionaram a segurança oncológica da laparoscopia para câncer colorretal e dificultaram sua adoção; investigações subsequentes eliminaram essa preocupação, sugerindo que as taxas excessivas provavelmente refletiam a curva de aprendizado e a técnica cirúrgica defeituosa.

Vários ensaios clínicos comprovaram a segurança oncológica

na utilização da laparoscopia para o câncer de cólon:

- COST (Clinical Outcomes of Surgical Therapy) comparou a colectomia laparoscópica à laparotomia e demonstrou claramente a segurança oncológica da abordagem laparoscópica, com taxas de sobrevida global e livre de doença semelhantes entre os grupos aberto e laparoscópico;
- COLOR (Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection) apresentou resultados semelhantes e mostrou que o número de linfonodos colhidos foi semelhante nos dois grupos e os resultados oncológicos, a longo prazo, também foram comparáveis, com taxas de recorrência semelhantes, sobrevida livre de doença e sobrevida global;
- CLASICC (Conventional versus Laparoscopic Assisted Surgery In Colorectal Cancer) incluiu pacientes com câncer retal, nos quais um maior envolvimento da margem radial circunferencial foi observado no grupo de abordagem laparoscópica; no entanto, os resultados oncológicos a longo prazo das taxas de recorrência local e distante foram semelhantes nos dois grupos;
- COLOR II (The European Colorectal Cancer Laparoscopic or Open Resection II) comparou os resultados da ressecção laparoscópica e convencional do carcinoma retal com intenção curativa. As margens de ressecção e completude da ressecção foram semelhantes nos dois grupos. No seguimento de três anos, ambos

os grupos apresentaram taxas de recorrência locorregional semelhantes, sobrevida livre de doença e sobrevida global;

- COREANtrial (Comparison of Open versus laparoscopic surgery for mid and low Rectal cancer)

After Neoadjuvant chemotherapy) mostrou qualidade da ressecção oncológica equivalente entre os dois grupos, incluindo taxas de comprometimento da margem de ressecção circunferencial, qualidade macroscópica

da amostra de excisão total mesorretal total (EMT) e número de linfonodos colhidos. As taxas de sobrevida livre de doença em três anos foram semelhantes nos dois grupos.

CIRURGIA ROBÓTICA

O sistema robótico Da Vinci (Intuitive Surgical, Inc.) foi desenvolvido especificamente para superar muitas das deficiências da cirurgia laparoscópica, permitindo especialmente uma visualização 3D estável e altamente ampliada do campo operacional, oferecendo instrumentos com sete graus de liberdade e filtragem de tremor fisiológico, superando o efeito do ponto de apoio da laparoscopia e preservando o alinhamento natural olho-mão-instrumento de mãos dadas com melhor ergonomia geral.

Enquanto as primeiras colectomias robóticas foram relatadas em 2002, por Weber et al. para doença benigna e por Hashizume et al. para doença maligna, e a primeira proctectomia foi relatada por Giulianotti et al. em 2003, as taxas de adoção permaneceram baixas na cirurgia colorretal, pois não foram comprovadas vantagens sobre a laparoscopia convencional.

Há uma abundância de dados conflitantes sobre se a colectomia robótica oferece vantagens sobre a abordagem laparoscópica; no entanto, a maioria dos estudos concorda com o fato de que a abordagem robótica abriga desvantagens

significativas em comparação com a laparoscopia, na forma de custos significativamente aumentados e tempos de operação mais longos.

A ETM laparoscópica para câncer retal mostrou-se viável, embora bastante complexa, especialmente em pacientes obesos e/ou em pacientes com pelve estreita. Portanto, a plataforma robótica é potencialmente benéfica durante a dissecação pélvica em pacientes selecionados com câncer retal; no entanto, os resultados, na realidade, falharam em provar sua superioridade.

