

TREINAMENTO
A DISTÂNCIA:
técnicas confiáveis
e inovações
continuam
na pauta da
SOBRACIL

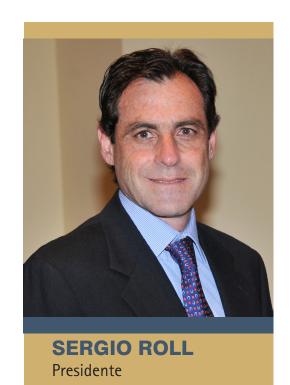
Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica EDIÇÃO 62 2021

# Segurança, qualidade e aprendizado contínuo

erca de 100 anos atrás, no início do século 20, no Departamento de Cirurgia do Hospital Johns Hopkins, William S. Halsted deu início a uma das mudanças mais significativas na educação e treinamento de cirurgiões na América. Formalizou o sistema de aprendizagem em um programa de residência baseado na ciência, prática ao lado do leito, ensinando na sala de cirurgia e a responsabilidade gradual, inicialmente sobre um número indeterminado de anos, até que decidiu que o residente era competente e hábil o suficiente para assumir sua independência como cirurgião.

Os conceitos de Educação Médica têm sofrido fortes influências da sociedade, do conhecimento "per se" e dos sistemas sanitários de saúde. A Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina estabelece preceitos no item "Competências e Habilidades", subitem - Educação Permanente, determinando que: "Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais".

Há que se considerar que o profissional inserido na Saúde Pública deve, aconselhavelmente, incluir em seu escopo, além do técnico-científico, a questão da responsabilidade social, aliando-se a setores governamentais. As certificações, recertificações e ma-

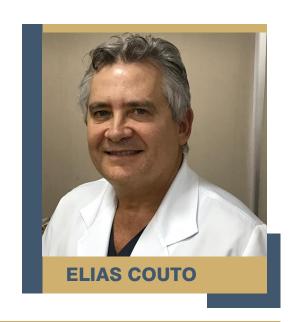


cirúrgica é
um composto
de destreza,
habilidade,
comportamentos
e atitudes com
bases intelectuais
sólidas."

Youngsson



# Treinamento online de videocirurgia



"As habilidades em videocirurgia são parte essencial da formação do cirurgião atual, porém muitos colegas ainda sofrem com a falta de padronização de técnicas e táticas operatórias e buscam complementar esta carência em centros especializados em diferentes centros de treinamento. Com o advento da pandemia que nos assola, tanto os cirurgiões que estavam em treinamento quanto os residentes das especialidades cirúrgicas sofreram bastante com a distância e a falta das atividades práticas. Felizmente o uso da tecnologia no ensino da cirurgia nos permitiu mais uma vez superar as barreiras do conhecimento, não somente do conteúdo teórico, mas principalmente no aprimoramento das técnicas práticas da videocirurgia" informa Elias Couto.

As atividades *hands on* surgiram pela necessidade de aprimoramento das habilidades psicomotoras que sempre lideraram o *ranking* das melhores práticas do aprendizado de videocirurgia. As principais necessidades dos cirurgiões para alcançar proficiência técnica foram a adaptação do nosso olho cirúrgico à visão 2D, à coordenação das mãos dominantes e não dominantes, à noção de profundidade e lateralidade no manuseio dos tecidos.

Além de tudo isso, foi necessário treinar o cirurgião a uma adaptação de postura saudável frente ao paciente, à sua equipe, às longas pinças cirúrgicas, à torre de videocirurgia e as demais ferramentas tecnológicas que compõem a sala cirúrgica. Esse conceito global da melhor postura do cirurgião frente ao ambiente cirúrgico pode ser entendido como ergonomia. A ergonomia em videocirurgia é um dos pilares para o sucesso das cirurgias de médio e grande complexidade, mas requer



treinamento frequente e mudança de paradigmas em relação à cirurgia convencional.

Em meio a um cenário caótico de paralização do ensino presencial com várias turmas de cirurgiões em andamento e diante da necessidade de manter por exemplo o treinamento para realização de nós, suturas e anastomoses, a equipe do Unicetrex desenvolveu um modelo inédito de ensino DryLab Web através do qual cirurgiões, alunos e professores trocam informações visuais e demais habilidades por meio de um simulador com características pré-adaptadas.

