



SOBRAnews

O que queremos
para a vida
pós-pandemia

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 67

2021



SERGIO ROLL
Presidente

A atual pandemia será um fator transformador, trazendo mudanças duradouras no mundo?

“

Olhando para trás na história, se compararmos com as pandemias anteriores, como será que esta pandemia pode transformar o curso atual da política global?”

Fazer parte deste momento insólito na história humana, presenciar a trágica expansão da pandemia pelo coronavírus, tomar conhecimento diariamente de novas centenas de milhares de mortes, algumas de pessoas próximas, o confinamento forçado, nos revelam nossa imensa vulnerabilidade. Mas também é uma oportunidade única para repensar tudo – a vida cotidiana, a política, a economia, e a forma de tratar o planeta.

“Olhando para trás na história, se compararmos com as pandemias anteriores, como será que esta pandemia pode transformar o curso atual da política global?”

Antes da pandemia, a economia da China crescia rapidamente com previsão de ultrapassar os Estados Unidos, mudando as relações de influência entre os países. A Rússia apresenta relações tensas com os países vizinhos, especialmente com a Ucrânia, que se acentuaram após a tomada da Crimeia, e nesta região também podem ocorrer grandes mudanças geopolíticas. Mais recentemente, o Talibã reconquistou o Afeganistão, somando mais uma derrota na lista dos americanos.

As alterações climáticas e o impacto negativo que podem ter na economia do mundo, particularmente nos países mais po-



bres, fazem com que sejam também multiplicadoras de ameaças, de saúde e segurança, agravando vulnerabilidades, segundo consultores do Greenpeace Africano.

O impacto real da pandemia, de longo prazo, será sentido mais profundamente pelos países mais pobres. Os países ricos são capazes de gerar o máximo de dívida de que precisam e conseguem convencer os investidores de que vão pagá-la. Mas a economia dos países subdesenvolvidos, que já sofrem com o endividamento, sofrerá muito nos próximos anos.

Esperemos que os mandantes dos países mais ricos entendam o sentido de um mundo globalizado, um único planeta habitado pela raça humana.

Como cidadãos do mundo, somos agora obrigados a dar mais importância às normas do sistema de saúde, à investigação médica e exigir que o mundo rico repense e contribua para a melhoria das condições de vida dos mais pobres.

Nada é tão ruim quanto parece ser e há sempre uma saída, por mais oculta que esteja. Uma das

lições desta crise é a necessidade de termos uma resposta mais global e integrada frente às doenças e pandemias. A rapidez da investigação científica e a colaboração entre centros de pesquisa foi bem orquestrada e resultou na elaboração de várias vacinas em tempo recorde.

É tempo de reflexão profunda sobre o que ocorreu nos últimos 18 meses e como podemos cooperar no processo de curar doenças, de um modo mais estruturado e global.

Penso que há esperança e que pode estar se iniciando um tempo de verdadeira colaboração, não só na área médica, em benefício de todas as pessoas do planeta.

Por isso amigos, vale a pena nos dedicarmos agora a pensar seriamente no que queremos para a vida pós-pandemia.

Sergio Roll
Presidente

Câncer de estômago - estadiamento



PAULO KASSAB

Uma das etapas mais importantes no diagnóstico e tratamento do câncer do estômago é o estadiamento. Ele tem as funções de avaliar a extensão da doença e, com isso, planejar o tratamento, uniformizar as normas para a análise dos resultados terapêuticos e tentar estabelecer o prognóstico. Para se obter o estadiamento adequado é necessário que sejam obedecidas normas rigorosas.

O clássico sistema TNM (tumor, linfonodos, metástases) é normatizado pela UICC (União Internacional Contra o Câncer) e revisado a cada 7 anos com o intuito de aperfeiçoamento. Iremos apresentar aqui a última versão, publicada em 2016 e totalmente baseada no estudo da International Gastric Cancer Association¹.