O estudo ROLARR (Robotically assisted laparoscopic assisted resection for rectal cancer) foi o primeiro estudo clínico randomizado internacional, multicêntrico e prospectivo que compara a abordagem robótica com a laparoscopia padrão para a ressecção curativa do câncer retal. A abordagem robótica falhou em demonstrar superioridade, em relação a qualquer parâmetro oncológico ou a qualquer medida de morbimortalidade, em relação à abordagem laparoscópica. Atualmente, o tempo e a despesa adicionais envolvidos na ressecção robótica do câncer retal não podem ser justificados.

A CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO HCFMUSP

Após o Prof. Ivan Cecconello assumir o cargo de professor titular das Disciplinas de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia e eu ser designado chefe do Grupo de Coloproctologia, prossegue o Prof. Sérgio Nahas, concluímos que havia necessidade de reformulação no ensino, nos treinamentos dos residentes e na formação de novos talentos.

Investimos então na aquisição de equipamentos, para criação do Centro de excelência e treinamento avançado de videoendoscopia, laparoscopia e toracoscopia em cirurgia do aparelho digestivo e torácica, um trabalho multidisciplinar realizado em colaboração entre o Prof. Ivan Cecconello e o Prof. Fábio Jatene, da Disciplina de Cirurgia Cardíaca.

Após a criação deste centro, pudemos treinar nossos residentes e aprimorar os médicos-assistentes das disciplinas. Com a inauguração destas novas salas cirúrgicas e compra de todo material de última geração de videolaparoscopia, pudemos trazer a nossos médicos assistentes o que havia de mais moderno no país, realizar cirurgias de alta complexidade e aumentar a possibilidade do ensino da Videolaparoscopia a

nossos residentes. Assim conseguimos entrar com consistência na era da cirurgia minimamente invasiva.

Em conformidade com as novas tecnologias, adquirimos em 2012 um robô Da Vinci, para emprego de novos métodos e técnicas cirúrgicas, aprimoramento do desempenho dos médicos assistentes e residentes das Disciplinas de Cirurgia do Aparelho e Coloproctologia, voltados ao tratamento do câncer.

Fomos o primeiro Hospital Público a ter a cirurgia robótica no Brasil. Com nossa visão multidisciplinar estendemos esta possibilidade às áreas de Urologia, Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Cirurgia de Tórax e Ginecologia, instalando este equipamento no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP/HC-FMUSP, para uso destas diferentes especialidades por meio de um projeto de pesquisa temático em cirurgia robótica.

Em 2019, com material já adquirido e pago, iremos renovar com 10 (dez) novos equipamentos completos, de última geração, as salas de cirurgia do Instituto Central do HC-FMUSP e do ICESP-HCFMUSP, para a prática da videolaparoscopia, recurso captado e sendo empregado dentro das necessidades de nossa Instituição.



INSTITUTO CRISPI INAUGURA CENTRO DE TREINAMENTO EM CADAVERLAB EM JUIZ DE FORA

O INSTITUTO CRISPI em parceria com a Faculdade SUPREMA e a HLA- Health Learning Academy, com o apoio da SOBRACIL, equipamentos da Astus Medical e instrumentos Taimin, inaugurou dia 18 de outubro de 2019 um dos maiores e mais bem equipados centros de treinamento da América Latina (o único laboratório de cadáveres (Cadaverlab) exclusivo e permanente nesta região), instalado na Escola de Cirurgias Minimamente Invasivas em Juiz de Fora (MG).

Segundo **Claudio Crispi**, presidente do Instituto Crispi, “o Cadaverlab é sem dúvida alguma hoje a melhor maneira de treinamento em todas as especialidades cirúrgicas. Eu consigo através do Cadaverlab, simular táticas e técnicas dentro de uma realidade, que nenhum outro laboratório permite. Possibilita ainda que eu tenha uma competência muito maior para o ensino de anatomia.

A anatomia é um conhecimento básico fundamental para a prevenção de danos teciduais pelo cirurgião. O Cadaverlab permanente era aquilo que faltava na América Latina de uma forma sistemática. Agora não é mais. E isso é um grande diferencial! Um centro ou outro pode comprar um espécime e pode fazer cursos esporádicos. Nós temos um lugar que pode funcionar 24 horas por dia, o ano inteiro, onde vamos dar treinamento aos nossos alunos e vamos também abrir esse espaço para todas as universidades, sociedades médicas e colegas que queiram usar o laboratório para o seu aprendizado ou para o ensino.



