SOBRAnews

SOBRACIL inaugura Capítulo no Amapá

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 64
2021

A questão da narrativa

nome feminino

1. relato minucioso de um fato, acontecimento ou sequência de eventos.
2. texto em que se expõe um universo constituído por personagens e eventos reais ou imaginários situados no tempo e no espaço; conto; história
3. representação ou exposição de certo processo ou situação particular, feita de modo a refletir determinado conjunto de valores ou a adequar-se à consecução de um objetivo.

Vivemos em um mundo sustentado por narrativas. Muitos de nós não nos damos conta de como chegamos a certos consensos contemporâneos: seja o fato da terra ser redonda, os planetas orbitarem em volta do Sol, as espécies evoluírem com o tempo ou a existência de microrganismos que possam nos causar doenças. Nos casos que citei, os consensos foram embasados através da Ciência, colocados a prova pelo método científico e, portanto, dentro do racionalismo Cartesiano, são fatos. Contra fatos, não há argumentos. Mas nem todo consenso é necessariamente científico, pois a Ciência (ainda) não conseguiu esclarecer todos os aspectos da existência. Muitos estão ainda em processo de investigação, como tratamentos eficazes contra a Covid-19, outros ainda nem sequer começaram a ser elucidados, seja porque não há ainda metodologia capaz de mensurar ou definir certos aspectos da realidade (como a existência da consciência), ou falta de um interesse coletivo para elucidar determinada questão, uma vez que os recursos são limitados e os cérebros capazes de desvendar esses mistérios mais raros ainda.

Por conta disso sempre existirão lacunas cuja luz da Ciência e Racionalidade não conseguirão iluminar e cabe a nós aceitar que não somos oniscientes. Entretanto, o desconhecido traz uma sensação de desconforto, pois temos medo do que não temos controle, e o conhecimento nos traz a ilusão de segurança, tira de nós a sensação de impotência pelo oculto.

Nosso cérebro então abre mão de uma artimanha para se sentir melhor: ele propõe uma narrativa para aquilo que ele desconhece, uma história, com lógica interna convincente, estruturada em torno de alguns fatos, mas que preenche os espaços obscuros com uma "ficção convincente". E ficamos satisfeitos com isso, porém essa maneira de lidar com a questão é uma trapaça, um truque, que nos dá a ilusão de termos conhecimento, o que é muito perigoso.

Se por um lado nossa sociedade é sustentada por fatos, ou pelo menos consensos científicos, por outro é susten-

tada por meias verdades, que achamos ser a verdade toda. E sabendo dessa característica humana, muitos setores da sociedade se aproveitam disso para "empurrar" determinada visão, a fim de obter ganho próprio. Devido à existência da internet, com as redes sociais, aplicativos de comunicação e blogs "jornalísticos" (autodenominados, claro), foi se tornando cada vez mais fácil manipular as narrativas e controlar a perspectiva das pessoas.

Como disse Noam Chomsky, vivemos em um mundo de pós-verdades, não importa mais os fatos, mas sim se determinada cadência de extrapolações está de acordo com determinada visão de mundo. E é difícil às vezes abortar esse processo quando está ocorrendo, uma vez que as narrativas apresentam núcleos verossímeis, por mais que o resto da estrutura sejam fábulas, e uma pessoa acostumada demais com o conforto dessa sensação de onisciência não vai abrir mão desse poder. É mais agradável acreditar numa mentira conveniente, do que aceitar uma verdade inconveniente. E é isso que os seres humanos mais gostam, conveniência, e eles não vão abrir mão desse privilégio.

Cabe a nós sermos bem críticos em relação a toda informação que recebemos. É preciso correr atrás das fontes, se informar, ouvir a opinião de especialistas (passo necessário, pois ninguém é especialista em tudo).

Algumas vezes não temos o tempo ou energia para isso. Nesses casos aceite sua ignorância. Isso é desconfortável, mas é o correto. Nem sempre o caminho fácil é o melhor. Descontrua também aqueles consensos criados por você, coloque à prova aquilo que você acha que sabe. Provavelmente em muitos casos verá que aquilo que você dava como fato era apenas mais uma narrativa. Precisamos de pessoas mais esclarecidas, principalmente no período de obscurantismo que nos encontramos, pois chegará um momento em que nossa sociedade será quase que completamente sustentada por narrativas. Será a Idade das Trevas novamente, só que agora 2.0.

