



SOBRAnews

SOBRACIL ITINERANTE

Ensino
adequado aos
novos tempos

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 65

2021



SERGIO ROLL
Presidente

Os desafios da educação à distância: **SOBRACIL itinerante** - uma nova proposta

A pandemia de COVID-19 trouxe mudanças sem precedentes na área da saúde e no treinamento dos residentes de cirurgia, pelas cirurgias eletivas reduzidas ou interrompidas, conferências reorganizadas e exames cancelados. Trainees e treinadores se adaptaram, criando maneiras inovadoras e engenhosas para continuar aprendendo, permitindo a progressão através do treinamento cirúrgico.

Com o aumento dos casos de COVID-19 em todo o mundo e novas ondas de infecções, refletimos muito sobre as mudanças recentes no treinamento cirúrgico e discutimos a melhor forma de apoiar a próxima geração de cirurgiões durante este período de incertezas.

Até agora o Brasil só tinha a experiência de ensino à distância (ou EaD) na educação superior. E, embora as perspectivas sejam de crescimento nesse setor - no qual predominam as instituições privadas de ensino - os resultados até agora não são todos satisfatórios.

Segundo o mais recente Censo da Educação Superior feito pelo INEP (Ministério da Educação) em 2018, pela primeira vez na história, o número de vagas ofertadas em cursos universitários à distância (7,1 milhões) foi maior do que o número de vagas em cursos presenciais (6,3 milhões).

Seguindo a tendência mundial, a SOBRACIL se adaptou rapidamente a esta nova realidade e realizou o SOBRACIL on-line em dezembro de 2020, com um número expressivo de participantes, superando todas as nossas expectativas.

Dando continuidade aos nossos projetos de ensino para 2021, criamos o **SOBRACIL Itinerante**, envolvendo as regionais do Centro-oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul.

Após inúmeras reuniões com os capítulos decidimos criar eventos regionais focando nas necessidades locais, levando temas de atualização para todo o território nacional.

Sendo assim, no dia 28 de junho, iniciamos esta jornada no **Centro-Oeste** com temas sobre coloproctologia e ginecologia, seguido pelo **Nordeste** (28 julho) com cirurgia bariátrica e torácica, **Norte** (30 de agosto), com temas sobre urologia e cirurgia laparoscópica da parede abdominal, **Sudeste** (25 de outubro) com cirurgia hepato-bilio-pancreática e digestiva

alta e **Sul** (22 de novembro) com cirurgia de esôfago-estômago e robótica da parede abdominal.

É imperioso destacar o nosso objetivo de integração atrelada à unificação dos nossos membros, levando ensino de qualidade a todos os cantos do nosso país.

Apesar das incertezas e das mudanças do mundo atual, nossa sociedade continuará a evoluir em seus programas de treinamento para capacitar e ajudar os nossos membros a receberem as atualizações necessárias, bem como ensino de qualidade.

SE O PLANO NÃO FUNCIONA, MUDE O PLANO, NÃO A META. VAMOS EM FRENTE.

Sergio Roll
Presidente



“ decidimos criar eventos regionais focando nas necessidades locais, levando temas de atualização para todo o território nacional”

Como a cirurgia robótica melhorou a minha cirurgia laparoscópica



**ELISANIO DE
SOUZA CARDOSO**

Em 4 de dezembro de 2020, em meio à pandemia que ainda nos assola, e após um hiato no treinamento por ela provocado, realizei enfim o meu primeiro procedimento robótico: uma herniorrafia inguinal bilateral.

O procedimento marcava o início efetivo da prática após todo o treinamento que havia feito. Inicialmente virtual, seguido por exaustivas simulações, participando em cirurgias inicialmente como observador e depois como auxiliar.

Não quero parecer piegas, mas reitero a importância de todo este longo processo na formação do cirurgião robótico. Uma vez colocado no comando, no console do cirurgião, é notório o valor de cada um dos passos dados até chegar ali e ainda a necessidade de continuar sempre com atualizações e aperfeiçoamentos. Cada uma destas etapas tem valor primordial!