Em relação ao tumor: T1 – tumor que não ultrapassa a submucosa; T2 – tumor que acomete a camada muscular própria; T3 – tumor que acomete a subserosa; T4a – invade a serosa e T4b – invade órgãos adjacentes. No que diz respeito aos linfonodos é importante lembrar que são classificados conforme a invasão de linfonodos regionais peri-gástricos, borda superior do pâncreas e hilo hepático e esplênico. Os linfonodos mais distantes são considerados como doença metastática. Desse modo, temos: N0 – nenhum linfonodo acometido; N1 – 1 a 2 linfonodos regionais acometidos; N2 – 3 a 6, N3a – 7 a 15 e N3b – 16 ou mais linfonodos com doença. Já para a presença de metástases classificamos apenas como M0 – ausência e M1 – presença. Há termos específicos para se determinar os diferentes tipos de metástases como descreveremos a

seguir, entretanto qualquer desses se enquadra em M1. Metástases hepáticas – H1 ou H0 dependendo da presença ou ausência de metástases. O mesmo ocorre para o peritônio – P1 ou P0, citologia oncótica – CY1 ou CY0. Outros locais podem ser sede também: LYM – linfonodos, PUL – pulmões, PLE – pleura, MAR – medula óssea, OSS – ossos, BRA – cérebro, MEN – meninges, SKI – pele e OTH – outros locais.

Todos esses achados podem ser precedidos de letras minúsculas, a saber: c – achados clínicos, p – achados anátomo patológicos, f – achados finais que consistem na soma de todos os achados. Nos clínicos se incluem os dados clínicos propriamente ditos, aqueles obtidos por exames de imagem como RX, ultrassom endoscópico, tomografia, PET-CT, ressonância, podendo-se recorrer até a punções guiadas por imagem para o diagnóstico. Nos achados anátomo patológicos se deve incluir todos os achados do espécime cirúrgico (não se incluem aí os achados de biópsias endoscópicas). As informações que o patologista recebe do

cirurgião ou do clínico são de suma importância, já que, por exemplo, uma metástase cerebral, ou óssea vistas por tomografia, e não extirpadas, não farão parte da peça e não serão avaliadas pelo patologista. Nos pacientes submetidos a tratamento neoadjuvante, deve-se utilizar a letra y precedendo os achados². É importante enfatizar que os relatórios contendo informações oncológicas não devem JAMAIS ser feitos em letras maiúsculas, pois podem gerar enormes erros de interpretações.

Ocorre, no entanto, que no pré-operatório, ainda não temos os achados do exame anátomo patológico, desse modo utilizamos a classificação clínica para a avaliação pré-operatória. A determinação de T, N e M antes da cirurgia será feita pela soma de todos os dados disponíveis até aquele momento (achados clínicos, endoscópicos e de imagem), inclusive os achados da laparoscopia e biópsias de estadiamento, cada vez mais utilizadas. Essa estimativa do estágio é fundamental para se planejar a estratégia de tratamento³. (Quadro 1)

	Metástases – (M0)		Metástases + (M1)
	Ausência de invasão linfonodal – (N0)	Presença de invasão linfonodal – (N+)	Qualquer N
T1 ou T2	Estádio I	Estádio IIA	IVB
T3 ou T4a	Estádio IIB	Estádio III	
T4b	Estádio IVA		

Quadro 1

	N0	N1 (1-2)	N2 (3-6)	N3a (7-15)	N3b >15	M1 (qualquer N)
T1	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	IV
T2	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV
T3	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV
T4a	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IV
T4b	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	IV

Quadro 2

Após a cirurgia de ressecção, com a análise do espécime, aí sim se recorre ao estágio final descrito no Quadro 2.

Em resumo, no estadiamento clínico acima de T2 e quando houver indícios de acometimento linfonodal sugere-se iniciar o tratamento com quimioterapia neoadjuvante. Nos tumores menores que T2 sem acometimento linfonodal pode-se optar pela cirurgia como estratégia inicial. Aí, novamente, se o anátomo patológico revelar doença linfonodal ou acometimento de serosa recorre-se à quimioterapia e ou radioterapia adjuvante.

Quadro 1 – Estadiamento clínico (modificado de Komatsu s, Otsuji E. Essential updates 2017/2018: Recent topics in the treatment and research of gastric cancer in Japan. Ann Gastroenterol Surg. 2019; 3: 581-591)³.

Quadro 2 – Estadiamento final (modificado de: Sano T, Coit DG, Kim HH, Roviello F, Kassab P, Wittekind C, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. Gastric Cancer. 2017; 20:217-25)¹.

1. Sano T, Coit DG, Kim HH, Roviello F, Kassab P, Wittekind C, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. Gastric Cancer. 2017; 20:217-25.

2. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018. (ver.5). Tokyo: Kanehara Et Co., 2018.

3. Komatsu s, Otsuji E. Essential updates 2017/2018: Recent topics in the treatment and research of gastric cancer in Japan. Ann Gastroenterol Surg. 2019; 3: 581-591.