Gustavo Brandão Roll
Psiquiatra formado na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP

GUSTAVO BRANDÃO ROLL

"coloque à prova aquilo que você acha que sabe, provavelmente verá que aquilo que dava como fato, era apenas mais uma narrativa"

SOBRACIL inaugura Capítulo no Amapá

Com grande alegria informamos que no dia 12 de maio de 2021 foi inaugurado o mais novo Capítulo SOBRACIL... a SOBRACIL Amapá!

O evento foi realizado no Centro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e foram eleitos como membros da Diretoria Executiva SOBRACIL-AP 2021-2022:

Presidente - Vinícius Reis
Vice-Presidente - Pedromar Valadares
Secretário - João Bahia Carrera
Tesoureiro - Lecildo Lira

A nova diretoria, liderada por Vinícius Reis, recebeu apoio total da diretoria nacional e assume com o compromisso de seguir com ações destinadas ao fortalecimento da SOBRACIL, aproximando a Sociedade cada vez mais dos seus associados e promovendo treinamento continuado para estimular cada vez mais a prática da videocirurgia na região e a busca permanente pela excelência na qualidade e melhor assistência aos pacientes do Amapá e do Brasil.

VINICIUS REIS

Da esquerda para direita:
Lecildo Lira, João Bahia Carrera, Vinícius Reis e Pedromar Valadares

Cirurgias eletivas salvam vidas

ALFREDO GUARISCHI
Médico

Em abril de 2020, questionei as consequências do cancelamento de procedimentos não urgentes. Na mesma época, o "New York Times" indagava onde estavam os pacientes com ataque cardíaco. Isso porque o número de admissões por infarto do miocárdio havia sido drasticamente reduzido. Ao mesmo tempo, foi constatado um aumento do número de mortes domiciliares por problemas cardiológicos em relação ao ano anterior. Uma tragédia a mais no começo da pandemia.

O que vimos meses depois nos EUA, e também no Brasil, foi o assustador aumento do número de pacientes com situação médica decorrente de outras doenças, agravadas pela demora no atendimento hospitalar. Claro que a Covid-19 pode levar a internações prolongadas e à morte; porém, as outras doenças não desapareceram.

Neste mais de um ano de pandemia, os centros de diagnóstico e hospitais estabeleceram fluxos e locais de atendimento diferenciados para os casos suspeitos de viroses, com os demais pacientes sendo atendidos em outros setores. Não faltam cuidados e equipamentos de proteção individual, bem diferente do que ocorre nos ônibus ou trens. Nos hospitais fazemos o racional, o correto e o seguro.

O medo foi substituído pela conscientização de que a vida continua. A suspensão de cirurgias eletivas, assustando e negando aos pacientes a assistência necessária, ocasionará mais sofrimento e agravará as doenças. Isso não é ciência, é descaso com a saúde.

É um equívoco considerar necessárias apenas as cirurgias de urgência. Um cálculo de vesícula ou de rim, um mioma uterino ou uma hérnia podem agravar-se, e o paciente precisará ser operado às pressas. Uma próstata aumentada pode ocasionar retenção de urina e infecção, transformando um procedimento de curta duração num problema sério de saúde física, emocional e financeira.

A quantidade de sedativos, antibióticos, ventiladores e outros recursos usados em cirurgias eletivas é muito pequena. Mais de dois terços dos pacientes cirúrgicos fazem o pós-operatório em quartos ou enfermarias, sem precisar de transfusão de sangue ou CTI. As doenças que precisam de tratamento cirúrgico evoluem e pioram ao longo do tempo. Isso não ocorre com o adiamento de uma cirurgia plástica estética, por exemplo. Porém, esse tipo de cirurgia é realizado em pacientes sem morbidade, com uma internação raramente maior que dois dias.

No último ano, a maioria dos planos de saúde apresentou lucros seguidamente maiores comparados aos dos anos anteriores a essa tragédia sanitária. Por quê?