Um detalhe que gostaria de frisar foi o quanto me marcaram algumas coisas naquele primeiro "hands-on" com a plataforma robótica: o meu reconhecimento a todos os envolvidos no processo, a minha fascinação (esta é a palavra que consegue expressar meu sentimento) com a imagem que via e com as possibilidades que me trazia em termos de segurança e conforto, a

minha superação (pois houve momentos, confesso, frente à plataforma de simulação, que achei que não fosse ser capaz de dar sequência), e a minha verdadeira emoção ao finalizar aquele primeiro procedimento: li-guei para minha esposa e, às lágrimas, disse: consegui, correu tudo bem! Seu cirurgião com 30 anos de graduação não se estagnou, não se acomodou!

Vieram outros procedimentos e outros auxílios e minha reação permanece a mesma! Ainda continuo em treinamento, com novo hiato provocado pelo adiamento de cirurgias eletivas em função da necessidade de leitos e insumos para as vítimas da Covid-19.

Uma observação se mantinha em minha mente, era a magnitude da qualidade de imagem que tinha disponível e a sutileza e gentileza no trato com os tecidos que me eram oferecidos pela associação da visualização com os instrumentos. Associado a isso, ao longo de todo este percurso, o acesso online a tantas cirurgias fascinantes, realizadas por colegas brilhantes, com habilidades notórias, realçadas pela efetiva beleza do que a robótica tem a nos oferecer, fizeram-me pensar, e devo estar certo em achar que não é pensamento exclusivo meu, que a minha prática laparoscópica habitual tinha a ganhar também com isso.

Dispondo de equipamento de excelente qualidade e de auxiliares dispostos a trabalhar em conjunto visando o benefício do paciente e realizando apenas pequenos ajustes de posicionamento de acessos à cavidade, de aproximação da imagem, de ainda maior cuidado na manipulação dos tecidos, de ainda mais meticulosa hemostasia e cuidadosa dissecação, passamos a observar claramente que a qualidade de nossa cirurgia laparoscópica estava a ser positivamente influenciada pelo aprendizado e prática na cirurgia robótica.

Conseguimos atingir e manter os resultados baseados em: menos complicações, recuperação mais rápida, menor dor pós-operatória, nenhuma recidiva, baixa incidência de dor inguinal crônica pós-operatória, tempo operatório adequado (consistente), pacientes satisfeitos, encaminhamentos repetidos e satisfação com o resultado imediato e tardio da cirurgia.

Assistir aos procedimentos disponibilizados online, aos eventos online, conversar com colegas mundo afora e contar com a ajuda e as dicas dos mais experientes, trouxeram ainda mais tranquilidade à prática e melhores resultados intra e pós-operatórios.

Todos em volta podem observar cirurgias mais "limpas", menor uso de gazes, maior economia de movimentos, detalhamento de anatomia com vários "*critical views of safety*" na cirurgia das hérnias de parede abdominal e de hiato e na cirurgia da via biliar.

Associamos procedimentos baseados no aprender contínuo, como a infiltração anestésica preliminar à manipulação (sendo os bloqueios realizados por nós mesmos sob visão direta) e seus efetivos resultados no conforto dos pacientes, com a tranquilidade subsequente de tê-los liberado para o bem-estar de suas casas no mesmo dia do procedimento, fato este notável em meio à escassez de leitos vigente.

Devo concluir com a real e verdadeira impressão de que o aprendizado do cirurgião nunca se encerra, ele sempre está em curso. Que não há tecnologia que não deva ser avaliada quando disponível para ser utilizada em benefício de nossos pacientes e em nosso próprio benefício. Que o exemplo permanente de tantos colegas cirurgiões na busca da difusão do conhecimento seja mais do que valorizado e louvado. Que há coisas que vieram pra ficar e que, ainda que não as tenhamos amplamente disponíveis, tenhamos o discernimento para avaliar a sua influência positiva em nossa prática diária. E que não sejamos jamais fechados aos novos aprendizados e no benefício que eles certamente nos trarão e aos nossos pacientes. Além do fato, que aqui tentei tornar notório, que é o da influência positiva de uma forma de abordagem sobre a outra.

“o aprendizado do cirurgião nunca se encerra, ele está sempre em curso.”





GABRIEL PASTORE



PATRICIA RADAIC

A inclusão da cirurgia vídeo-assistida na Cirurgia Bucomaxilofacial

A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é uma especialidade odontológica, que atua na região da face tratando os traumas, patologias, deformidades e outras doenças que acometem o sistema estomatognático, predominantemente funcional, mas de interferência da face em sua harmonia e nos traços faciais que trazem a beleza de um belo sorriso ou as formas de um rosto jovial e marcante.

