



SOBRAnews



Ano novo,
tecnologia nova

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 71

2022

Ano novo, tecnologia nova



Como se costuma dizer, ano novo, vida nova! Renovamos nossas esperanças de uma vida mais saudável e feliz.

Buscando por notícias e histórias sobre o que de positivo tem ocorrido no mundo, me deparei com algumas engenhocas interessantes que podem se tornar reais muito em breve.

Com a permanência da pandemia COVID-19 e uma onda de aumento de casos da variante Ômicron, observamos que a crise está nos levando a adotar novos caminhos, principalmente no campo da saúde digital.

A tendência atual é levar o ponto de atendimento onde o paciente estiver. Desta forma muito se tem investido em pesquisa nesta área, em busca de inovações digitais que aproximem os profissionais de saúde de seus pacientes

Biomarcadores vocais:

identificando as condições de uma conversa

"Computador, faça um check-up da minha voz." Esta ideia parece ter sido retirada de um script de ficção, mas estamos perto de ter essas conversas com nossos computadores. Com técnicas baseadas em Inteligência Artificial, o software verificador de sintomas pode detectar os chamados "biomarcadores vocais". Ao analisar a gravação de voz de uma pessoa, o algoritmo pode discernir diferenças entre os padrões vocais característicos de certas doenças.

Esta é a tecnologia que a startup Sonaphi está empregando em seu aplicativo, que visa detectar possíveis infecções por COVID-19 com base em recursos vocais e ainda propor exames remotos rápidos, precisos e econômicos, aliviando a sobrecarga aos hospitais.

Inteligência Artificial no diagnóstico: o assistente do médico, ferramentas digitais para apoiar diagnósticos

Aplicativos de dermatologia, como o MiiSkin e o DermAssist, do Google, permitem que os pacientes rastreiem suas lesões cutâneas e recebam recomendações sobre quando a lesão precisa ser avaliada por um especialista; além disso, podem enviar lembretes regulares para monitorar quaisquer lesões suspeitas.

A PathAI está desenvolvendo um sistema que usa lâminas digitais de patologia com tecnologia I. A. para ajudar os patologistas a fazerem diagnósticos mais rápidos e precisos.

Em radiologia, o software da Enlitic pode realizar uma triagem inicial e identificar imagens com sinais suspeitos, acelerando o fluxo de trabalho dos médicos e economizando tempo crucial para os pacientes.

O Chatbots é um programa que tenta simular um ser humano na conversação com pacientes e poderá ser o primeiro ponto de contato para cuidados primários.

Durante a pandemia, algoritmos inteligentes também provaram seu valor em ajudar os profissionais de saúde

a distinguir os pacientes com maior probabilidade de terem sido infectados com COVID-19. Instituições como o NHS e a OMS implantaram essas ferramentas para aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde sobrecarregados.

Estes programas estão em desenvolvimento há anos e vários deles estão disponíveis no mercado. Eles variam de avaliação geral de sintomas até o monitoramento de saúde mental, como o aplicativo Youper. Alimentado pela pandemia, sua adoção deve aumentar e poderemos ver mais chatbots sendo desenvolvidos para condições médicas mais específicas.

Kits de teste em casa: testes de laboratório em sua porta

Com um kit de teste pessoal, é possível medir uma série de parâmetros de saúde que costumavam estar disponíveis apenas em laboratórios. De análises de microbioma ao sequenciamento de todo o genoma, esses testes de laboratório em casa fornecem informações de saúde cruciais e personalizadas.

O aumento dos testes de laboratório em casa também foi precipitado pela necessidade de identificar infecções por COVID-19 de forma rápida e eficaz. Em um futuro próximo, esses testes podem se tornar tão fáceis e acessíveis quanto os testes de gravidez; barato, simples de usar em casa, preciso e não requer nenhum conhecimento técnico.

Seguro saúde digital: renovando a indústria da saúde

Algumas seguradoras já estão aproveitando os potenciais da saúde digital nessa esfera. A Oscar Health deu o famoso incentivo a um estilo de vida saudável recompensando clientes nos Estados Unidos com vales-presente da Amazon, por atingirem suas metas diárias medidas pelos wearables Fitbit (tecnologia vestível é um termo geral para um grupo de dispositivos móveis, como relógios). Na Alemanha, pelo menos seis seguradoras de saúde reembolsam a solução digital para diabetes da mySugr, que inclui um aplicativo conectado a monitores de glicose no sangue para facilitar o gerenciamento de sua condição; e isso cobre 15 milhões de vidas.

Feliz 2022!

Sergio Roll



SERGIO ROLL

Presidente

“
Assim, fixamos os
olhos não naquilo
que se vê, mas
no que não se vê,
pois o que se vê, é
transitório, mas o que
não se vê é eterno.”
(2 Coríntios 4:18)

A técnica cirúrgica e sua relevância clínica



MARCELO MESTER

Nunca se sabe quando determinadas técnicas cirúrgicas propostas por cirurgiões inovadores terão aplicação clínica ou causarão melhora efetiva dos resultados clínicos no mundo real, o que, em última análise, é o que interessa.

O famoso cotejo entre o inicialmente idealizado e o de fato obtido. E mesmo que inicialmente se provem ter grande potencial, suas ferramentas e execução serão compreensivelmente ainda imperfeitas, a serem mais desenvolvidas e lapidadas, o que gera maior demora para sua difusão e aceitação no meio médico.