Paulo Kassab

Professor Titular Livre Docente, Chefe do grupo de esôfago e estômago do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Auditor e Membro do Board da International Gastric Cancer Association.



MARCELO VAZ PEREZ



FELIPE RAMOS BARBOSA

Doenças colorretais

As complicações advindas de doenças colorretais, que geralmente envolvem ressecções e anastomoses, infelizmente não são raras e frequentemente apresentam complicações graves. Todos os anos são diagnosticados mais de 1,5 milhão de casos de câncer colorretal, que exigem procedimentos cirúrgicos como base de tratamento para este tipo de câncer.

No procedimento cirúrgico a que são submetidos, os pacientes diagnosticados com câncer colorretal têm parte de seus intestinos removidos, e para restaurar a continuidade intestinal é criada uma anastomose.

Como citado anteriormente, as complicações terapêuticas que derivam deste procedimento cirúrgico podem ser graves. Extensões mórbidas variáveis que prolongam o período de internação hospitalar acabam por aumentar substancialmente o custo do tratamento, perpetuam sequelas funcionais, contribuem para a presença de infecções e deiscência da anastomose e acabam por elevar substancialmente o índice de mortalidade.

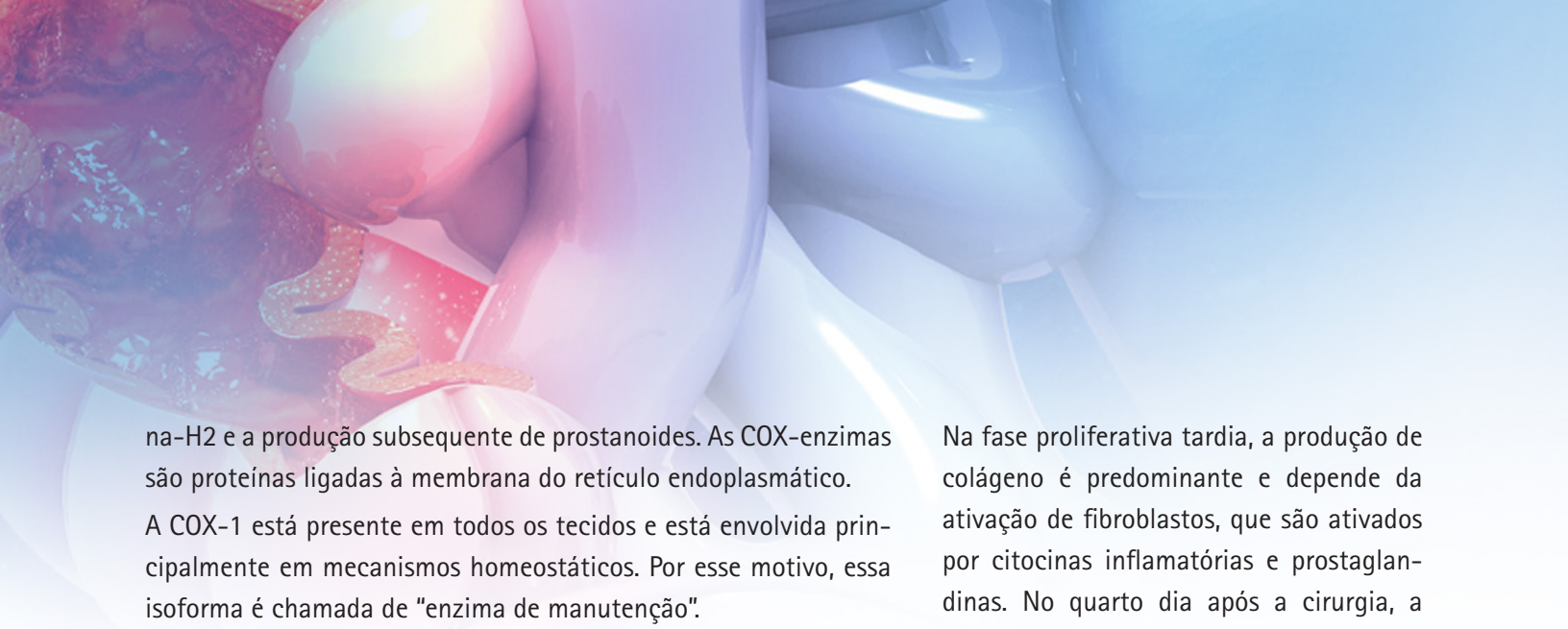
A deiscência da anastomose é a complicação pós-ope-

ratória mais temida e uma das causas mais importantes de morbidade na cirurgia colorretal, pois é a principal fonte de infecção (peritonite generalizada) podendo culminar na sepse. A fisiopatologia da deiscência da anastomose ainda não é totalmente compreendida. Definição, incidência, etiologia e fatores de risco ainda encontram opiniões controversas, o que dificulta a elaboração de esquemas profiláticos e planejamentos terapêuticos universais. Outras complicações de menor risco e menos frequentes, são: hemorragia anastomótica, estenose e fístula.