Esses planos cometem uma grave falha ética ao cercear acesso a atendimentos eletivos, sendo grande o número de leitos de CTI ocupados por doentes que foram afastados dos seus tratamentos. A história está se repetindo.

A responsabilidade do médico e sua relação com o paciente, mediadas pela direção técnica dos hospitais, tanto públicos como privados, é que deve decidir sobre a necessidade da realização de uma cirurgia.

Cirurgias eletivas salvam vidas a um custo financeiro menor.

ANTONIO MARTTOS

A importância da educação em cirurgia

O processo de formação do cirurgião é extremamente complexo e importante, envolvendo a apenas a capacitação técnica, mas também o desenvolvimento do raciocínio e bom senso para tomar decisões clínicas, afirma Antonio Marttos, presidente da *Panamerican Trauma Society.*

"Durante décadas, a formação dos cirurgiões foi baseada em aulas teóricas e na prática de técnicas cirúrgicas em ambientes laboratoriais monitoradas por mentores e professores.

Atualmente novas técnicas de ensino e aprendizado têm sido desenvolvidas visando melhorar a captação de conhecimento, retenção de conceitos e, principalmente, o desenvolvimento do raciocínio clínico e de técnicas cirúrgicas de uma forma mais rápida e adequada.

A duração da formação do cirurgião geral foi prolongada. Hoje no Brasil a Residência Médica tem duração de 3 anos, enquanto nos Estados Unidos, já há muitas décadas, a formação do cirurgião geral tem duração de 5 anos.

A formação em 5 anos possibilita um treinamento sólido em diversas especialidades cirúrgicas, com o intuito de formar um cirurgião altamente resolutivo, capaz de fazer cirurgias em diversas áreas, além de procedimentos como broncoscopia, endoscopia, colonoscopia, entre outros.

O treinamento visa também conhecimento de procedimentos

> "a tendência é que seja possível formar profissionais cada vez mais preparados."

anestésicos e teapia intensiva, com o objetivo de preparar o cirurgião para ter o controle total sobre o seu paciente, do pré ao pós-operatório dos casos mais complicados.

Somente após os cinco anos de Cirurgia Geral é que o cirurgião americano segue para a especialização (*fellowship*). Muitos deles se dedicam a 2 anos de pesquisa médica, entre o segundo e terceiro ano de Residência em Cirurgia Geral, com o objetivo de publicar artigos científicos e se tornarem mais competitivos no momento da seleção para o *fellowship*.

A sólida formação do Cirurgião Geral é de extrema importância, já que permite a ele compreender e tratar complicações ou casos complexos durante sua carreira.

Na Universidade Miami o Cirurgião Geral passa por um extenso processo de formação.

Desde o primeiro ano de Residência em Cirurgia Geral os residentes são expostos a treinamento em técnicas cirúrgicas, realizando cirurgias experimentais com modelos anatômicos sintéticos, computadores, cadáveres frescos e até modelos vivos. (Fotos 1, 2 e 3).

A simulação em computadores tem se mostrado muito eficaz, aumentando a segurança e confiança do jovem cirurgião, que tem a oportunidade de treinar os conhecimentos e técnicas que utilizará durante os procedimentos cirúrgicos. Além disso em todos os casos cirúrgicos o residente está sempre sob supervisão de um professor.

Anualmente, os residentes de Cirurgia Geral se submetem a testes para avaliar seu nível de conhecimento teórico, além de avaliações técnicas e práticas.

Essas avaliações visam não apenas verificar o conhecimento teórico e prático, mas também avaliar o senso crítico do residente na tomada de decisões, sua qualidade técnica, além da sua habilidade no relacionamento com outros profissionais de saúde e na relação médico-paciente.