Não bastasse isso, e em parte justamente por isso, estes novos conceitos, sempre desafiadores, recebem ataques ferozes do "establishment" cirúrgico daquela determinada época, e seus propositores idem. Estes pioneiros ficam sujeitos a escárnio, ameaças de cassação de suas licenças médicas, ofensas pessoais, acusações de prática antiética e até criminosa.

Segundo Marcelo Mester, a criação/evolução da cirurgia laparoscópica não foi diferente. Advinda inicialmente do mundo ginecológico, que já praticava laparoscopias diagnósticas e terapêuticas, com ou sem insuflação de ar (e depois de CO₂), para as quais já existiam vários instrumentos, acabo sendo a base a ser potencialmente aplicada a outros procedimentos cirúrgicos abdominais.

Com efeito, foi um criativo ginecologista, Kurt Karl Stephan Semm,

nascido em Munique, um dos pioneiros (senão o pioneiro) das cirurgias laparoscópicas e o maior exemplo de todas as agruras mencionadas acima. Sobrevivente da prisão pelos russos em 1945 (por fazer parte da juventude nazista), recrutado a lutar com 18 anos de idade, ele iniciou sua prática ginecológica no campo da infertilidade. Ele pensou que a insuflação tubária com CO₂ (que corria o risco de causar embolia gasosa), não deveria ser muito diferente da insuflação da pelve, ou do abdome, além de ter ficado impressionado com as técnicas de laparoscopia com pneumoperitônio de Raoul Palmer, um americano residente em Paris.

Já nos anos 1960 criou o termo "pelviscopia" para diferenciá-la de laparoscopia (um termo pouco respeitado no meio médico) e desenvolveu um insuflador de CO₂, posteriormente otimizado para insuflação contínua e controlada por pressão e volume.

Nos anos 1970 criou mais instrumentos, in-



cluindo termo coagulação e técnicas de nós cirúrgicos extra e intracorpóreos para hemostasia. Apesar de ameaçado de cassação ou prisão pelo meio médico alemão, de ter palestras sabotadas e de ouvir a sugestão que fizesse um scan cerebral, pois "só alguém com uma lesão cerebral poderia pensar e realizar cirurgias laparoscópicas", Semm continuou realizando cirurgias e desenvolvendo instrumentos e seu sucesso maior foi obtido nos Estados Unidos e não na Alemanha ou Europa em geral.

Em 13 de setembro de 1980, prossegue Mester, Semm realizou uma apendicectomia por laparoscópica (a primeira no mundo) e foi novamente quase levado à fogueira. Porém, com este feito, abriu uma nova era na cirurgia.

Não demorou muito para Erich Mühe, professor de cirurgia de Böblingen, Alemanha, saber dos feitos de Semm e realizar a primeira colecistectomia laparoscópica (CL) com pneumoperitônio no mundo em 12 de setembro de 1985. Utilizou hemoclips, pinças de apreensão e tesouras especiais desenvolvidas inicialmente pela empresa americana Weck&Co. e usadas para mini colecistectomias (por mini laparotomias), cuja prática aumentava tanto na Europa quanto na América do Norte.

Ele próprio criou um laparoscópio para este procedimento, batizado de "galoscópio" e utilizou a agulha de Veress (assim chamada em homenagem ao seu inventor, o húngaro Janos Veress, em 1938) para criar o pneumoperitônio.

Após os 6 primeiros pacientes trocou a técnica para CL sem pneumoperitônio ("gasless") em 88 pacientes, utilizando o rebordo costal direito como ponto de fixação. Em pouco tempo a técnica foi se espalhando.

Phillipe Mouret, cirurgião de Lyon, em contato direto com ginecologistas, realizou uma apendicectomia laparoscópica em 1983 (sem saber dos trabalhos de Semm) e sua primeira CL em março de 1987 (nunca publicada,

mas registrada em vídeo), ainda com a extração da vesícula sendo extracorpórea porque o gás se esvaía com facilidade.

François Dubois, cirurgião de Paris e realizador de centenas de mini colecistectomias, escuta o feito através de uma enfermeira que havia trabalhado em Lyon e conhecia Mouret, encontra-se com Mouret no Hotel Hilton de Paris para ver o vídeo. Sem grande pompa ou cumprimentos a Mouret, começa a treinar esta técnica em cães e realiza várias CL em humanos com extração da vesícula por laparotomia. Somente em fim de abril de 1988 realiza sua primeira CL totalmente laparoscópica.

Jacques Perissat, de Bordeaux, assiste a uma palestra de Dubois em julho de 1988. Sua prática rotineira era litotripsia de cálculos biliares, avançando o procedimento para laparoscopia (litotripsia intra-abdominal) ou colecistotomia sem colecistectomia para extração dos cálculos. Estimulado pela palestra de Dubois ele resolve fazer CL e realiza sua primeira em outubro de 1988 (uma combinação de litotripsia e colecistectomia). Continuou a realizar na maioria dos casos litotripsia intracorpórea seguida de colecistectomia e ocasionalmente fazia CL somente após retirada de cálculos pequenos.

Em paralelo a isso e de forma totalmente independente, cirurgiões norte-americanos realizaram suas primeiras CL na mesma época.