Ao longo dos anos identificou-se diversos fatores de risco alteráveis e não alteráveis para deiscência da anastomose. Foi apontado que um possível fator de risco corrigível o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para analgesia pós-operatória.

Mecanismos de ação:

Os anti-inflamatórios não esteroidais – AINEs – inibem as enzimas ciclooxigenase (COX) COX-1 e COX-2, responsáveis por catalisar as etapas de limitação da taxa na conversão do ácido araquidônico em prostaglandi-



na-H2 e a produção subsequente de prostanoídes. As COX-enzimas são proteínas ligadas à membrana do retículo endoplasmático.

A COX-1 está presente em todos os tecidos e está envolvida principalmente em mecanismos homeostáticos. Por esse motivo, essa isoforma é chamada de "enzima de manutenção".

A COX-2 é, via estimulação da interleucina-2-beta (IL-2) e outras citocinas, induzida na presença de inflamação e, nesse caso, o prostanoíde primário produzido é a prostaglandina E2 (PGE2).

A produção de outros prostanoídes depende da presença de enzimas e do tipo de célula/tecido. No endotélio, por exemplo, a prostaciclina (PGI2), funciona como potente vasodilatador e inibe a agregação plaquetária. Por outro lado, nas plaquetas, é produzido preferencialmente o tromboxano A2 (TXA2), que promove a agregação plaquetária e a produção é controlada pela COX-1, que é a única isoforma expressa neste tipo de célula.

A prostaglandina-D2 (PGD2) e a prostaglandina-F2 (PGF2) são produzidas em muitos tipos de células diferentes e têm vários efeitos de "manutenção".

Mecanismos para explicar o efeito na anastomose:

No processo inicial de cicatrização pós cirúrgica, a anastomose feita no intestino depende da regulação da quebra e produção do tecido conjuntivo. Além disso, o suprimento sanguíneo para a anastomose é crucial.

Durante fase inflamatória de cicatrização, o colágeno é degradado mais rapidamente do que o novo colágeno é produzido. Acredita-se que esse efeito ocorra devido à atividade de collagenases específicas denominadas Metaloproteínases de Matriz (MMPs). As MMPs são endopeptidases zinco-dependentes e aumentam após lesão tecidual por mediadores inflamatórios como a PGE2.

Foi demonstrado que a concentração de colágeno se correlaciona inversamente proporcional com a atividade de MMPs, de fato, que a inibição das MMPs aumenta a força de ruptura anastomótica, ou seja, há um enfraquecimento da parede endotelial da mucosa intestinal.

Na fase proliferativa tardia, a produção de colágeno é predominante e depende da ativação de fibroblastos, que são ativados por citocinas inflamatórias e prostaglandinas. No quarto dia após a cirurgia, a síntese de colágeno predomina sobre a colagenólise e após o 7º dia, o aumento líquido na concentração de colágeno pode ser medido.

Dado o efeito anti-inflamatório dos AINEs, podemos supor que tais medicações podem inibir as MMPs e, assim, reduzir a degradação precoce do colágeno interferindo na fase inicial da cicatrização pós cirúrgica da anastomose, também podendo interferir no suprimento sanguíneo da mucosa intestinal.

Em resumo, o efeito dos AINEs no metabolismo do colágeno é possivelmente bimodal com degradação reduzida na fase inicial de cura e produção reduzida nas fases posteriores.

No entanto sabe-se que os AINEs, representam uma classe potente de medicações analgésicas, sendo componente chave na abordagem multimodal para controlar a dor no período pós-operatório.

No entanto, há grande debate sobre o uso de AINEs no comprometimento da cicatrização da anastomose. Evidências sobre os AINEs que mostram aumento da taxa de deiscência após a cirurgia colorretal são conflitantes. Enquanto diversos estudos relatam aumento da deiscência, outros grandes estudos de coorte apontam movi-

“

Nos pacientes com doença inflamatória intestinal que costumam usar corticosteroides orais em altas doses, há aumento do risco de vazamento anastomótico após a ressecção ileocecal.”

mento contrário. Revisões sistemáticas sobre este tópico também produziram resultados conflitantes.