Em associação a este complexo maxilofacial, está uma das articulações mais complexas do corpo humano, posicionada em uma região de interesse estético e muito delicada em sua abordagem. Para piorar o cenário, temos as moléstias destas articulações, que estão entre os diagnósticos mais comuns da especialidade e da odontologia. É muito provável que o leitor tenha sofrido, em algum momento, de dores faciais ou limitações funcionais desta articulação, tão complexa e associada ao controle da ansiedade, stress, Síndrome da Apneia obstrutiva do sono, estalos e limitações da função mastigatória. Esta patologia chamamos de Disfunção temporomandibular ou DTM, como abreviamos.

Diante deste cenário, as novas consultas da especialidade em que os pacientes manifestam a DTM, são maioria em nossos consultórios e, apesar de estar na face, as abordagens desta articulação, quando cirúrgica, eram historicamente por via cruenta, o que estigmatizou essa cirurgia junto a especialidade e aos pacientes.



“ as tarefas que realizamos por vídeo são cada vez maiores e a necessidade de cirurgias cruentas são cada vez mais restritas e específicas.”

O segundo semestre de 2012 foi marcado pelo início de um movimento de incentivo, procura e aprendizado das cirurgias desta articulação, por uma abordagem minimamente invasiva e com apoio de óticas cirúrgicas.

Mais que uma cirurgia minimamente invasiva, era um mundo novo que se abria para os colegas que se aventuraram nesta jornada mas, principalmente, um universo de oportunidades de tratamento com novas ferramentas terapêuticas de relevância para este paciente fragilizado e com poucas opções de tratamento. Mas o desafio está muito além da hipótese de resultados: a odontologia não tinha, e não tem, qualquer contato com cirurgias vídeo-assistidas em praticamente nenhuma das suas especialidades. O uso de ópticas cirúrgicas ou de diagnóstico não era incentivado e nem ensinado na graduação, residência ou pós graduação, e só era um desafio maior que aprender, buscar quem pudesse ensinar, onde aprender, praticar e, por fim, demonstrar a relevância do procedimento à sociedade.

Em 2012 e 2013, participamos de um grupo de estudos que teve a tutoria de colegas de diversas especialidades médicas: Sergio Roll, Nivaldo Alonso, Alexandre Sadao e Fabrizio Romano foram alguns dos nomes que aceitaram o desafio de ensinar, ini-

cialmente, princípios básicos da cirurgia vídeo assistida. A necessidade de buscar conhecimento específico fora do país, rapidamente nos alcançou e buscamos esse conhecimento nos EUA, Espanha e China, cada um a seu tempo.

Quase uma década depois, as Cirurgias de ATM por abordagem minimamente invasiva e vídeo assistidas são uma prática rotineira, as tarefas que realizamos por vídeo são cada vez maiores e a necessidade de cirurgias cruentas são cada vez mais restritas e específicas, mas sempre existirão.

Um número enorme de colegas bucomaxilofaciais realiza esse procedimento, os pacientes se acostumaram com a técnica e os congressos têm módulos cada vez mais disputados sobre o tema.

O Brasil se tornou formador de opinião para a America Latina, Oriente Médio, Europa e EUA nesse tema e nossos colegas brasileiros são regularmente vistos como palestrantes prestigiados nos eventos sobre o tema.

Ganhou a ciência, a comunidade da odontologia e, principalmente, os pacientes que podem ser assistidos de forma democrática, em busca de melhor qualidade de vida, através de uma via segura e eficiente.

Gabriel Pastore e Patrícia Radaic

“Cirurgião de Hérnia” é uma especialidade?



MARCELO FURTADO

Experimente digitar “Centro de Hérnia” (Hernia Center) no Google. Mais de 6 milhões de páginas são exibidas, porém no PubMed nem uma única publicação científica é mostrada. Isso demonstra que a definição científica “centro de hérnia” não existe e que este termo está sendo usado por hospitais, instituições privadas e até mesmo cirurgiões como um instrumento de marketing para recrutar pacientes com doenças herniárias da parede abdominal. Mas o que significa e qual a importância de um “Centro Especializado no Tratamento das Hérnias da Parede Abdominal”?