O CadaverLab sempre existiu dentro das universidades desde que a medicina é ensinada. Só que o preparo desses espécimes que nós estudamos sempre foi feito em formol e isso muda muito a característica dos tecidos e dificulta a identificação das estruturas anatômicas.

Nos últimos 15 anos cresceu a oportunidade e o conhecimento para se tornar possível a utilização dessas estruturas, congelando e preparando as peças de uma forma mais natural, o que permite que sejam conservadas e tenham grande semelhança com as estruturas anatômicas, facilitando o trabalho e o ensino daquilo que de fato a gente encontra no ser humano.

Por isso, os ganhos com esse tipo de laboratório são inestimáveis: conseguimos aumentar a nossa competência de ensino e simular um ato cirúrgico muito perto da realidade que o aluno vai encontrar no seu dia a dia como médico. É um laboratório que de fato, vai mudar a visão do aluno e a nossa forma de ensinar.

O Instituto HLA é uma entidade sem fins lucrativos voltada para o desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas à área de saúde, e vem desenvolvendo um amplo projeto de educação médica continuada no Brasil, com a promoção

de eventos como cursos com uso de cadáveres frescos (CadaverLab), workshops e imersões para lançamento e disseminação de novos produtos, sistemas e técnicas.

O Instituto HLA em sua parceria com o Instituto Crispi e a Faculdade SUPREMA e alinhado com a vanguarda do estudo da medicina mundial, traz para a América Latina o CadaverLab com tecidos frescos, metodologia que visa imitar o cenário real para os cirurgiões, o chamado treinamento hands-on. O Instituto mantém convênio com as maiores universidades americanas e importa apenas tecidos recém congelados (freshly-frozen cadavers), com toda a documentação obrigatória e de acordo com todas as regras aprovadas para estes procedimentos.



“Temos certeza que mudamos de patamar do ensino cirúrgico no Brasil e na América Latina com este lançamento e isto muito nos orgulha”.

PROGRAMA JOVEM CIRURGIÃO



Caros colegas, a edição 2019-2020 do Programa Jovem Cirurgião começou dia 27 de novembro em São Paulo com residentes e médicos de diferentes localizações. Os participantes estão muito animados com a perspectiva de trocar experiências e estar expostos a novos procedimentos cirúrgicos.

Começamos o dia trocando informações com os alunos sobre as cirurgias que eles têm realizado e participado, seu local de trabalho e sua expectativa em relação a esta fase do programa.

O grupo é uma mescla de residentes de primeiro e segundo ano, residentes prestando concurso para diferentes especialidades e cirurgiões já experientes que vieram fazer uma atualização.

O já conhecido programa, que há vários anos é um sucesso absoluto, contará com várias novidades. Além das aulas teóricas no formato de vídeos disponíveis no site da SOBRACIL e das atividades de-

envolvidas no Instituto da Johnson & Johnson, como aulas de suturas e eletrocirurgia, entre outras, os alunos estarão realizando atividades em caixas brancas, simuladores e terão a possibilidade de realizar procedimentos como hérnia inguinal, histerectomia, apendicectomia, colecistectomia e correção do refluxo por laparoscopia em animais.

Este ano agregamos ao programa cirurgias ao vivo (histerectomia, colecistectomia e hernioplastia laparoscópica) transmitidas da Santa Casa de São Paulo e estamos convencidos que isso será a receita para a renovação do sucesso e da satisfação dos alunos.