J. Barry McKernan e William B. Sayea após uma palestra de Semm mostrando seu vídeo sobre apendicectomia laparoscópica, fizeram a primeira CL nos EUA em 22 de junho de 1988, em Marietta, Georgia.

As outras CL pioneiras nos EUA foram feitas por Eddie J. Reddick e Douglas O. Olsen em Nashville, Tennessee, inspirados por McKernan e Saye. Depois, Reddick e Olsen passam a divulgar a técnica na mídia e em cur-

sos, levando Alfred Cuschieri, na Escócia, a realizar sua primeira CL em fevereiro de 1989, e George Berci, nos EUA, em setembro de 1989.

Não muito tempo depois, em 17 de julho de 1990, o cirurgião brasileiro (nascido na Hungria) Thomas Szego, à época doutor em medicina e um dos médicos assistentes do Serviço de Cirurgia do Estômago e Intestino Delgado (SCEID) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia da FMUSP), realiza a primeira CL no Brasil no Hospital Israelita Albert Einstein. Szego também havia tido contato prévio com ginecologistas e suas laparoscopias com pneumoperitônio. Este primeiro caso foi realizado com auxílio do ginecologista Caio Parente Barbosa e dos cirurgiões Sergio Roll e Eduardo Werebe. Esta cirurgia causou imenso furor e a mesma avalanche de críticas anteriormente recebidas por Semm e os outros pioneiros, mas houve muito interesse positivo também. Em julho de 1991 funda-se a Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica (SOBRACIL), renomeada Sociedade Brasileira de Videocirurgia e depois novamente Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica.

Neste ano, a SOBRACIL realizou o seu primeiro congresso nacional no Hotel Transamérica em São Paulo, SP. Em 1992, cria-se a Associação Latino-Americana de Cirurgia Endoscópica (ALACE).

O resto é história, tanto no Brasil quanto no mundo inteiro. As cirurgias videolaparoscópicas tomaram o mundo, causando uma das maiores revoluções da medicina nos últimos séculos. Esta opção, cujo conceito e denominação tornou-se mundialmente conhecida como cirurgias minimamente invasivas, se estenderam ao tórax, pelve (já havia), retroperitônio, todos os órgãos abdominais, coração, hérnias de parede abdominal, cirurgias bariátricas, sendo hoje em dia as opções mais importantes, quando não a primeira opção, o "standard-of-care", para quase todos os procedimentos classicamente realizados nestas cavidades pela via tradicional aberta, incluindo

doenças benignas e o câncer.

Em mais uma polêmica, sua aplicação ao câncer gerou inicialmente as mesmas dúvidas, controvérsias e críticas ferozes como aquelas iniciais na época das primeiras CL. E quanto à pergunta inicial: houve impacto relevante de melhora na prática cirúrgica e nos resultados cirúrgicos obtidos com a sua utilização? Sim, sem dúvida alguma.

Melhor recuperação metabólica e imunológica no pós-operatório imediato, saída precoce do hospital (às vezes no mesmo dia da cirurgia), maior facilidade de execução, menor morbidade e menos complicações. O acesso videolaparoscópico é incomparável para colecistectomias, correções do refluxo gastroesofágico, acesso ao hiato diafragmático, ou as cirurgias bariátricas, se comparado ao acesso tradicional por laparotomia, especialmente em pacientes obesos.

Para o câncer, estamos ainda na fase da observação de sua não-inferioridade à cirurgia convencional, e para algumas doenças já há maior benefício global porque, em última análise, não é o conforto ao cirurgião o que interessa, nem a magia da utilização de recursos típicos de ficção científica e a sedução do procedimento. O que deve contar é a melhora efetiva dos resultados clínicos no mundo real.

Aí, então... surge a cirurgia robótica. Uma adaptação da via videolaparoscópica às garras de um robô comandado inteiramente pelo cirurgião ("master-slave") em um console, fora do campo cirúrgico, ainda que auxiliado por assistentes capazes de manipular vários dos instrumentos e a câmera de maneira coordenada. Vantagens: (1) 7 graus de liberdade de movimento das mãos versus 5 da cirurgia videolaparoscópica, (2) visualização em 3D versus o 2D dos monitores das laparoscopia, (3) utilização fácil da mão esquerda mesmo para destros, (4) menos tremores no uso das pinças, (5) maior conforto ao cirurgião, (6) maior visualização de cavidades profundas ou "túneis" (como a pelve ou mediastino), (7) maior precisão. Facilitaria a realização de cirurgias mais curativas para o

câncer, mormente no tocante às linfadenectomias, e haveria menor frequência de lesões de plexos nervosos no abdômen e pelve. Houve vários modelos de robôs já criados e utilizados na prática cirúrgica nas últimas décadas. O mais utilizado nos últimos anos e atualmente no Brasil e no mundo é o Da Vinci® Surgical System, manufaturado pela empresa Intuitive, situada em Sunnyvale, California (EUA). Praticamente um monopólio.