O treinamento continuado em videocirurgia por meio de oficinas e laboratórios (drylabs e wetlabs) tem eficácia comprovada e é visto como a melhor forma de desenvolver performance e gerar proficiência para o cirurgião minimamente invasivo. Há três décadas esse conceito está presente em todas as orientações do ensino, residências médicas, cursos especializados de pós-graduações ou imersões de treinamentos em cursos intensivos e agora pode ser aplicado também de forma online, completando todas as etapas necessárias para um bom desempenho na função.



66 O treinamento continuado em videocirurgia por meio de oficinas e laboratórios (drylabs e wetlabs) tem eficácia comprovada e é visto como a melhor forma de desenvolver performance e gerar proficiência para o cirurgião minimamente invasivo."

**Elias Couto** 

# Maranhão inaugura serviço de cirurgia robótica



cirurgia laparoscópica foi iniciada no Brasil em 1990, pelos cirurgiões Thomas Szego e Sergio Roll e vem evoluindo ao longo dos anos em todas as regiões. Segundo Roclides Castro de Lima, Vice-Presidente Nordeste da SOBRACIL, "nas duas últimas décadas o número de serviços de cirurgia realizando a técnica minimamente invasiva vem aumentando progressivamente, principalmente devido ao incremento do conhecimento técnico proporcionado pelas residências médicas.

A SOBRACIL tem um papel fundamental no incentivo de novos cirurgiões, através do apoio na realização de cursos e melhora do treinamento, mesmo em regiões onde há pouca oferta de profissionais.

No Maranhão existem hoje quatro serviços de residência médica que ofertam vagas para cirurgia geral. O estado possui 217 municípios e mais de 7 milhões de habitantes. Segundo dados do portal CFM, existem em torno de 8.000 médicos com inscrição ativa no estado, sendo que 2.072 atuam no interior.

Com a reativação do Capítulo MA da SOBRACIL em 2018 várias atividades vêm sendo desenvolvidas a fim de apoiar e incentivar novos cirurgiões. Menos de 10 municípios nesse estado ofertam a técnica laparoscópica aos pacientes e a maioria dos pacientes ainda tem que se deslocar à capital para a realização do procedimento cirúrgico.

O ano de 2020 foi marcado pela inauguração do primeiro serviço de cirurgia robótica do estado e a realização de 91 cirurgias com a plataforma DaVinci Xi, a mais moderna do mundo.

Apesar da evolução dos serviços da capital, o interior do estado ainda é muito carente de estrutura física. Há uma demanda enorme de pacientes que ainda se deslocam à capital ou às maiores cidades para obter um tratamento melhor tecnologia.

No dia 06 de fevereiro de 2021 foi realizada a primeira colecistectomia laparoscópica na cidade de Lago da Pedra, distante 300 km da capital São Luís. O procedimento foi realizado pela equipe de cirurgiões composta por Raphael Morais e Antonio Junior,



Equipe da primeira cirurgia laparoscópica realizada na cidade de Lago da Pedra, no Maranhão

ambos ex-alunos de cursos apoiados pela SOBRA-CIL-MA. Participaram também do procedimento o cirurgião geral Francisco Moraes, o anestesista Cleiton de Castro e a equipe de enfermagem composta por Adriana Viegas, Flaviane Andrade e Rafael Silva.

Ficamos muito felizes com a abertura de mais um local capaz de realizar a técnica laparoscópica e levar o benefício da laparoscopia à população daquela região.

Em 2021 vamos mais longe com a chancela do Capítulo MA na inauguração e funcionamento do laboratório de simulação de videocirurgia do HUUFMA em São Luís e com o apoio ao primeiro curso de cirurgia pélvica laparoscópica (IMLAPI), que será realizado na cidade de Imperatriz-MA. Há um grande desafio pela frente, mas a vontade de levar mais tecnologia, motivação e qualidade ao maior número possível de pessoas nos move a seguir adiante."

evolução dos serviços da capital, o interior do estado ainda é muito carente de estrutura física."