Quem explica é Marcelo Lopes Furtado, Doutor em Gastrocirurgia, Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Hérnia e Ex-Presidente da SOBRACIL-SP:

“Desde a introdução do conceito “cirurgia sem tensão”, há cerca de 30 anos, a cirurgia de hérnia abdominal (inguinal e/ou ventral) tem se tornado cada vez mais complexa devido à introdução de novas técnicas endoscópicas, minimamente invasivas, robóticas ou não, e à infinidade de dispositivos médicos específicos para esse fim, como telas sintéticas, biológicas, absorvíveis, das mais variadas gramaturas e porosidades.

O conceito da herniorrafia mudou para a maioria dos cirurgiões

“ a taxa de recorrência é significativamente maior para cirurgiões gerais que não são especialistas em cirurgia de hérnia, em comparação com especialistas em parede abdominal.”



gerais. O pensamento anterior de "é apenas uma hérnia" está ultrapassado e foi substituído pela consideração baseada na ciência de fatores relacionados ao indivíduo, seleção e preparo do paciente, aplicação de técnica anatômica, requisitos de força e opções de fixação e considerações do uso individualizado de biomateriais, e prática da chamada "*tailored approach*", "Abordagem sob Medida".

Este domínio da maior compreensão do paciente individualizado e dos seus problemas da parede abdominal e seu reparo, melhorou os resultados das técnicas cirúrgicas empregadas ⁽¹⁾, todavia resta a pergunta: Existe a especialidade "Cirurgião de Hérnia"?

O uso diferenciado das várias técnicas embasado nos modernos protocolos (guidelines) das sociedades especializadas em hérnia (European Hernia Society, Americas Hernia Society, Sociedade Brasileira de Hérnia, etc!) requer intenso envolvimento e ampla experiência de equipe multidisciplinar em todo o campo da cirurgia de hérnia. Oitenta e dois por cento dos cirurgiões de hérnia experientes estão empregando a "abordagem sob medida" em cirurgia de hérnia ^(2,3).

Um estudo comparativo demonstrou que independentemente da técnica cirúrgica, a taxa de recorrência é significativamente maior para cirurgiões gerais que não são especialistas em cirurgia de hérnia, em comparação com especialistas em parede abdominal ($p < 0,0001$) ⁽⁴⁾.

Portanto há uma necessidade de "centros de hérnia" nos quais a cirurgia de parede abdominal seja praticada por "cirurgiões de hérnia", especializados e habilitados que dominem todas as técnicas cirúrgicas existentes e desempenhem um papel ativo no treinamento e educação continuada, bem como na produção de artigos científicos com níveis de evidência. Cada recorrência após o reparo primário de uma hérnia constitui um fardo econômico adicional para o sistema de saúde e pode levar a complicações consideráveis para o paciente. O aparecimento de dor crônica pós-operatória secundária a procedimentos de cirurgia de hérnia é um grande problema para o paciente em questão e para o cirurgião responsável pelo tratamento, daí a importância da especialização do cirurgião e sua equipe multidisciplinar no tratamento individualizado da hérnia da parede abdominal.

1. Roll S. A global vision for hernia repair improvement. *General Surgery News* (Vol. 39:01) (2012).

2. Morales-Conde S, Socas M, Fingerhut A. Endoscopic surgeons' preferences for inguinal hernia repair: TEP, TAPP or OPEN. *Surg Endosc* (2009)

3. Smith M. Surgeons face more complex hernias in more complex reimbursement. *World General Surgery News* (Vol. 39:01) (2012)

4. Gilbert AI, Graham MF, Young J, Patel BG, Shaw K. Closer to an ideal solution for inguinal hernia repair: comparison between general surgeons and hernia specialists. *Hernia* (2006)



ALFREDO GUARISCHI

Os vírus agradecem

“Medidas sanitárias, testagem, isolamento responsável dos contaminados e seus contatos, e vacinação são a melhor estratégia na prevenção de doenças contagiosas.”

Esse novo vírus adora polêmicas para continuar deixando pacientes sem ar, sem urinar, com trombose e problemas neurológicos. As mutações, associadas ao contínuo desrespeito às medidas básicas de prevenção de contágio por parte da sociedade, contribuíram para sua disseminação e graves consequências. Em todo o mundo, a desejada "imunidade de rebanho" foi atropelada pelo "estouro da manada" dos mãos-sujas, sem máscara e responsabilidade. Os capatazes, diante do descontrole do rebanho, se acusam.