Cada vez mais modelos como ATLS, ATON, DSTC, entre ou-

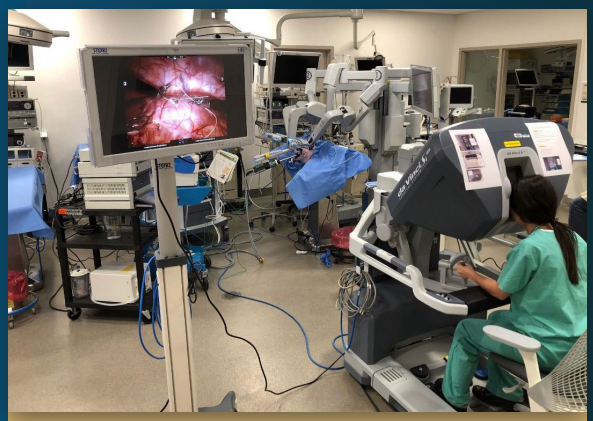

Foto 1

Foto 2

Foto 3

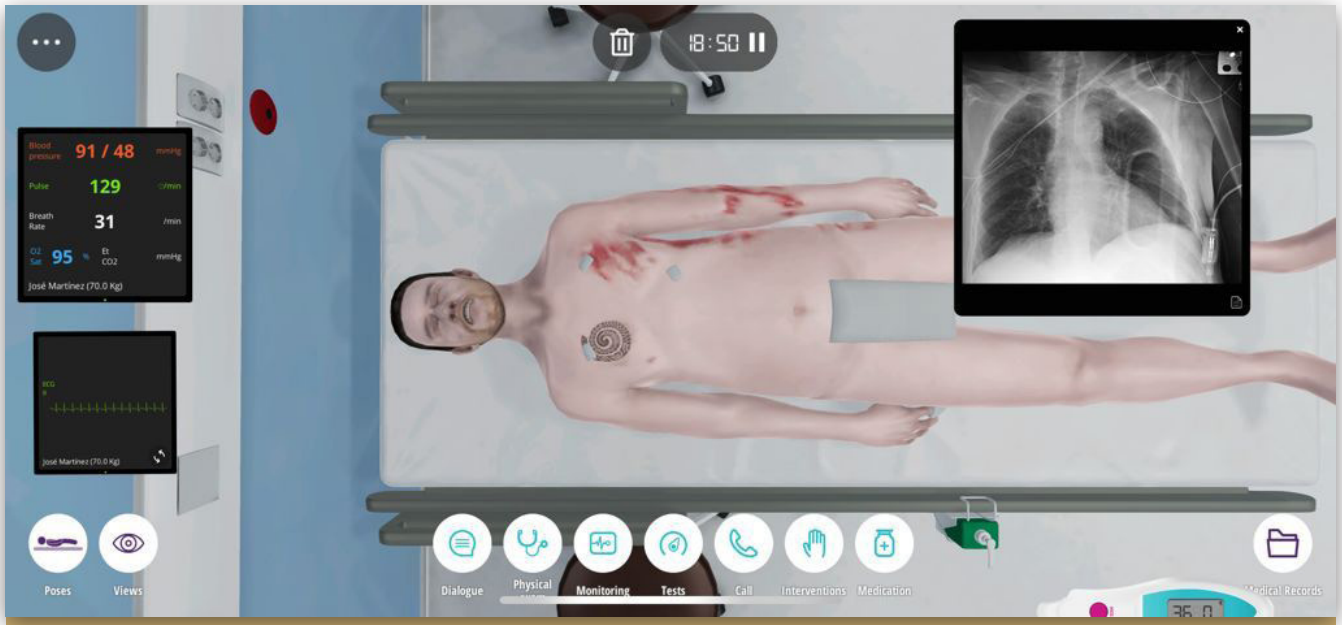

Foto 4

tros muitos cursos, visam padronizar condutas e implementar protocolos para o tratamento de doenças cirúrgicas.

A pandemia por COVID nos mostrou que muitas reuniões científicas e discussões de casos podem ser feitas por videoconferência, aumentando amplamente a possibilidade de exposição dos residentes a diversas patologias e discussão de casos cirúrgicos. Novos modelos de simulação têm sido desenvolvidos, incluindo simulações por computador, para o atendimento a pacientes em salas de emergência (Foto 4).

O Brasil é um país onde cirurgiões tem alta capacidade técnica e exposição a um grande número de casos clínicos durante a sua formação. O auxílio ao desenvolvimento de suas capacidades, não só técnicas, mas também de conhecimentos gerais em temas como terapia intensiva, diagnóstico clínico e decisões críticas para o manejo dos pacientes, tende a ser aperfeiçoado com as novas técnicas de ensino que tem sido desenvolvidas.