**Roclides Castro** 

# Tireoidectomia endoscópica: finalmente uma realidade?



árias técnicas foram desenvolvidas nos últimos 20 anos como tentativas de tornar a tireoidectomia por vídeo uma realidade. Infelizmente a maioria delas não foi reprodutível em outros centros, inclusive no Brasil, e foram abandonadas.

Com exceção das técnicas de tireoidectomia por acesso remoto com a utilização da plataforma robótica, como a transaxilar, que é realizada rotineiramente em alguns países asiáticos, nenhuma delas havia se difundido até o surgimento da tireoidectomia transoral.

Chamada de TOETVA pela maioria dos autores (Trans Oral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach ou Tireoidectomia Trans Oral Endoscópica por Acesso Vestibular) para diferenciá-la de uma técnica transoral que utilizava trocarteres colocados através do assoalho bucal que tinha algumas complicações, 3 trocartes são inseridos através do vestíbulo bucal (ao lado), espaço entre o lábio e a arcada dentária inferior, o que a posiciona entre as técnica de cirurgia endoscópica por orifício natural (NOTES™).

Ao contrário do que se imaginava, complicações infecciosas são raras e o resultado pós-operatório é muito semelhante ao da tireoidectomia aberta, porém com a vantagem da ausência da cicatriz na região cervical anterior.

As demais técnicas de cirurgia de tireoide por acesso remoto, como a transaxilar, a transtorácica e a transmamária, aumentam o tempo de internação, requerem o uso sistemático de drenos, aumentam o tempo de recuperação e podem evoluir com complicações graves



através do vestíbulo bucal

não descritas na tireoidectomia aberta, como a lesão do plexo braquial.

A **TOETVA** é no mínimo tão segura quanto a cirurgia aberta, quando analisamos complicações relacionadas aos nervos laríngeos e as paratireoides, permite um bom acesso a ambos os lobos tireoideanos e ao compartimento central e configura a rota mais curta entre a entrada dos trocartes e a loja tireoideana, o que dispensa o uso de drenos, possibilita a alta após curto período de internação e recuperação mais rápida, preceitos da **cirurgia minimamente invasiva**, que normalmente já são bem atendidos com a cirurgia convencional.

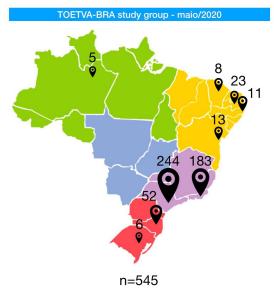
A técnica foi descrita por cirurgiões americanos da **Johns Hopkins Medicine** (Baltimore, USA) após alguns estudos experimentais em animais e cadáveres, mas ganhou popularidade depois que um cirurgião tailandês publicou sua primeira série de 60 casos descrevendo resultados animadores.

O Dr. Angkoon Anuwong, major médico da polícia tailandesa e cirurgião geral de formação, tem mais de 40 artigos sobre tireoidectomia transoral publicados em revistas indexadas desde 2016, quando publicou sua casuística inicial, e já soma mais de 1.000 pacientes operados. A técnica tem se mostrado reprodutível em diferentes centros do mundo e vem sendo adotada de maneira muito rápida, inclusive porque requer instrumentais comuns de laparoscopia, sem agregar custos exorbitantes, não traz aumento significativo do tempo cirúrgico após uma rápida curva de aprendizado e agrega os benefícios da videocirurgia como a magnificação da imagem e a delicadeza na dissecção.

No Brasil diversos centros de diferentes estados já tem a **TOETVA** como uma rotina para casos selecionados. Obviamente que as indicações, contra-indicações e limitações da técnica precisam ser respeitadas e os casos precisam ser muito bem selecionados, especialmente durante a curva de aprendizagem.

Em um levantamento feito em maio de 2020 entre cirurgiões de cabeça e pescoço que compõe o grupo de estudos em **TOETVA no Brasil** demonstrou que já possuíamos mais de 500 pacientes operados no país e 27 cirurgiões realizando a técnica rotineiramente (Figura 3), além de 3 centros que realizam cursos em animais ou cadáveres.