Alguns fatores foram investigados e a inclusão de diferentes tipos de anastomoses gastrointestinais (por exemplo, gástrica, jejunal, íleo, cólon ou reto) que abrigam perfil de risco diferente, por exemplo, mostraram que as taxas de deiscência são maiores após colorretal em comparação com ressecções de intestino delgado.

Em relação à preocupação metodológica o tipo de doença da cirúrgica subjacente pode ser variável. Nos pacientes com doença inflamatória intestinal que costumam usar corticosteroides orais em altas doses, há aumento do risco de vazamento anastomótico após a ressecção ileocecal.

Outra variável são as diferenças imunológicas importantes entre pacientes com câncer, doença inflamatória intestinal e outras condições intestinais, que podem interagir com o risco de deiscência e a resposta aos AINEs.

Na Meta análise/ revisão sistemática conduzida em 2019, as conclusões indicam que o uso de AINEs no período pós-operatório imediato, em intervalo de 7 dias, pode aumentar o risco pós-operatório de deiscência e sugere esforços significativos para identificar com segurança em qual indivíduo os AINEs aumentam o risco de deiscência e quais não.

Na revisão sistemática publicada em 2020, que utilizou meta-análise para determinar o efeito dos anti-inflamatórios não esteroidais na taxa de deiscência após cirurgia colorretal em estudos do tipo coortes incluindo apenas pacientes com câncer colorretal, também foi analisada a taxa de deiscência para ressecções anteriores baixas, classe AINE (COX-2 seletivo e não seletivo) e usuários de diclofenaco separadamente.

Chegaram à conclusão que a administração de AINEs após ressecção cirúrgica para câncer colorretal, revelou que AINE não aumenta a taxa geral de deiscência e os achados foram consistentes em todas as análises de subgrupo para ressecções anteriores baixas, para todas as classes de AINE em relação às análises de sensibilidade.

Marcelo Vaz Perez – Diretor de Comunicação da SAESP-

Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

Felipe Ramos Barbosa – Jornalista, Supervisor de Comunicação da SAESP



LUIZ LEITE

Imagens: Divagações

Quando ouvimos falar de imagem, a maioria de nós dirige o pensamento para os painéis de publicidade, para a televisão, ou seja, a imagem midiática, essa imagem onipresente, invasora, perturbadora por vezes, comentada, banalizada, amada, detestada como se a pudéssemos reduzir a televisão e publicidade. Numa segunda e mais atenta análise concluiremos facilmente que para além da imagem animada representada pela televisão, por filmes ou outras formas de animação, existem formas de imagem fixa: fotografia (tão bem estudada por Roland Barthes), pintura, desenho, gravura, litografia etc, que nos conduzem a um conhecimento mais complexo da designada imagem midiática.

Finalmente entenderemos que a imagem está na origem da escrita e do conhecimento humano, através dos petrogramas, dos petroglifos e de outras formas de arte primitiva.

Existem ainda uma imensa variedade de imagens que, apesar de poderem ser utilizadas pela mídia, não fazem parte da sua essência, a saber: a imagem científica (com particular interesse para nós médicos), as imagens mentais, as imagens virtuais (desde os jogos de vídeo e outras desse gênero), o *morphing* (hoje tão utilizado e que consiste em fazer transformações digitais sobre imagens reais), as imagens de síntese e os hologramas.

Platão em *A República* (509–510 AC) dá-nos uma das mais antigas definições de imagem ao escrever: **"Chamo imagens, em primeiro lugar às sombras; em seguida, aos reflexos nas águas ou à superfície dos corpos opacos, polidos e brilhantes e todas as representações deste gênero."**

Sem qualquer dúvida nós hoje vivemos num mundo de imagens.

Todos somos consumidores de imagens momento a momento, e se a sua existência é imprescindível em inúmeras áreas que são fundamentais para a nossa qualidade de vida e sobrevivência, por outro lado elas podem exercer sobre nós um efeito nocivo. A imagem designa sempre algo, não significando isso contudo que remeta sempre para o visível, uma vez que se pode ir buscar alguns traços ao visual a sua produção dependa de um sujeito.

Imaginária (mental) ou concreta a imagem está sujeita à produção ou ao reconhecimento por alguém!

Por paradoxal que possa parecer, Platão e Aristóteles que tinham opiniões opostas em relação à imagem, estavam longe de imaginar que o passar dos séculos viria a dar razão a ambos!