Claramente a formação do cirurgião no Brasil está passando por um momento de mudanças e a tendência é que seja possível formar profissionais cada vez mais preparados.

O acesso a grandes mestres e professores por meio de videoconferência, além do desenvolvimento de novos cursos e tecnologia educacionais, irão definitivamente aumentar a possibilidade de discussões clínicas e maior aprendizado."

Antonio Marttos Jr, M.D.
Associate Professor of Surgery
Director of Global e-Health /Trauma Telemedicine, William Lehman Injury Research Center
Division of Trauma & Surgical Critical Care, Dewitt Daughtry Department of Surgery
University of Miami, Leonard M. Miller School of Medicine

Abordagem laparoscópica da coledocolitíase

HAMILTON FRANÇA

A coledocolitíase está presente em aproximadamente 10% dos pacientes que tem cálculos da vesícula biliar e deve sempre ser tratada, mesmo que assintomática, pelos riscos de complicações graves como colangite e pancreatite aguda, afirma Hamilton Belo de França Costa

Com o advento das técnicas não invasivas ou minimamente invasivas os cirurgiões delegaram o clareamento da via biliar aos endoscopistas e muitos acham que a exploração laparoscópica da via biliar comum (ELVBC), é muito demorada e difícil.

Para facilitar a ELVBC e evitar a necessidade de coledocoscopia flexível, várias técnicas e instrumentais foram desenvolvidos: lavagem do sistema ductal com ou sem administração de glucagon, dilatação da papila, lavagem e manipulação com fogart e basket com ou sem orientação fluoroscópica. Em geral, técnicas tidas como menos invasivas para remoção de cálculos da via biliar comum (VBC) através da abordagem transcística, são preferidas em vez de transductal (por coledocotomia) devido à menor morbidade, menor tempo cirúrgico e menor necessidade de suturar a VBC.

Quando cálculos da VBC são diagnosticados no pré-operatório da colelitíase, a colangiografia retrógrada endoscópica e extração com ou sem esfincterotomia (CPRE +/– E) é preferida e, teoricamente, para muitos a melhor opção, embora tenha como principal desvantagem o procedimento em dois tempos

> “As abordagens laparoscópicas da VBC em tempo único proporcionam custos mais baixos e menor permanência hospitalar, com segurança comparável a CPRE com colecistectomia laparoscópica”

e está associada a complicações com risco de vida. Quando a coledocolitíase for diagnosticada durante a colecistectomia, muitos centros propõem e realizam a ELVBC em tempo único por via transcística ou transductal (transcoledocociana) ou uso simultâneo de CPRE +/–E no intra ou pós-operatório, sendo que nesta última opção, pode ser necessária uma reabordagem cirúrgica, quando da impossibilidade técnica da CPRE. Quando a coledocolitíase é diagnosticada em colecistectomizados, está indicada a CPRE +/–E pós-operatória.

A CPRE +/–E é ideal para cálculos residuais, evita reoperação, tem taxa de sucesso elevada e vantagens como a ausência de incisão abdominal e do ducto biliar, menos dor, recuperação mais rápida, deambulação precoce e ingesta alimentar no mesmo dia, porém não isenta de complicações como pancreatite, perfuração, hemorragia, colangite, estenose de papila, sepse e até a morte.

Vários trabalhos mostram que a abordagem laparoscópica transcística é procedimento seguro, acessível à maioria dos cirurgiões que realizam colecistectomia, e tem como vantagens manter a integridade da VBC e menos complicações pós-operatória.

Descrita como complexa por, necessariamente, utilizar coledocoscópio, dilatadores para ducto cístico, baskets e fogarts, depende da anatomia do cístico (diâmetro > 4mm), do ângulo da junção do cístico com o ducto hepático, do diâmetro da VBC (< 6mm) e da localização, tamanho e número de cálculos da VBC.