Seu uso causará melhora efetiva dos resultados clínicos no mundo real? Que, em última análise, é o que interessa? O famoso cotejo entre o inicialmente idealizado e o de fato obtido? Seu uso ainda está começando se comparado às cirurgias laparoscópicas. Para muitas doenças ainda está na fase de provar sua não-inferioridade, mas a comparação desta vez não é com a laparotomia e sim com a videolaparoscopia. Já resultou em melhores resultados? Melhorou os resultados quanto à cura dos cânceres, ou houve maior sobrevivência dos pacientes operados pela via robótica? Menor taxa de complicações? Para câncer de próstata no momento sim, mas para a maioria dos outros cânceres está ainda em fase de estudos. Ainda não se provou claramente superior à via videolaparoscópica, que também pode ser feita com visualização em 3D ou em 2D, mas com alta precisão de detalhes em monitores Full-HD de resolução 4K (3840 pixels na largura – quase 4000 pixels – e 2160 pixels na vertical). Seu uso aumentou no mundo todo e os resultados estão ainda em análise ou compasso de espera quanto à sua potencial superioridade.

Porém uma coisa é certa, finaliza Marcelo Mester: o surgimento e aplicação inicial da via robótica, da assim denominada cirurgia robótica, que começou já aplicada a cirurgias extensas e complexas para vários órgãos de risco cirúrgico aumentado, não sofreu um milionésimo das críticas, oposições, ataques, ofensas e ameaças que os pioneiros da cirurgia laparoscópica sofreram ao operarem vesículas biliares.

“

O acesso
videolaparoscópico
é incomparável para
colecistectomias,
correções do refluxo
gastroesofágico,
acesso ao hiato
diafragmático, ou as
cirurgias bariátricas.”



**ALEXANDRE SILVA
E SILVA**

“

As dificuldades ergonômicas foram sanadas, as curvas de aprendizado encurtadas e a cirurgia minimamente invasiva tornou-se um método muito mais inclusivo do que jamais foi.”

Os super poderes em busca da cura

A cirurgia dentre as áreas da medicina sempre foi aquela que buscou a cura intervindo invasivamente nos corpos de outrem e, através de soluções mecânicas, tratando alguns males da saúde da humanidade.

Avanços tecnológicos, que vieram para compor o arsenal de instrumentais e equipamentos utilizados na era da cirurgia moderna, seguem em desenvolvimento diário com o intuito de aprimorar os processos, aumentar a eficiência da atuação dos cirurgiões de todo o mundo, levando tratamentos personalizados e eficazes aos pacientes.

Da hemostasia com metais incandescentes e grandes incisões, passamos à procedimentos minimamente invasivos através de incisões milimétricas.

Com a introdução dos robôs e suas câmeras 3D de altíssima definição, braços mecânicos e instrumentais articulados, capazes de reproduzir os movimentos mais precisos da mão humana, as dificuldades ergonômicas foram sanadas, as curvas de aprendizado encurtadas e a cirurgia minimamente invasiva tornou-se um método muito mais inclusivo do que jamais foi.

Mais cirurgiões estão sendo habilitados em um menor espaço de tempo e, com isso, mais pacientes poderão ser beneficiados pelos atendimentos destes cirurgiões e suas habilidades de cura.

Muito mais do que um ato mecânico, a cirurgia é um ato cerebral e a compreensão de uma sequência de movimentos e atitudes é muito mais importante do que o próprio gesto ou a atitude por si só. Do planejamento à execução, apesar da extrema necessidade de movimentos exaustivamente treinados e do conhecimento anatômico, a cirurgia é definida por decisões tomadas pelo cérebro daquele ou daquela que a executa.

Nos dias atuais, por mais moderno que seja o modelo do robô e por mais que ele seja um grande aliado para as soluções mecânicas, as decisões cerebrais ainda dependem da compreensão de todo o contexto da doença e seus detalhes, e são tomadas pela cabeça de alguém.

Olhando para um futuro de curto a médio prazo, a introdução da inteligência artificial parece ser um divisor de águas, talvez tão impactante para a cirurgia em geral, quanto foi a introdução da cirurgia minimamente invasiva substituindo as cirurgias tradicionais laparotômicas.

A inteligência artificial provavelmente trará para a cirurgia robótica um grande incremento capaz de influenciar diretamente em decisões a serem tomadas pelo cirurgião durante o ato operatório.

Com a capacidade de localizar e identificar estruturas anatômicas, embasado em características celulares ou até mesmo particularidades da sua composição, o equipamento será capaz de informar em tempo real, qual a estrutura anatômica que está sendo abordada, permitindo que o cirurgião tenha a absoluta certeza das consequências que sua ação causará.

Por exemplo: em uma colecistectomia, o equipamento informará ao cirurgião com total precisão qual é o ducto cístico e qual a artéria cística, em uma histerectomia será capaz de informar se a aplicação de energia à artéria uterina naquela posição, dissipará energia capaz de causar dano ao ureter, em uma linfadenectomia pélvica será capaz de perguntar ao cirurgião se ele realmente deseja aplicar energia e seccionar o nervo obturatório.

Essa nova capacidade de discernimento da máquina trará muito mais segurança e eficácia para os mais diversos procedimentos cirúrgicos, diminuindo imensamente os nossos erros e a incidência de complicações intraoperatórias, oferecendo muito mais precisão e performance aos pacientes.

Essa provável década de "super poderes" virá para aperfeiçoar a eficiência dos tratamentos cirúrgicos já existentes e consagrados, tornando-os quase que milagrosos. Operar com a certeza de que vai dar tudo certo é o objeto de desejo de todos aqueles envolvidos em um procedimento cirúrgico, do paciente ao médico.