Imitadora para Platão e por essa razão conduzindo ao engano, e **educadora** para Aristóteles – assim, tanto desvia da verdade como conduz ao conhecimento; Sedutora das partes mais fracas da nossa alma para o primeiro, eficaz pelo prazer que nos proporciona para o segundo;

Para Platão, só a imagem natural (reflexo

imagens

ou sombra) se podia tornar num instrumento filosófico.

Uma imagem concreta pode desencadear outras imagens mentais. A imagem mental pode ter origem numa imagem concreta ou de descrições através de leitura ou audição. Trata-se de uma forma elaborada raiando o alucinatório e que se pede emprestadas as suas características à visão a verdade é que muitas vezes essa imagem mental é "completada" por outros sentidos como o olfato ou a audição. Leia-se por exemplo Eça de Queiroz . No seu romance *O Crime do Padre Amaro*, conseguimos ver os padres à mesa numa refeição e o detalhe da escrita é tal, que para além da imagem mental propriamente dita da cena, conseguimos sentir o cheiro do caldo verde que estão a comer... Ainda no âmbito da imagem mental há a referir o sucesso da banalização da palavra imagem a qual deu origem a designações como a imagem da mulher, a imagem do médico, a imagem da guerra, a imagem do político etc.

A partir daqui podemos criar imagens como, por exemplo, o que acontece com políticos que concorrem a eleições . Mas os exemplos são infindáveis.

Uma última palavra nesta área da imagem mental, para a metáfora a qual traduz uma forma particular e única de imagem a partir de uma "imagem verbal". "Deixaste-me nas nuvens" diz o namorado para a namorada, ainda deitados na cama... claro que ele não foi às nuvens, trata-se de uma figuração .

No entanto a força da metáfora na sua riqueza de expressão, inesperada, criativa e até cognitiva, colocando em jogo a comparação de dois termos, explícito e implíci-

to, acabou por estar na origem da imagem surrealista na literatura (André Breton, Jacques Prévert e outros) mas também na pintura (Magritte, Dali) e ainda no cinema (Bunuel). Mas se a imagem midiática prolifera, que dizer então da imagem científica, que já neste momento nos oferece um sem número de possibilidades de trabalho, de pesquisa, de investigação de simulação, de prevenção etc num cenário de tal forma promissor que nos dificulta a previsão do futuro!

E se bem que quando se fala de imagem científica possa haver uma tentação inicial de orientar o nosso pensamento para a medicina, a verdade é que não deveremos esquecer muitos outros domínios da ciência: astronomia, meteorologia, física, astrofísica, biologia, informática, nuclear etc... imagens essas que traduzem visualizações de fenómenos. Essas imagens, verdadeiras ou reais, permitem-nos muitas vezes em tempo real, uma observação direta da realidade ou de simulações numéricas.

No caso particular da medicina há muito que temos microcâmeras que filmam o interior do corpo humano. A história deste tipo de imagens médicas teve o seu início com a descoberta dos RX e os médicos que utilizavam este tipo de tecnologia eram designados como radiologistas. Posteriormente surgiram outras técnicas independentes dos RX: ecografia, termografia, scanner, raios laser, o que fez com que os radiologistas passassem a ser designados como imagiologistas ...sempre a força da imagem!

Importante na análise da imagem há ainda a referir a Semiótica, considerada hoje como uma ciência recente surgida como tal no início do século XX (e não exclusiva da medicina) mas com raízes muito antigas, remontando à Grécia antiga, tanto na área da medicina como na filosofia da linguagem. Na etimologia da palavra vamos encontrar a palavra *semeion* a qual significa signo.

Teria assim surgido uma disciplina médica designada como semiologia que tinha como função a análise e interpretação dos signos, ou melhor, dos sinais das diferentes doenças.

Peirce (*Écrits sur Le signe*, Seuil, 1978) designou três tipos de signos: **o ícone**, **o indício** e **o símbolo**. Em termos simplistas, abstraíndo-nos dos diversos "overlapping" entre eles, podemos defini-los da seguinte forma:

O ícone é aquilo que é, aquilo que está representado e nada mais. Ex: a imagem de uma lesão cutânea num cotovelo constituída por

uma base eritematosa, sobre a qual assenta de forma bem aderente uma escama branca nacarada, é um signo icônico de uma lesão de Psoríase.

O indício é o signo que tem uma relação causal de contiguidade com aquilo que ele representa: a imagem de uma placa de ateroma num vaso coronário obtida por cateterismo, é indício de doença coronária .