Levantamento das TOETVAs realizadas no Brasil, em maio de 2020, pelos cirurgiões de cabeça e pescoço que compõe o grupo de estudos brasileiro de TOETVA. (Fonte: arquivo pessoal do autor).

De forma semelhante à colecistectomia videolaparoscópica que precisou de 10 anos ou mais para que a comunidade médica reconhecesse sua valia e passasse a ser adotada como a técnica padrão, podemos estar finalmente diante da última fronteira da cirurgia endoscópica da glândula tireoide.

# Estando onde os pacientes estão: um aprendizado e três ações na internet para cirurgiões



e você é como eu – e como qualquer outro brasileiro – deve usar a internet cada vez mais. Seja para compras online, para pesquisar um produto seja para conversar com alguém.

Vez ou outra infelizmente temos que buscar algo sobre nossa saúde. Uma dor, um sintoma, ou um médico.

Pacientes são como eu e você. Também usam a internet, cada vez mais, para se informar. Ao passo em que vivemos a facilidade de compartilhar conteúdos em redes sociais e mensagens instantâneas, muito do conteúdo de saúde carece de qualidade científica ou não é verdadeiro.

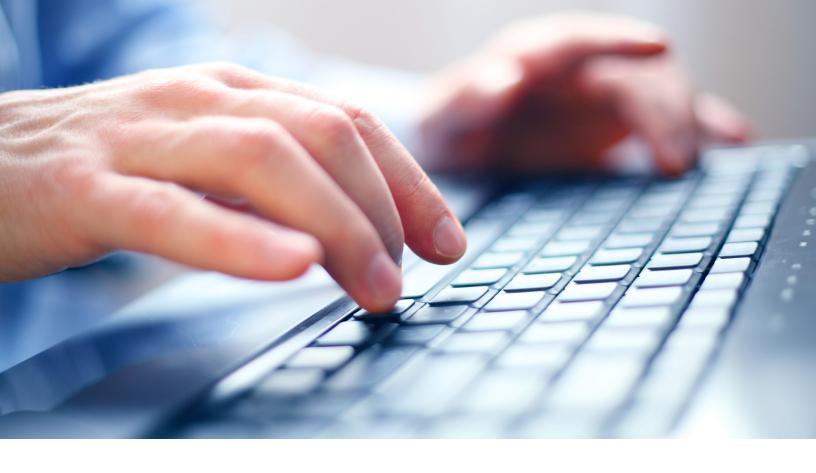
Nesse contexto há uma oportunidade incrível de médicos estarem intencionalmente presentes na internet (digo intencionalmente porque querendo ou não você já está lá) e assim estar visível para pacientes que apresentam a condição que você resolve, no momento em que eles precisarem.

O cirurgião brasileiro é excepcional. Possui habilidade técnica e uma inclinação ao pioneirismo como poucos no mundo.

Um dos aprendizados em 2 anos trabalhando com marketing digital (e 12 de indústria) é que cirurgiões visionários com a internet tiveram uma pandemia diferente dos demais. Comunicaram-se com pacientes mesmo sem ambulatório, estavam presentes

o Google concentra 88% das buscas sobre saúde e informações médicas,"

Fabio Terracini



quando os pacientes estavam mais aflitos com sua condição, diminuíram dependência de planos de saúde, construíram e reforçaram sua própria marca.

### Sendo assim, proponho 3 ações práticas:

Imagine um paciente buscar por seu nome na internet e cair em uma indecifrável página do lattes ou em uma página em inglês de uma associação americana que você participa. Um paciente que precisa do seu tratamento e quer saber mais sobre você, simplesmente não conseque te achar.

Então esta certamente é a ação 1: ter um site próprio com conteúdo escrito de forma que o seu paciente consiga achar você na internet.

Uma pesquisa feita em 2019 apontou que o Google concentra 88% das buscas sobre saúde e informações médicas, logo é o primeiro veículo para levar potenciais pacientes a você.

A ação 2 é o cadastro de sua clínica no Google Negócios, uma ferramenta sem custo que dá destaque nas buscas por seu nome ou serviço.