Como o desenvolvimento tecnológico nunca para, é possível prospectar que a evolução da inteligência artificial se desenvolverá a ponto

de inter-relacionar e integrar exames de imagem, como ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância e PET-CT, realizar biópsias precisas e definir diagnósticos anátomo-patológicos, talvez até mesmo em um único equipamento ou sala inteligente diagnóstica e cirúrgica.

Uma vez nessa sala, o paciente será mapeado e softwares serão capazes de fechar diagnósticos e sugerir condutas cirúrgicas, definir o melhor local para as portas de acesso e quais instrumentos usar. Puncionar, acoplar os braços robóticos e após uma análise de todos os vídeos de procedimentos cirúrgicos disponíveis na rede para a solução de casos similares, definir rotas operatórias e executar a cirurgia com a precisão, velocidade e maestria que um ser humano jamais teve ou terá em tempo algum.

Na rota sem volta dos avanços da ciência, fica o questionamento de em quanto tempo essa integração tecnológica de robôs inteligentes será capaz de nos substituir integralmente na função de cirurgião. Mas se isso for em prol do reestabelecimento mais preciso e eficaz da saúde humana, que venha o quanto antes...

*Alexandre Silva e Silva
Especialista em Ginecologia e Obstetria,
Laparoscopia, Histeroscopia e Cirurgia Robótica
Mestre em Ciência pela
Universidade de São Paulo*

Chegou, para ficar e para aumentar...

Nós, cirurgiões, e a nossa rotina atual...

Na cirurgia "aberta" podemos operar com lupa, melhora nossa visão e descansa a nossa vista; quem opera de lupa, o faz até em pequenos procedimentos. "Visão aumentada, ampliada".

Na cirurgia laparoscópica aumento de até 20 vezes a imagem FULL HD ou 4K, novamente a melhoria da visão, pensando no cirurgião, é a única vantagem. Temos restrições de movimentos e ergonomia muitas vezes mais cansativa. Novamente, temos apenas a visão aumentada como grande ganho.

Na cirurgia robótica, imagem ampliada 10 vezes em 3D, 4K ou 8K. As pinças robóticas tem 90° de articulação e 540° de rotação, com filtro de tremor e melhoria significativa na ergonomia. Comparado com a laparoscopia, o robô melhora a destreza em 65% e reduz a chance de erro em 93%, reduzindo o tempo para completar a tarefa em 40%. ¹Temos então "Visão e mãos aumentadas".

Na plataforma robótica conseguimos associar os contrastes fluorescentes, como o verde de indocianina, que identifica a vascularização num primeiro momento e a árvore biliar num segundo. São inúmeras as START-UPS que estão criando para as plataformas robóticas possibilidades de melhoria.

A volta da sensibilidade tátil e o acoplamento das imagens dos exames diagnósticos são algumas das promessas para a próxima geração das plataformas. Teremos o "brinaugmented", ou seja, o nosso cérebro aumentado!!

A plataforma vai nos mostrar onde estão os vasos nos órgãos opacos, os tumores e suas relações com estruturas nobres. Seremos cirurgiões "Sapien-augmented" pela tecnologia digital.

Nos últimos 12 meses, temos duas publicações relevantes sobre esta opção de acesso e manuseio na cirurgia digestiva. Um artigo de revisão da *Updates in Surgery* com o título: "Robotic gastrointestinal surgery: learning curve, educational programs and outcomes"¹



ANDRÉ DAVID

O segundo artigo saiu na *Nature Reviews* em 2020, "Next-generation robotics in gastrointestinal surgery"². Neste interessante e visionário trabalho já são descritas as tecnologias que irão transformar a cirurgia robótica humana em sistemas autônomos, como hoje existem os automóveis.

Caros cirurgiões, aproveitem a próxima década, muito provável que em 2035, sejamos apenas os guardiões do robô-cirurgião.

André Ibrahim David

Professor Adjunto de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental – Departamento de Cirurgia – UNIFESP/EPM

Coordenador do Programa de Transplante de Fígado do Hospital Samaritano de São Paulo

Referências

Vining CC, Skowron KB, Hogg ME. Robotic gastrointestinal surgery: learning curve, educational programs and outcomes. *UpdatesSurg*. 2021 Jun;73(3):799-814.

<https://doi.org/10.1007/s13304-021-00973-0>. Epub 2021 Jan 23. PMID: 33484423

Kinross, J.M., Mason, S.E., Mylonas, G. et al. Next-generation robotics in gastrointestinal surgery. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 17, 430–440 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0290-z>

Reflexões sobre o adoecer e o morrer



MARIA JOSÉ

O texto relata a experiência da autora ao atender paciente portadora de câncer de cólon avançado. Por se tratar de doença com mínima chance de cura, a proposta das equipes que a atendiam sugeria sedação, especialmente após cirurgia que confirmou carcinomatose peritoneal. A sedação foi insuficiente e, em determinado momento, a paciente tornou-se consciente. Isto possibilitou que a autora atuasse também como terapeuta de apoio e fizessem reflexões sobre a vida e a morte, sobre o passado, o presente e o futuro. Isto perdurou até o momento em que a própria paciente solicitou, conscientemente, a sedação.