Os cientistas conseguiram – em tempo recorde – criar diversas vacinas; porém, somos oito bilhões de pessoas, e as mutações do vírus diminuem o efeito protetor dos imunizantes, por isso há necessidade de antivirais. A indústria farmacêutica se mobilizou e novos antivirais foram desenvolvidos.

O impacto na bolsa de valores foi expressivo, mas os resultados clínicos não foram tão bons como inicialmente divulgados.

Dúvidas, que sempre ocorrem com novos medicamentos, serão respondidas com o tempo, algo imprescindível na ciência. Dar declarações confusas, politizar a ciência ou fazer ginásticas estatísticas é coisa de gente rasa, e aumenta as incertezas.

Os estudos para combater as formas iniciais da Covid-19, com a utilização de medicamentos antigos e baratos recebem enormes críticas, tanto por falhas na apresentação dos resultados, quanto pela metodologia das pesquisas. Os defensores desses medicamentos divulgam números que fizeram alguns órgãos de pesquisa reavaliar suas recomendações. O que temos de certeza?

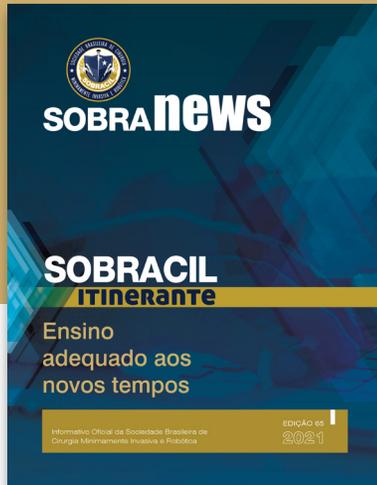
Em agosto de 2020, os *National Institutes of Health (NIH)* dos Estados Unidos se posicionou "contra o uso da ivermectina como tratamento, exceto em pesquisa clínica". Em janeiro de 2021, a entidade mudou parcialmente sua postura e agora "admite que não pode nem ser contra, nem recomendar o uso da ivermectina", enfatizando a necessidade de mais estudos para esclarecer as controvérsias. No entanto, esse e outros medicamentos já estavam sendo satanizados por uns e idolatrados por outros, e todos perdem com isso. Pesquisas de vacinas e de outras formas de tratamento não são excludentes, e ambas devem continuar sendo realizadas com pro-

tolos de pesquisa oficiais e apolíticos. Até hoje, parte do que se pratica rotineiramente em medicina não esperou trabalhos com alto nível de evidências para ser incorporado ao dia a dia. Afirmar que "os médicos que prescrevem *off-label* devem ser punidos" não é o mais adequado. A origem dos estudos prospectivos e randomizados, padrão-ouro na pesquisa, é posterior aos pioneiros que ousaram inovar, contrariando as evidências da época. Galileu, Semmelweis, Oswaldo Cruz deram um primeiro passo – inédito – e desafiaram o estabelecido. Não foram irresponsáveis, mas picados pela inquietude do bem querer.

Medidas sanitárias, testagem, isolamento responsável dos contaminados e seus contatos, e vacinação são a melhor estratégia na prevenção de doenças contagiosas. Para a Covid-19 não é diferente. Os resultados divulgados por Israel e Nova Zelândia são prova disso. Em breve, novas vacinas contra os vírus mutantes estarão disponíveis e espera-se que sejam mais efetivas.

No entanto, é necessário continuar as pesquisas por novas vacinas, assim como para antivirais. As vacinas contra as gripes sazonais não são totalmente eficazes, mas diminuem a morbimortalidade associada. A ação dos antivirais específicos diminuiu enormemente a letalidade do vírus do HIV e da hepatite C, para os quais ainda não há vacinas eficazes, mesmo após décadas de pesquisas.

Não há resposta única e simples para essa complexa pandemia. Os vírus agradecem às pessoas simplistas.



PATROCINADOR DIAMANTE

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

SOCIEDADES PARCEIRAS



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
Leolino Tavares
Paulo Jiquiriçá

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva
Paula Volpe
José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável	Elizabeth Camarão
Fotografias	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