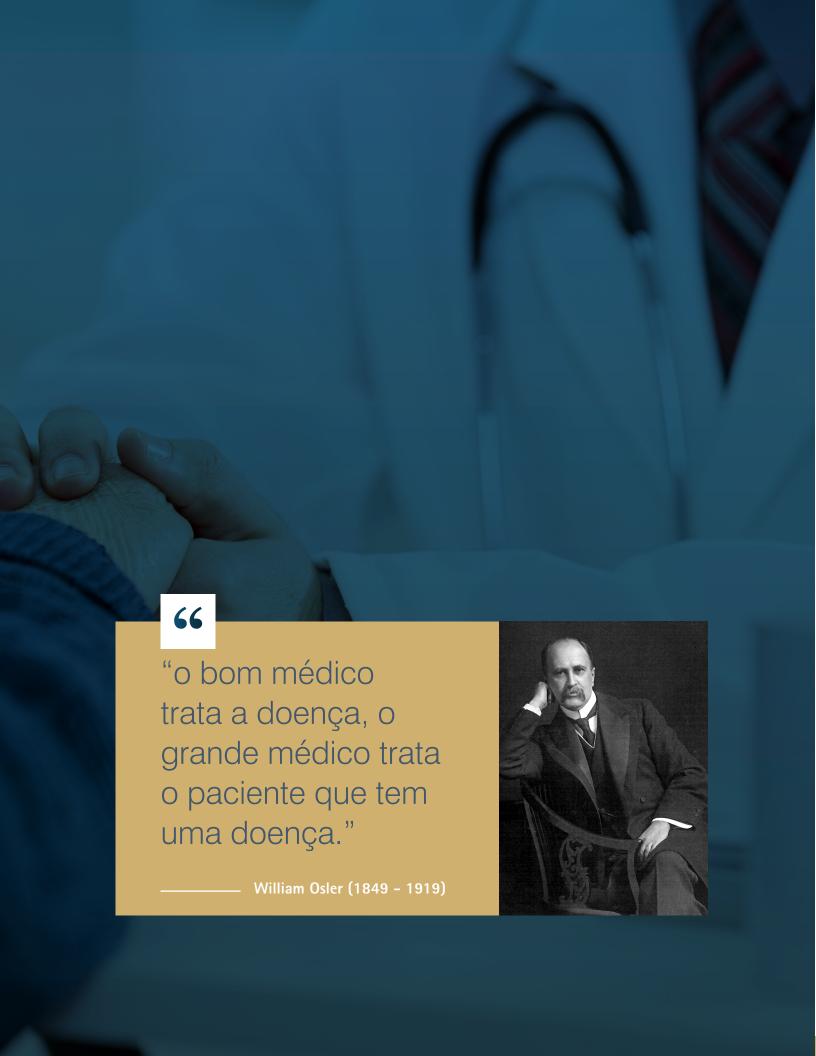
Você pode até não gostar de **mídias sociais** – mas o sucesso e alcance delas são inegáveis. Como um profissional de marketing

não poderia deixar de recomendar este canal. Afinal, temos que estar presentes onde nossos potenciais clientes estão. Esta é a ação 3.

Diferente do consenso, endosso uma combinação de perfil profissional com um lado pessoal. O lado pessoal humaniza o perfil e ajuda o paciente a identificar-se com você. Lembre-se: pessoas compram pessoas (vide influenciadores). A presença do médico é imbatível!

Estar presente na internet é uma forma de promover duas ações aos pacientes: aumentar o nível de consciência dos problemas de saúde e aumentar a consciência de que há condições de saúde em que a cirurgia é a melhor solução.

Há muito mais que pode ser feito. Mas como pioneiros, todos devemos começar por algum passo. Estes são os seus 3 primeiros.



### trocando ideias

## Medicina e humanismo

illiam Osler (1849–1919) não considerava a medicina apenas ciência, mas via arte da medicina à luz da ciência. Ensinou que essa era uma arte magistral, com seu exemplo e textos sobre humanismo.