Os estudantes de Medicina são treinados para curar, vencer a morte, manter a vida. E não foi diferente comigo. Porém, quão pouco preparados estamos ao recebermos o diploma e enfrentarmos as inúmeras situações dolorosas e a impotência frente à finitude. Como explicar para um paciente terminal que nada podemos fazer, mesmo frente ao grande avanço tecnológico da Medicina?

As salas frias em que os primeiros estudos de anatomia humana são realizados, o cheiro forte de formol, a ausência de sangue e calor ao dissecar pela primeira vez um cadáver, escondem os primeiros passos de um longo caminho a percorrer.

Aquilo que no início assusta e ao mesmo tempo atrai, pois é desconhecido e "estranho", com o tempo passa a ser rotina no aprendizado.

O tema "estranho" para Freud relaciona-se com o que é assustador, provocando medo e horror, porque não é conhecido nem familiar. Estes sentimentos podem ser reprimidos para tornar possível apreender ensinamentos objetivos, visando especialmente a busca de um diagnóstico preciso.

O ensino médico inclui basicamente a abordagem somática. O corpo biológico é o centro do aprendizado e pouca ou nenhuma importância é dada ao corpo erógeno, que é a sede da subjetividade. O corpo biológico apenas, não permite que o ser humano se constitua como um indivíduo. O paciente quando procura um médico por um problema, busca um saber específico. Neste encontro existe uma vibração; algo que não pode ser mobilizado pelo paciente. Este encontro ocorre entre um que sofre e outro que pode ajudar. Cabe ao médico tentar integrar este indivíduo como um todo, já que a relação médico-paciente se constitui em terreno fértil para que a transferência se estabeleça, sendo por vezes o único local para o paciente verbalizar.

Infelizmente, pouco ou nenhum valor é dado para a necessidade da constituição do estudante de Medicina como um todo.

O contato com patologias orgânicas torna-se mais frequente após o quarto ano da Faculdade e o paciente é cada vez mais desintegrado, uma vez que o corpo biológico continua a ser o ponto central do treinamento e aprendizado.

O internato, a residência médica e as especializações seguem dividindo o paciente em fragmentos e partes do corpo, com pouca possibilidade de reverter esta situação a um atendimento mais humanizado e holístico.

A atuação nesta paciente possibilitou uma abordagem mais completa e mudança de paradigma frente à terminalidade da vida.

Em geral, estes pacientes são os que recebem menos visitas médicas e quando ocorrem são por curto período de tempo. Isto pode ocorrer, pois do ponto de vista objetivo pouco ou nada pode ser feito. O contato com um paciente terminal incomoda, uma vez que coloca o médico frente a frente com a sua impotência, que sempre existiu, mas que estava mascarada pelos "bons" resultados obtidos em pacientes que demandavam, aparentemente, apenas cuidados com o soma.

A paciente apresentada neste trabalho foi a óbito; no entanto, ela esteve amparada em todos os momentos do final de sua vida, ao contrário do tempo em que estava aparentemente sem doença orgânica. A perda do filho dois anos antes de ser diagnosticado tumor de cólon, constituiu-se em um traumatismo que levou a uma desorganização tal, que referia ter ficado durante quatro meses, andando pelas ruas como um E.T. Ao ser questionada sobre o que

era um E.T., respondia que era um "querer nada".

Conversamos sobre o que é um "E.T." e um "querer nada" e foi possível refletirmos sobre a morte, que na realidade é um estado de ausência de conflito, o que de certa forma a colocava em uma "zona de conforto", na qual não precisava pensar sobre o seu passado e o seu futuro.

Conversamos sobre uma festa de final de ano em que não queria participar de nada. Viajou e ficou ouvindo os fogos de artifício, mas sem qualquer participação. Não entendia aquele barulho; não queria comemorar, nem falar com ninguém.

Ela sentia uma perda total de interesse pelo passado e futuro. Não tinha vontade de trabalhar ou de cuidar do próprio físico.

Este estado perdurou por mais de seis meses e a doença que se instalou, após dois anos, foi grave, levando ao óbito.

Ela teve o que Pierre Marty denominou depressão essencial, que não é a causa da doença, mas a precede. As funções orgânicas que se encontravam coordenadas e determinando harmonia do soma, desorganizam-se ocorrendo redução das defesas imunológicas e da biologia molecular provavelmente, sobrevivendo a doença e, às vezes, até a morte.

Durante a terapia de apoio, conseguimos conversar sobre as perdas, sobre o seu divórcio, sobre o trabalho pouco inspirador e rotineiro. Após seis sessões de diálogos e monólogos foi possível conversar sobre os ganhos e o que poderia ser feito no momento presente. Este momento foi muito rico e ela percebeu o quanto sua filha era parecida, no sentido de fugir dos problemas e das dores. Ela relatou que quando o seu filho morreu, a filha



foi para a casa de uma amiga para não participar dos momentos difíceis que se seguiriam. Estava fazendo o mesmo, após saber que ela estava doente. Conversamos sobre o que poderia ser feito e conseguimos que sua filha ficasse junto dela e conversasse sobre as perdas e o que estava aprendendo naquele momento. A filha passou a acompanhá-la nas sessões de quimioterapia. Ajudava a mãe nos momentos de mal estar físico, mas também ajudava a arrumar seus cabelos e fazia a manicure.