Um forte abraço,

Sergio Roll

Vice-Presidente da SOBRACIL

Diretor do Programa Jovem Cirurgião 2019-2020



MEDICINA DESUMANIZADA NÃO É MEDICINA

Cecília nasceu para ser feliz. Morava numa pequena cidade no interior de Alagoas. Aos 14 anos notou uma tumoração dolorosa no seu ombro direito. Foram algumas idas e vindas a hospitais, até seus pais receberem o diagnóstico desalentador de que sua pequena tinha um osteossarcoma, câncer ósseo, que comprometia toda a região de seu ombro. O tratamento proposto foi a amputação do membro superior. A família resolveu vir para Rio de Janeiro, onde recebeu o mesmo diagnóstico e indicação cirúrgica.

Era março de 1989, e a literatura médica tinha poucas referências sobre o trabalho de dois cirurgiões russos, Tikhoff e Linberg. Boris Linberg (1885-1965) publicou mais de 150 trabalhos científicos dedicados a questões de cirurgia torácica. Em 1928, no *International Journal of Bone Surgery*, conceituada revista médica americana, descreveu a técnica da retirada dos ossos e músculos do ombro em três pacientes portadores de tumores da região. Inovadora, a técnica preservava os nervos e vasos sanguíneos da região, permi-

tindo que os pacientes pudessem continuar com os movimentos do antebraço, cotovelo e mão. Linberg já era um famoso cirurgião, mas não deixou de enfatizar o pioneirismo de seu compatriota, Professor Tikhoff, que havia descrito o procedimento em 1922.

Em medicina começamos com o que é possível, evoluímos para o necessário, até chegarmos ao que era impossível. Uma questão de tempo, perseverança, inquietude e, por que não, fé.

Cecília tinha apenas 14 anos, mas muitos sonhos. Seu primo, um amigo e também cirurgião, havia assistido num congresso de cirurgia ao filme que eu havia feito alguns anos antes sobre a minha primeira cirurgia de Tikhoff-Linberg. O paciente era um jovem morador da Rocinha, com o nome de Tone Curti – com essa grafia. Sua cirurgia, ao ser filmada, numa obsoleta câmera de VHS, permitiu mudar a vida de outros tantos pacientes.

Com a compreensão do Diretor do Hospital de Oncologia, do SUS, pude operá-la, contrariando o senso comum da época. Optei pela minha inquietude e o desejo

da minha paciente e de sua família. Em 3 horas e 45 minutos, sem transfusão de sangue, o impossível foi vencido. Todo o tumor foi retirado, com grande parte do longo osso do braço, parte da clavícula e da omoplata, assim como os músculos ao redor. Ao preservar os principais vasos sanguíneos e nervos, os movimentos do cotovelo de sua mão foram mantidos. Posteriormente Cecília foi submetida a quimioterapia, perdeu e ganhou novos cabelos, enfrentou duras sessões de fisioterapia e continuou sorrindo.

Nos anos seguintes casou, teve três filhos bonitos, dirige seu carro e tornou-se uma enfermeira dedicada.

Agora, em 2019, pude novamente abraçá-la e a sua família, comemorando os 30 anos da vitória da inquietude sobre a necessária, mas passageira, evidência científica.

A medicina é fascinante e traz felicidade. Uma profissão eminentemente técnica, mas que jamais pode ser desumanizada. Quando isso ocorre, deixa de ser medicina.

Tikhoff e Linberg me ajudaram a ser um homem feliz.



SOBRAnews

PATROCINADOR DIAMANTE

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

SOCIEDADES PARCEIRAS



DIRETORIA EXECUTIVA - 2019-2020

Presidente • **Carlos Domene**

1º Vice-Presidente • **Sergio Roll**

2º Vice-Presidente • **Christiano Claus**

Secretário Geral • **Paula Volpe**

Secretário Adjunto • **Pedro Trauczynski**

Tesoureiro • **Antonio Bispo Jr.**

Tesoureiro Adjunto • **Pedro Romanelli**

Jornalista Responsável • **Elizabeth Camarão**

Fotografias • **Arquivos SOBRACIL**

Design • **F.Tavares**

sobracil@sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801 / 308 - Barra da Tijuca

22631-004 - Rio de Janeiro - RJ

Tel: 21 2430-1608 – Tel/Fax: 21 3325-7724