Outros trabalhos relatam que a abordagem laparoscópica transductal é factível e segura, mas também exige coledocoscopia, balões dilatadores, fios guias, cateteres e baskets, são dependentes do número e tamanho dos cálculos, do diâmetro da VBC, e está indicada para cálculos > 6mm, cálculos múltiplos e intra-hepáticos, ducto cístico de pequeno diâmetro (< 4mm) ou de implantação anômala, diâmetro da VBC > 6mm e quando a abordagem transcística falha.

Oferece maior eficácia para o acesso e clareamento da via biliar, mas pode estar associado a maiores taxas de complicações, fístulas e estenoses, e requer abordagem mais avançada e experiência em sutura intracorpórea.

As abordagens laparoscópicasda VBC em tempo único proporcionam custos mais baixos e menor permanência hospitalar, com segurança comparável a CPRE com colecistectomia laparoscópica. As razões para difusão tão limitada da ELVBC são: curva de aprendizado necessária para um procedimento não tão frequente e não reprodutibilidade dos resultados dos centros de referência, em pós-operatórios prolongados e falta de equipamento. A maioria dos cirurgiões não se sentem confortáveis realizando ELVBC, pois quando se deparam com coledocolitíase no pré-operatório, preferem a CPRE e quando diagnosticam no intraoperatório, uma minoria escolhe a

ELVBC pela disponibilidade CPRE confiável, falta de equipamento e de habilidade.

Dependendo das circunstâncias clínicas, se o cirurgião não se sentir confortável para abordar ou não possuir equipamentos necessários para ELVBC, deve optar pela CPRE, assistência de colega especialista ou converter para cirurgia aberta. A abordagem da VBC deve ser planejada para cada situação, dependendo da experiência do profissional, da saúde do paciente e do equipamento disponível.

Outra indicação para o manejo da coledocolitíase por laparoscopia são pacientes com anatomia alterada após cirurgias gástricas que excluem o duodeno, bypass gástrico e gastrectomia Y de Roux, onde o acesso ao duodeno, papila e via biliar, torna-se um desafio para os endoscopistas e cirurgiões pelo rearranjo anatômico. Assim, várias alternativas para alcançar a VBC são propostas: a) CPRE transgástrica auxiliada por laparoscopia; b) CPRE assistida por enteroscopia com balão; c) CPRE transgástrica orientada por ultrassonografia endoscópica; d) instrumentação percutânea trans-hepática da VBC. ELVBC transcística e transductal representam excelentes opções terapêuticas nestes pacientes, nos casos de insucesso na canulação da papila ou do coledoco na CPRE (divertículos justa-ampular), em portadores de marca-passo cardíaco com coledocolitíase, na indisponibilidade da CPRE e na impossibilidade de realizar o clareamento da via biliar por endoscopia.

O tratamento ideal para a coledocolitíase deve ser simples, prontamente disponível, confiável, minimamente invasivo e econômico para os pacientes. Baseado neste princípio, idealizamos e realizamos, desde os anos 90, a ELVBC por via transcística com a utilização de sondas de Levine de calibre progressivo, que são introduzidas pelo ducto cístico, com o objetivo principal de dilatar a papila e empurrar os cálculos para o duodeno com a ajuda de soro fisiológico sob pressão. A ELVBC por via transductal ou por coledocotomia, inicia-se com a colangiografia transcística para visualização dos cálculos no coledoco, seguida pela coledocotomia e introdução de sonda de Levine 6FR na via biliar, irrigação e lavagem (*flushing*) com soro fisiológico sob pressão até a saída de todos os cálculos. A avaliação do total clareamento da via biliar é feita através de colangiografia com o coledoco aberto antes da coledocorrafia. Em seguida, procedemos com colangiografia, controle pelo cístico e encerramos o procedimento sem drenagem externa da via biliar.

A seguir, links para vídeos nossos no YouTube que mostram exemplos do que sugeri acima:

ELVBC transcística
https://youtu.be/upCYx4sH36c

ELVBC transductal
https://youtu.be/UaoYwdcdaNo

GUSTAVO BALLARIN

American Society of Anesthesiologists (ASA) e Anesthesia Patient Safety Foudation (APSF) publicaram recomendações sobre cirurgia eletiva pós-Covid-19

A pandemia não cessou. Hospitais continuam realizando cirurgias de emergência e retornam, pouco a pouco, às cirurgias eletivas. Por essa razão, muitas dúvidas surgem sobre qual é o melhor momento de agendar o procedimento para pacientes que, em algum momento, positivaram para Covid-19.