O símbolo mantém uma relação de convenção com o seu referente. Ex: a imagem de um sol vermelho dentro de um triângulo equilátero aplicada na porta de uma unidade médica/hospitalar significa a existência de uma unidade de LASER.

Nós médicos, provavelmente a maioria de nós, não nos apercebemos que somos em larga escala, produtores e utilizadores de imagens.

O exercício da Medicina tem várias vertentes: a técnica logicamente, a humana (que deverá estar intimamente associada à primeira), a comercial (que permite ao médico ganhar o sustento para si e para os seus) e, finalmente, uma faceta "artística" uma vez que o seu exercício é também ele uma forma de arte. Na prática dessa arte a imagem é apenas um dos seus elementos variando a sua importância de caso para caso, encontrando-se ainda intimamente ligada à vertente técnica. Aqui chegados, importa concluir com a explicação desta divagação:

Se na Arte propriamente dita, a interpretação das diversas formas de imagem podem ser várias e diferentes para cada um, de forma absolutamente livre, cada um verá nela o que muito bem sentir e entender, como se tivesse participado na sua feitura ou mesmo como se fosse o seu único autor, na imagem médica a interpretação não tem, não pode de forma alguma ter essa liberdade de interpretação.

Na imagem médica, mesmo que sugestiva de mais do que uma interpretação possível, o intérprete deverá recorrer a outros meios com a finalidade de chegar aquela que seja a correta. O contrário dessa postura levará a indesejáveis consequências.

De Lisboa, Luiz Leite
Médico Dermatologista

“ Chamo imagens, em primeiro lugar às sombras; em seguida, aos reflexos nas águas ou à superfície dos corpos opacos, polidos e brilhantes e todas as representações deste gênero.”

Platão

Capítulo Paraná da Sobracil: em pauta

Há quase duas décadas, o Capítulo Paraná da SOBRACIL ajuda a difundir a cirurgia minimamente invasiva em todo o estado. Através da realização de congressos e reuni  es científicas e, mais recentemente, dos webinars, o aprendizado da cirurgia minimente invasiva tem sido encorajado. Desta forma, o ponto crucial   que a SOBRACIL-PR tem tentado aproximar os médicos, para que um colega com menos experiência possa ter vivência num centro de laparoscopia ou mesmo robótica, que para ele era algo distante. Infelizmente, a pandemia atrapalhou muito as reuni  es e esta troca de experiências, mas por outro lado criou uma porta de livre passagem para o conhecimento – especialmente com a ajuda do Canal SOBRACIL.

Segundo Saturnino Ribeiro, presidente do Capítulo, "acreditamos que esta interação é muito importante, não somente no aprendizado como também no manejo de casos difíceis." O contato com a comunidade médica, em especial médicos renomados, facilita ao membro SOBRACIL a tomada de decis  es e até mesmo o planejamento cirúrgico para casos futuros.

Com a entrada desta última Chapa, de cirurgiões mais novos, esperamos interagir com a ala mais jovem, às vezes recém-formada, para que tais cirurgiões possam aproveitar estes recursos nem sempre disponíveis outrora. Mais que um local para assistir vídeos de cirurgias e palestras sobre temas importantes, queremos que este Canal de comando ajude os cirurgiões menos experientes.

Para mim, a possibilidade de ser presidente da SOBRACIL Paraná, tem sido uma satisfação muito grande! Lembro de quando era residente e acompanhava os congressos da Sociedade. A possibilidade de trocar conhecimento com aqueles que sempre admirei, tem sido realmente fantástica. Espero proporcionar essa experiência aos cirurgiões mais novos e, se Deus quiser, num futuro próximo poder reencontrar nossos colegas nos congressos presenciais. Acredito que a difusão da cirurgia minimamente invasiva



**SATURNINO
RIBEIRO**



**DIOGO
FALCÃO**

gera mais que amizades: constrói uma sociedade cirúrgica mais ampla, que antes era restrita aos nossos mestres. O fortalecimento dos capítulos regionais constrói uma rede de conhecimento, que a meu ver é o pilar mais importante do aprendizado cirúrgico."

"A Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica sempre foi uma referência e ser vice-presidente do Capítulo Paraná é motivo de muito orgulho pra mim. Representar uma sociedade de vanguarda da cirurgia e contribuir proporcionando a educação continuada e atualizações para os sócios, é uma tarefa muito nobre. Estou aprendendo muito com membros mais experientes e agradeço pela disponibilidade de contribuir com nosso Capítulo, o que mostra como a SOBRACIL   uma sociedade unida e coesa.