Esta paciente morreu. Nosso último encontro foi um dia antes de seu óbito. Não houve diálogo, nem monólogo. Houve apenas silêncio verbal.

Quando me despedi, ela me abraçou e disse que eu a havia ajudado a resgatar muitas coisas que haviam se perdido ao longo da sua vida. Ela pediu para ser sedada, pois tinha muitas dores. Tinha serenidade no olhar ao fazer este pedido.

Fui ao enterro. Quando sua filha me viu, abraçou-me e colocou sua cabeça bem próxima ao meu ventre e chorou muito. Ficou alguns minutos assim. Parecia uma tentativa de buscar o "útero" que a abrigou no início da sua vida, que naquele momento estava desaparecendo. Creio que esta jovem, de apenas 18 anos, conseguiu simbolizar a sua perda recente e estaria mais equipada para seguir o seu percurso.

O "universo" psique-soma é infinito, uma vez que o ser humano é dinâmico. O organismo quando atingido no concreto, em geral responde no psiquismo de diferentes formas.

Será que a doença tão grave que levou à morte, sequer possibilitou a ela uma oportunidade para a tentativa de comunicação? E será que isto tudo não possibilitou um resgate das futuras gerações, representada por sua filha de 18 anos?

Quando ela relatava esta perda tão traumática, sua fala era descritiva. Porém com o progredir da terapia de apoio, seus olhos se

enchiam de lágrimas, sua voz ficava fraca e embargada e seus olhos convergiam para o líquido que saía do seu corpo, pois estava com sonda nasogástrica.

A dor desta paciente era sentida por mim, que observava a chama da vida se apagando progressivamente.

Ela chegou com uma doença somática sobre a qual eu atuei diretamente. Ao longo deste tratamento emergiu a possibilidade de atuar no subjetivo que não estava separado do concreto, o que possibilitou o seu preparo para a morte.

Não havia mais encruzilhada.

O caminho do meio estava sendo delineado. Não existiam mais as salas frias de anatomia. Existia a lembrança do último abraço de Suzana (foi assim que a chamei para o relato), mas também o último encontro com sua filha, que estava mais madura e presente para enfrentar as batalhas da vida que certamente viriam.

Esta experiência pessoal possibilitou um melhor entendimento para lidar com o sofrimento humano.

Para saber mais: "PSICOSSOMA III - INTERFACES DA PSICOSSOMÁTICA", Editora Casa do Psicólogo

A Medicina mudou?

Tenho ouvido, com relativa frequência, que a medicina mudou. Quem não está nas redes sociais não existe, muitos dizem. Outro dia, li em um anúncio de publicidade, voltada para médicos, a seguinte frase: "Você não deve ter pacientes, nem mesmo clientes. Isso ficou no passado. Você precisa de fãs". Será mesmo? Confesso que fiquei consternado.

Quando fui convidado para escrever este artigo me senti verdadeiramente honrado. Pensei ser uma oportunidade ímpar para trazer essa reflexão ao meio acadêmico, àqueles que me orgulham por não terem abandonado, assim como eu, o hábito da leitura, do debate científico pautado nos princípios da ética, da pesquisa científica e do compromisso com a verdade.

Vivemos nas últimas três décadas a chamada "Revolução Digital". Ela modificou os modos da sociedade agir em todos os âmbitos, da agricultura aos maiores parques industriais do mundo todo. Nesse contexto, a comunicação também mudou e não pretendo entrar na discussão se essa mudança é positiva ou negativa pois, independentemente de qualquer opinião pessoal, isso é um fato. Hoje muito se fala em posicionamento digital, em estar presente de forma constante, autêntica e estratégica. Criou-se o marketing de relacionamento e as redes sociais tornaram-se verdadeiras vitrines (ou mesmo palanques), onde médicos disputam a atenção do público, tentando demonstrar expertise e autoridade.

Os conselhos de ética das sociedades médicas e do Conselho Federal de Medicina já se pronunciaram algumas vezes sobre o assunto,



VICTOR DIB

tentando balizar até onde essa exposição é aceitável e não ultrapassa os princípios fundamentais do código de ética médica estabelecidos em 1965 atualizados pela última vez em 2010.

Avançando nesta reflexão sobre o tema pautado, cabe o questionamento: até que ponto a maciça presença digital se sobrepõe às boas práticas médicas como determinante do sucesso profissional?

Gostaria muito que esse debate não fosse necessário por me parecer óbvia a resposta, porém me dou o direito de ser incisivo e direto, para não incorrer no erro de deixar de pontuar o essencial.

Afinal, a realidade nebulosa aflora nosso cotidiano, bem à nossa frente!

Nenhum discurso bem montado, nenhuma fotografia editada, nenhuma presença digital bem arquitetada, nenhum truque editorial seriam capazes de sobrepujar o médico sensível, consciente, comprometido com as bases da ética e da moral. Nenhum recurso tecnológico se sobrepõe àquele que exerce a medicina com humanidade



e empatia, se dispondo a olhar, ouvir e examinar seus pacientes, acolhê-los com a sensibilidade de um pai ou uma mãe.

A prática médica baseada em excelência científica somada e o respeito ao indivíduo são preceitos da nossa profissão.