Segundo o anestesiologista Gustavo de Freitas Ballarin, a ASA – *American Society of Anesthesiologists* e *a APSF – Anesthesia Patient Safety Foudation* afirmam que as cirurgias eletivas devem ocorrer após o período de isolamento e transmissão confirmados e em pacientes considerados 'não infecciosos'.

O que determina se um paciente é ou não "não infeccioso"?

ASA e APSF mencionam estudos realizados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), onde afirmam que o paciente não precisa mais ficar isolado e não é mais transmissor quando:

- Passaram-se pelo menos 10 e até 20 dias desde o aparecimento dos primeiros sintomas;
- Pelo menos 24 horas se passaram desde a última febre sem o uso de medicamentos para baixar a febre; e
- Os sintomas (por exemplo, tosse ou falta de ar) melhoraram.

As recomendações da ASA e APSF baseadas nos estudos do CDC sugerem ainda que uma consulta com especialista em controle de infecção seja realizada para que se tenha mais segurança.

Todavia, o que os anestesiologistas e cirurgiões se questionam é: qual o período apropriado entre a recuperação de Covid-19 e a cirurgia para que não ocorram complicações?

Gustavo Ballarin explica que um estudo apresentado na recomendação coopera para a decisão do grupo cirúrgico pois diz que há um risco significativamente maior de complicações pulmonares nas primeiras quatro semanas após o diagnóstico(1) e, **por isso, sugere o adiamento das cirurgias por pelo menos sete semanas após a Covid-19(2).** Já para os pacientes assintomáticos, o estudo não apresenta diferenças entre o período anterior ou posterior a sete semanas.

O trabalho também deixa claro a falta de necessidade de repetir o teste SARS-CoV-2 no período de 90 dias após a recuperação e que o exame deve ser solicitado apenas se o paciente apresentar continuidade e/ou recorrência dos sintomas.

ASA e APSF deixam claro que o mais importante é a parceria entre a equipe multiprofissional, a avaliação pré-operatória individualizada e o estado clínico/fisiológico do paciente, buscando profundo conhecimento sobre a saúde do paciente a ser operado para promover tranquilidade e segurança a todos os envolvidos.

Referências citadas no estudo:

1. COVIDSurg Collaborative. Delaying surgery for patients with a previous SARS-Cov-2 infection. BJS 2020; 107: e601–e602. https://doi.org/10.1002/bjs.12050

2. Nepogodiev D, Simoes JFF, Li E, et al: Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. Anaesthesia (in press as of Mar 3, 2021)

“O trabalho deixa claro a falta de necessidade de repetir o teste SARS-CoV-2 no período de 90 dias após a recuperação, e que o exame deve ser solicitado apenas se o paciente apresentar continuidade e/ou recorrência dos sintomas.”

Muito além da estética

LUIZ VICENTE BERTI

FELIPE NARA

Costumamos sempre nos referir à obesidade como uma doença não só do corpo, mas também da alma. Somente quem a sofre sabe quantificar os preconceitos e até as humilhações já sofridas.

Um erro comum, menos entre pacientes e mais entre familiares, fontes pagadoras e, pasmem, até entre médicos não acostumados com o procedimento, é subestimar os benefícios promovidos na saúde global destes pacientes pela cirurgia bariátrica.

Com a industrialização, que gera maior oferta de alimentos processados e ricos em carboidratos, aliada a um estilo de vida sedentário, a prevalência da obesidade triplicou mundialmente entre 1975 e 2016, atingindo 36,2% da população em países desenvolvidos como os Estados Unidos. Ela não é, no entanto, exclusiva desses países e atinge também países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o percentual de obesos chega a 19,8% (IMC > 30) e o de pacientes com sobrepeso (IMC > 25) a 55,7%.

Como consequência dessa epidemia temos um aumento muito significativo de outras doenças, uma vez que a obesidade é fator de risco importante para diabetes mellitus do tipo 2 (DM2), hipertensão arterial, dislipidemia, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e esteatose hepática, entre outras.