Espero estar sempre próximo   SOBRACIL e poder somar para o crescimento desta sociedade que tanto admiro", acrescenta Diogo Falcão.

A diretoria do Capítulo Paraná da SOBRACIL é composta por:

Presidente: Saturnino Ribeiro

Vice-Presidente: Diogo Falcão

1  Secretário: Luciano Stunitz

2  Secretário: Diogo Kfour

1  Tesoureiro: Fernanda Tsumanuma

2  Tesoureiro: Christiano Claus

O bisturi e a imprensa

Guardadas as devidas proporções, são angustiantes os momentos pelos quais passam um cirurgião ao decidir qual a técnica operatória mais adequada e um jornalista, diante da folha em branco, como contar uma história. O curto tempo de que ambos dispõem é um desafio. O bisturi e o dedilhar do teclado têm que estar afiados.

O prontuário hospitalar conterà o que foi possível fazer nas condições encontradas, a evolução do paciente e eventuais complicações. Devem constar as recomendações e limitações para seu retorno à vida plena. Trata-se de uma documentação obrigatória que visa preservar a verdade científica, usando termos técnicos e frases sem duplo sentido. Apenas o paciente e a Justiça, em casos específicos, podem ter acesso a ele.

O sigilo médico está no compromisso ético de preservar a privacidade do paciente, e o interesse dos médicos pela evolução clínica do enfermo deve ser apenas científico, em sua permanente busca em aprender. Os que fogem disso, especulando em mídias, em nada ajudam os médicos responsáveis por cuidar do paciente.

O médico e escritor Oliver Wendell Holmes (1809-1894) escrevia sobre a existência de uma literatura médica esquecida e de uma atual, dogmática; ponderava que a esquecida não significava arcaica e que muito da atual desapareceria. Médicos experientes podem utilizar técnicas distintas, baseadas no seu julgamento, na urgência e na gravidade da situação. Com suas luvas cirúrgicas envoltas pelo sangue do paciente, sua mente se inunda do suor da situação e das lágrimas dos insucessos sofridos. A partir desse encontro, a vida do paciente e a do médico estarão unidas para sempre.

No caso de uma figura pública, sua enfermidade vira manchete e sua intimidade médica "precisa" ser divulgada. Há uma excitação pelos detalhes ou por se descobrir a "verdadeira situação" ou se o "boletim médico está sendo manipulado", pois o desfecho de sua doença será "decisivo" para muitos, para a alegria ou tristeza do pequeno povoado, do país ou do mundo. Sempre foi assim,

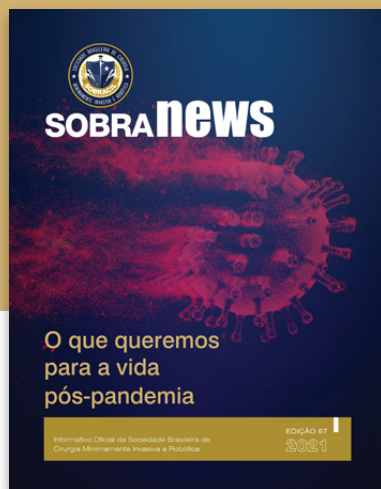


ALFREDO GUARISCHI

mas, hoje, as mídias sociais enfrentam o jornalismo pasteurizado, retratam desejos e oscilam entre uma garantia contra a censura e uma forte ameaça à verdade.

O papel da imprensa é noticiar o fato, não transformar a notícia na realidade. A busca por fontes confiáveis pode esbarrar em membros da comunidade científica pouco cautelosos ou em busca de autopromoção. Médicos, jornalistas e editores, nem sempre em sintonia, vivem o desafio da rapidez na publicação, o que pode resultar em tecnicismo, palavras com duplo sentido, frases embaralhadas ou fora do contexto científico. Não há tempo para o texto repousar, amadurecer. As revisões técnicas microscópicas são exceção. O último editor pode tanto colocar ou retirar a cereja do bolo.

A lisura dos boletins médicos, de igual maneira na Santa Casa de Juiz de Fora e no Hospital Israelita Albert Einstein, seguindo as normas do Código de Ética Médica, tem ajudado o verdadeiro jornalismo, separando o fato médico do político. A imprensa pode seguir, desta forma, segura no seu papel.



PATROCINADOR DIAMANTE



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