Formado pela Universidade McGill, em Montreal, em 1872, foi se aperfeiçoar na Europa, onde estudou com Rudolf Virchow, o grande patologista alemão. Osler foi considerado o Pai da Medicina Interna – clínica médica –, após retornar para sua universidade como professor. Adorado pelos alunos e pacientes, deixou saudades ao se mudar para a Universidade da Pensilvânia, nos EUA. Em cinco anos publicou centenas de artigos científicos, o que o levou a ser convidado a fundar o Serviço de Medicina da então recém-criada Universidade Johns Hopkins, em Baltimore. Lá desenvolveu "o método natural de ensinar aos estudantes de medicina", que "começa com o paciente, continua com o paciente e termina no paciente, usando livros e aulas como ferramentas, como meio para servir ao paciente". Nessa época, a Johns Hopkins tinha os mais importantes médicos dos EUA: o cirurgião William Halsted, o patologista William Welch e o ginecologista Howard Kelly. Todos se tornaram ícones de suas especialidades. Em meses escreveu, como único autor, o "The Principle and Practice of Medicine", em 1892, que se tornou um clássico com inúmeras edições.

Em 1904, foi convidado a assumir a cátedra da Universidade de Oxford, na Inglaterra.

Ávido leitor, considerava a literatura e biografias como um incentivo à reflexão e à empatia, uma ferramenta para refletir sobre as pessoas, a essência do sofrimento e a vocação da profissão médica – uma maneira especial de ajudar os outros. Defendia a importância da "educação do coração".

Osler escreveu: "A mais difícil convicção de entrar na mente de um iniciante é que a educação na qual ele está envolvido não é um curso universitário, mas um curso de vida, para o qual o trabalho de alguns anos com professores é apenas uma preparação." Alertava



também que "o bom médico trata a doença, o grande médico trata o paciente que tem uma doença", e que "a velha arte não pode ser substituída, mas deve ser absorvida pela nova ciência". Entendia a pessoa, ele a ouvia com atenção, usava a linguagem de forma simples, para que o paciente o entendesse.

Nos últimos 50 anos a medicina ganhou uma exponencial efetividade com a tecnologia, mas paralelamente diminuiu a perda da empatia entre médico e paciente, ocasionando desconfiança nessa relação. Para Osler, a prática da medicina é uma arte, não uma empresa; "é um chamado em que seu coração será exercitado igualmente com sua cabeça".

Sir Willian Osler faleceu de pneumonia, dois anos após a morte de seu único filho, apesar dos esforços dos seus amigos e grandes cirurgiões Harvey Cushing e George Crile, que o operaram no 47° Casualty Clearing Station, posto avançado de tratamento de feridos, em Lozinghem. Edward Revere Osler, de 22 anos de idade, lutava, como tenente de artilharia, na frente de batalha na Bélgica, na Primeira Guerra Mundial.



### PATROCINADOR DIAMANTE



### **SOCIEDADES PARCEIRAS**













### **DIRETORIA EXECUTIVA 2021-2022**

Presidente Sérgio Roll

1º Vice-Presidente Nacional Elias Couto

2º Vice-Presidente Nacional Carlos Domene

Secretário Geral Antonio Bertelli

Secretário Adjunto Alexandre Resende

Tesoureiro Geral Antonio Bispo

Tesoureiro Adjunto Hamilton Belo França

Vice-Presidente Norte Thiago Patta

Vice-Presidente Nordeste Roclides Castro

Vice-Presidente Centro Oeste Ronaldo Cuenca
Vice-Presidente Sudeste Dyego Benevenuto

Vice-Presidente Sul Leandro Totti Cavazolla

Vice Tresidence Sur Leanure Total Cavazona

CONSELHO FISCAL TITULAR

Guilherme Jaccoud Leolindo Tavares Paulo Jiquiriçá

**CONSELHO FISCAL SUPLENTE** 

Gastão Silva Paula Volpe José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável

Elizabeth Camarão

Fotagrafias

**Arquivos SOBRACIL** 

Design Gráfico

JMD Comunicação

### sobracil@sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801/308 | Barra da Tijuca 22631-004 | Rio de Janeiro | RJ Tel.: 21 2430.1608 | Fel/Fax: 21 3325.7724