Há um ditado que diz "se você não aprende pelo amor, aprende pela dor" e mais uma vez aprendemos pela dor. Precisamos de uma pandemia como a Covid-19 para confirmar uma vez mais que os benefícios do emagrecimento para os pacientes são muito significativos.

Passado mais de um ano do início da pandemia, vários trabalhos científicos demonstram que hipertensão arterial, DM2, doenças

cardiovasculares e neoplasias são fatores de risco para mortalidade na infecção por Covid-19, e todas essas doenças estão relacionadas com a obesidade. Não apenas elas, mas a própria obesidade, independente de outras comorbidades, se mostrou um importante fator de risco para mortalidade na associação com a doença provocada pelo novo coronavírus.

Um estudo liderado por Simmonet com pacientes internados em UTI demonstrou que, enquanto entre os que apresentavam IMC < 25 a proporção dos que necessitavam de ventilação mecânica era de 41%, entre os pacientes com IMC > 35 subia para 85,7% os que precisavam do mesmo recurso.

Evidentemente, a superlotação das UTIs em função do agravamento da pandemia, demandou a suspensão ou o adiamento de muitas cirurgias, inclusive bariátricas e metabólicas, por serem consideradas eletivas. Aqui cabe uma pergunta - não é conveniente e muito amplo o significado desta palavra na ótica das fontes pagadoras? Vale ressaltar que antes da pandemia eram realizadas no Brasil em torno de 60 mil cirurgias bariátricas por ano, a maior parte pacientes atendidos por planos de saúde, o segundo grupo de cirurgias realizadas pelo SUS e depois por pacientes particulares.

Este número de cirurgias anuais representa menos de 0,5% do total de pacientes elegíveis para a realização de cirurgias bariátricas e metabólicas no Brasil e durante a pandemia vimos a falta do tratamento adequado da obesidade sobrecarregar ainda mais nosso sistema de saúde, levando a um gasto financeiro maior com o tratamento destes pacientes, visto que o custo médio da internação de obesos em UTI é 6,89 vezes maior e a mortalidade entre os obesos internados em UTI com Covid-19 também maior que a dos não obesos.

Uma pesquisa francesa liderada por Iannelli demonstrou que a mortalidade por Covid-19 em pacientes obesos era de 14,2% e esse número caía para 3,5% em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica e metabólica.

Em um cenário pós-pandemia, com pacientes vacinados para prevenção de infecções pelo novo coronavírus, o ritmo de cirurgias eletivas deve progressivamente voltar aos números pré-pandemia ou até mesmo superá-los, tendo em vista que muitas cirurgias foram postergadas.

Na nossa opinião as cirurgias bariátricas devem ser colocadas como prioritárias pelo seu benefício global e, principalmente, pela melhora (ou até resolução) de diversas doenças associadas (co-morbidades).

Foi preciso uma grave pandemia como a da Covid-19 para nos mostrar como os benefícios do emagrecimento vão muito além da estética, que pacientes não obesos tiveram melhor prognóstico quando comparados aos obesos e, principalmente, que os submetidos a cirurgia bariátrica e metabólica tiveram uma mortalidade menor.

Mesmo o número de cirurgias realizadas sendo pequeno, à luz do número de pacientes bariátricos e metabólicos existentes, e ao fato da não realização das cirurgias resultar em prejuízos imensuráveis à saúde destes pacientes, nossos gestores de saúde continuam enxergando a cirurgia bariátrica e metabólica como cirurgia estética, mantendo este procedimento no mesmo nível de prioridade que procedimentos eletivos, com o que cientificamente não concordamos.

Para concluir, esperamos que não seja preciso esperar a ocorrência de outra pandemia para que nossas autoridades de saúde deixem de classificar a cirurgia bariátrica e metabólica com um procedimento estético e passem a enxerga-la como um procedimento que oferece mais saúde e, consequentemente, mais qualidade e quantidade de vida aos nossos pacientes.

Luiz Vicente Berti
Felipe Nara

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS

SLS THE SOCIETY OF LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS

SOCIETY OF ROBOTIC SURGERY

SBH

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA 1928

CBC
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

SOBRAnews

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**

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 | Tel/ Fax: 21 3325.7724