A Medicina é uma ciência e como tal deve ser encarada. Não sejamos como os três macacos do provérbio japonês que não enxergam, não veem ou não falam. Precisamos usar as novas tecnologias e ferramentas disponíveis com sabedoria, sempre a favor do paciente, e jamais com intenções promocionais.

A medicina não mudou em seus fundamentos. Talvez tenha mudado quem a pratica (sem generalizações!).

A comunicação atual é diferente e os recursos são outros. Inúmeras e muito atrativas são as "ferramentas" disponíveis. A relação médico-paciente tem sido bastante influenciada por essas mudanças, mas os princípios fundamentais, a ética, o compromisso com o paciente e a responsabilidade com o ato médico, ainda estão vivos e pujantes, e devem sempre ser o norte.

Estes valores representam a base e a essência da medicina e do cuidar e nunca deverão ser abandonados. Eu quero crer nisso.

Victor Dib

Mestre e Doutor em Cirurgia Digestiva

Especialista em Endoscopia Digestiva

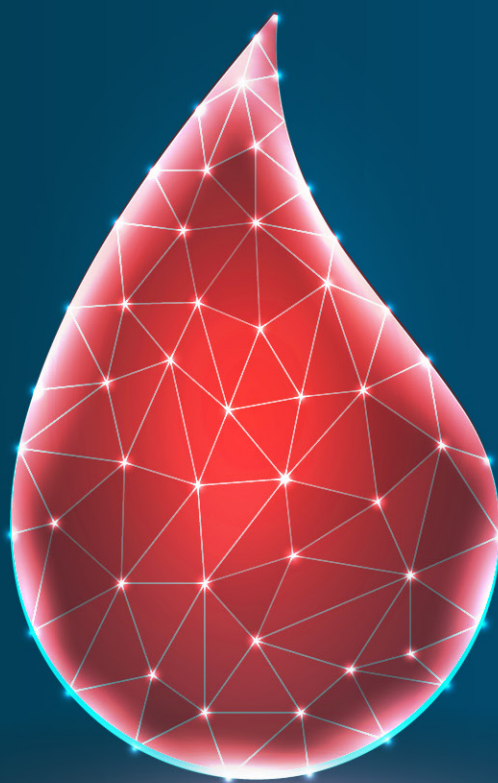
Presidente do Capítulo Amazonas da SBCBM

“

Não sejamos como os três macacos do provérbio japonês que não enxergam, não veem ou não falam.”

“

...não espere o
Junho Vermelho
para doar, pois
não há um mês
predeterminado
para esse ato
de amor.”



Transfusão de amor

A transfusão de sangue é o transplante mais frequentemente realizado em todo o mundo, e, como os demais, para ser bem sucedido, precisa da compatibilidade entre doador e receptor. A hemoterapia, especialidade médica que tem uma história fascinante, tornou a transfusão de sangue e seus derivados um tratamento seguro. O entendimento científico, aliado à doação voluntária, controlou o desastre de transfusões contaminadas com vírus da hepatite e do HIV, ajudando a salvar, a cada ano, milhões de vidas.

As primeiras transfusões começaram em 1665, em Oxford (Reino Unido), feitas em animais. Já as primeiras experiências com humanos têm registro em 1667, com o médico do rei Luís XIV, que injetou sangue de carneiro em um enlouquecido nobre que andava nu pelas ruas de Paris. O paciente faleceu após a terceira transfusão. Posteriormente, essa prática de transfusão heteróloga — entre animais e humanos — foi proibida.

Em 1829, a revista "The Lancet" publicou o primeiro caso de transfusão sanguínea homóloga — entre pessoas — com sucesso, realizada por um obstetra inglês, muito antes da descoberta, em 1901, dos tipos sanguíneos A, B e O. O fator Rhesus (RH positivo ou negativo) só foi identificado em 1939.

Hoje podemos transfundir cada um dos componentes do sangue de forma segura; os frascos de vidro e a seringa que permitiam retirar o sangue do doador e injetá-lo no do receptor, em segundos — transfusão braço a braço —, são passado. Contudo, foram anos de desconfiança e dúvidas.

No Brasil, o "Jornal do Comércio" publicou com destaque, em 1838, que "na importante e curiosa operação de transfusão do sangue em Londres (...) madame Harsley, que estava perto de expirar por conta de uma violenta hemorragia (...) após duas sangrias ao es-



ALFREDO GUARISCHI

posu e a irmã da doente, e, introduzindo pouco a pouco o sangue nas veias da moribunda, ela foi lentamente recobrando-se".

Em 1926, foi publicada no GLOBO a notícia de "que recorremos ao meio extremo da transfusão do sangue (...) para vermos se poderíamos prolongar a vida (...), o que infelizmente não logramos conseguir. Essa providência foi tomada depois de ouvirmos o nosso médico e particular amigo Dr. Pedro Ernesto".

Em 2017, um bebê na Colômbia com um tipo raro de sangue — fenótipo Bombaim — foi salvo graças ao sangue de um doador cearense. Algumas vezes é necessária uma grande quantidade de doadores para encontrarmos o tipo sanguíneo compatível com o do receptor.

Por tudo isso, não espere o Junho Vermelho para doar, pois não há um mês predeterminado para esse ato de amor. Quem tem saúde não corre risco ao doar sangue, restituindo a vida, na maioria das vezes, a um desconhecido. Isso é caridade e amor ao próximo.



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	Rocides 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
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